

tendance à la violence, plus rarement des idées de persécution, de grandeur, des hallucinations.

Parfois l'état représente plus ou moins exactement le tableau du syndrome paralytique.

On ne saurait mieux caractériser l'état mental de la chorée chronique par rapport à celui de la chorée de SYDENHAM, qu'en le comparant à ce qu'est l'état mental de l'alcoolisme chronique vis-à-vis de celui de l'acoolisme aigu.

LIVRE TROISIÈME

PRATIQUE PSYCHIATRIQUE

Après avoir exposé, dans les deux livres précédents, la pathologie mentale, générale et spéciale, nous résumerons dans ce troisième et dernier livre les principales applications de la pathologie mentale à la pratique, subdivisées en deux parties : 1^o la *pratique médicale* ; 2^o la *pratique médico-légale*.

PREMIÈRE PARTIE

PRATIQUE MÉDICALE

La pratique médicale de la psychiatrie comprend : 1^o le *diagnostic* ; 2^o le *traitement* ; 3^o l'*assistance des aliénés*.

Il ne s'agit ici bien entendu, pour ce qui est du diagnostic et du traitement, que d'indications générales, les indications spéciales à chacun des états psychopathiques ayant été formulées avec sa description.

CHAPITRE PREMIER

DIAGNOSTIC

De même que le diagnostic, dans la pratique médicale ordinaire, se compose de deux éléments distincts : l'*étude des commémoratifs* et l'*examen du malade*, de même et plus encore, en psychiatrie, il est indispensable de se renseigner sur les antécédents du sujet avant de procéder à son interrogatoire et à son examen direct.

Mais, tandis que dans la clinique médicale, le malade peut habituellement et même mieux que personne donner les renseignements qui sont utiles au médecin pour arriver au diagnostic, dans la clinique mentale il en est tout autrement et force est le plus souvent de puiser les anamnétiques à une autre source. Beaucoup d'aliénés en effet ne peuvent fournir la moindre indication sérieuse sur leur passé : les uns, comme les dégénérés inférieurs et les déments, parce qu'ils en sont incapables; d'autres, comme les maniaques agités, parce qu'il est impossible de fixer leur attention; quelques-uns, comme les mélancoliques, parce qu'ils présentent un mutisme plus ou moins absolu; d'autres enfin, comme les persécutés, parce qu'ils sont réticents et qu'ils se défont de chacune des questions qu'on leur pose.

C'est donc, à moins d'impossible, une faute que d'aborder directement l'aliéné sans informations préalables, et avant d'en arriver là, il convient d'interroger sa famille ou quelqu'un de ceux qui le touchent de plus près. On recueillera de cette façon des indications précieuses, capables de faciliter de beaucoup le problème à résoudre.

Nous allons examiner successivement les deux parties qui concourent à l'établissement du diagnostic en psychiatrie. Nous les résumerons ensuite en tableaux synoptiques.

§ 1. — COMMÉMORATIFS OU ANAMNÉTIQUES

Les renseignements à recueillir auprès des parents ou des proches comprennent : 1° l'étude de la famille; 2° celle des antécédents personnels du malade. Comme ils roulent le plus souvent sur des points d'une extrême délicatesse, le médecin, en les demandant, doit se montrer discret, réservé, user des plus grands ménagements, et faire comprendre aux personnes qu'il interroge que tous ces détails, loin d'être superflus, peuvent avoir, au contraire, une importance majeure. Malgré tout, il ne faut pas oublier que les données que l'on obtient ainsi sont loin d'être l'expression exacte de la vérité. Soit par une ignorance de bonne foi, soit plus souvent encore par un sentiment

de répugnance et de fausse honte très commun dans le monde, les familles trompent fréquemment le médecin sur la question des antécédents héréditaires. Aussi, peut-on, d'une façon générale, considérer comme au-dessous de la vérité les demi-aveux que l'on recueille à cet égard.

1° **Étude de la famille.** — Dans l'étude de la famille, il ne faut pas se borner uniquement à se renseigner sur le père et la mère du malade, c'est-à-dire sur ses ascendants directs. Il faut également se renseigner sur ses collatéraux et ses descendants, et remonter dans l'ascendance jusqu'aux grands-parents. Il convient donc de s'informer si parmi les générateurs, paternels ou maternels, comme chez les descendants ou les collatéraux, il n'a pas existé de cas bien avérés d'*aliénation mentale*, d'*affections cérébrales*, de *maladies de la moelle*, de *névroses*, d'*alcoolisme*, d'*intoxications*, de *suicide*, de *vices anormaux* ou de *criminalité*, de *surdi-mutité*, de *consanguinité*, d'*avortements*, de *mort-naiissances*, de *mortalité infantile*, de *diathèses* en général (tuberculose, arthritisme, cancer, syphilis) ou, tout simplement, des cas d'*excentricité* ou d'*organisation psychique defectueuse*; car, ainsi que l'a fait justement remarquer MOREL, très souvent la folie ne naît pas directement de la folie, mais bien d'une prédisposition qui ne s'est traduite chez les ascendants que par une simple bizarrerie dans le caractère, par une tendance insolite à la tristesse ou à l'excitation.

A ces renseignements, il faut en joindre certains autres dont la connaissance n'est pas sans intérêt. Ainsi, il est bon de savoir, quand on le peut, si le malade n'est pas un enfant naturel, si, à l'époque de sa conception présumée, ses parents étaient jeunes ou vieux, s'ils étaient sous l'influence d'une excitation alcoolique, de la convalescence d'une maladie longue et grave, d'un épuisement quelconque, etc., etc. Il est, en effet, très important de spécifier la nature des affections ou des particularités morbides qui ont pu exister dans la famille, car tous les genres de psychopathies n'ont pas la même origine et ne reconnaissent pas la même hérédité. C'est ainsi que certaines variétés de folie telles que la folie à double forme, le suicide, etc., proviennent

souvent d'une forme semblable chez les ascendants, tandis que, dans les autres, l'hérédité est, en général, dissemblable.

L'importante question de l'hérédité résolue, non seulement dans son existence proprement dite, mais encore dans tous ses caractères de multiplicité, de complexité, de forme, etc., il importe aussi d'étudier la famille du malade dans sa constitution générale, dans les principales manifestations de sa vie, dans ce que nous avons étudié, avec BALL, sous le nom de *caractères biologiques* de la famille. Les principaux de ces caractères sont : la *longévité* ou durée de la vie, *plus longue* en général dans les familles d'aliénés; la *natalité* ou chiffre moyen des naissances, *plus élevée* également dans les familles d'aliénés, surtout chez les alcooliques et les cérébraux; la *vitalité* ou puissance de vie, *moindre* au contraire, surtout au bas âge et pendant la gestation chez les paralytiques généraux, comme chez les syphilitiques, dans le bas âge chez les alcooliques. On peut trouver là certains indices, certaines particularités qui trahissent la tare héréditaire et démontrent manifestement la dégénérescence et la forme de la dégénérescence qui pèse sur la race.

2° Antécédents du malade. — La famille du malade connue, aussi bien sa descendance que son ascendance, il faut se renseigner sur son *propre compte*, et cela depuis l'époque de sa naissance jusqu'à l'heure même où l'on est appelé auprès de lui. Cette enquête comprend donc deux termes bien distincts : 1° *histoire du sujet jusqu'à sa maladie*; 2° *histoire de sa maladie*.

a. *Histoire du sujet jusqu'à sa maladie.* — Il importe de s'enquérir rapidement de tous les faits saillants de la vie du sujet, de son *âge*, de son *état civil*, de sa *constitution physique, intellectuelle et morale*, de sa ressemblance, à l'un de ces points de vue, avec tel ou tel de ses ascendants, de son degré d'*instruction*, de ses *sentiments affectifs*, de son *caractère*, de ses tendances au point de vue *religieux*, de ses *instincts*, de ses *goûts*, de ses *habitudes* et de ses *penchans*; demander s'il est *nerveux* et *impressionnable*; à quelle époque est survenue la *puberté* et de quelle façon elle s'est accomplie; si c'est une femme, comment se

comportent les *règles*, si elles sont supprimées, difficiles ou normales, si leur retour périodique s'accompagne de troubles nerveux ou psychiques, s'il y a eu plusieurs *grossesses* et comment elles se sont passées, avec leur résultat au point de vue des enfants; s'informer si le malade n'a pas été ou n'est pas atteint encore de quelque *affection grave* (méningite, convulsions, fièvre typhoïde, affection viscérale ou diathèse quelconque, surtout accès antérieur d'aliénation mentale); s'il n'a pas eu de traumatisme, en particulier de *traumatisme crânien*; s'il n'a pas commis d'*excès vénériens* ou *alcooliques*; s'il n'a pas abusé du tabac, de la *morphine* ou de quelque autre poison; si sa profession ne l'expose pas à quelque *intoxication* ou à quelque inconvénient sérieux; s'il n'a pas subi quelque *shock moral*: deuil cruel, revers de fortune, joie inattendue; s'il a passé subitement d'une vie active à une vie de repos, ou inversement, etc., etc.

En un mot, il ne faut laisser aucun point dans l'ombre et tâcher d'arriver exactement à la connaissance des antécédents du sujet.

b. *Histoire de la maladie.* — Passant alors à la maladie qu'il s'agit de déterminer, il faut interroger les parents sur sa *cause* ou ses causes probables, morales ou matérielles; la *date* et le *mode* de son *début*, ses *premières manifestations intellectuelles et physiques*, la *marche* qu'elle a suivie depuis son origine; s'enquérir de la *conduite actuelle* du patient, de la *nature de ses idées*, de ses *discours*, de ses *sentiments*, de ses *actes*; s'informer de l'*état de ses fonctions organiques*, surtout de ses fonctions *digestive et génitale*, et, avant tout, de son *sommeil*.

Toutes les fois qu'on le peut, on doit se faire aussi présenter des *écrits* du malade et les comparer à d'autres de ses écrits, pris à diverses époques antérieures. Les autographes des aliénés méritent en effet de fixer toute l'attention du médecin, car ils révèlent souvent leur état morbide, soit au point de vue de la *forme*, comme représentation graphique, soit au point de vue du *fond*, comme mode d'expression des idées (troubles calligraphiques et psychographiques de Joffroy).

L'interrogatoire de la famille terminé, on se trouve déjà en

possession de renseignements précieux qui permettent dès lors de procéder avec fruit à l'examen du malade lui-même.

§ 2. — EXAMEN DU MALADE

1° Entrée en matière. — Il peut arriver qu'on ait affaire à un malade *alité*, avec plus ou moins de *fièvre* ou atteint d'une affection viscérale aiguë compliquée de délire ; dans ce cas, on peut l'aborder comme un malade ordinaire, et le diagnostic consiste d'une part à déterminer l'affection somatique, d'autre part à spécifier la nature du délire qui l'accompagne.

Le plus souvent il s'agit d'un *aliéné* qui continue, dans une certaine mesure, à aller et venir, à vivre de la vie commune, et qui est encore susceptible de comprendre ce qui se passe autour de lui et de soutenir une conversation. C'est donc surtout ce cas qu'il nous faut avoir en vue, dans notre étude.

Beaucoup d'aliénés se considérant comme très bien portants, le médecin est loin de pouvoir toujours procéder librement à leur examen. C'est un tort cependant que de se prêter dans ce cas aux combinaisons et aux artifices de toute sorte proposés par les familles. On ne fait jamais au complet l'examen mental d'un individu quand on ne se présente pas nettement à lui en médecin. Le seul subterfuge dont on puisse user à la rigueur, c'est de feindre d'être venu pour une autre personne de la famille (femme, enfants, etc.) ; la santé de cette personne, dont on lui parle d'abord, est un sujet de conversation très propice qui permet de le conduire tout naturellement, et presque à son insu, sur le terrain de sa propre santé.

2° Inspection du sujet. — Une fois en présence du malade, il faut éviter de l'attaquer de front et de l'interroger brutalement sur l'objet de son délire. L'entretien ne doit donc porter tout d'abord que sur des questions insignifiantes et d'ordre banal. On profite d'ailleurs des premiers instants pour se livrer à l'*inspection du sujet*, pour juger l'ensemble et les détails de son état physique qui peut fournir les indications les plus précieuses et qui même, dans certains cas, éclaire à lui seul le

diagnostic. C'est ainsi que la microcéphalie, le prognathisme, le déplissement des oreilles, la surdi-mutité, la blésité et, en général, les malformations et les arrêts de développement, sont l'indice d'un état de dégénérescence ; l'asymétrie excessive de la face avec traces de chutes sur le front fait songer à l'épilepsie ; l'hémiplégie dénonce la démence apoplectique ; l'embarras de la parole à lui seul, à plus forte raison lorsqu'il s'accompagne de tremblement et d'inégalité des pupilles, suffit, le plus souvent, pour faire reconnaître la paralysie générale ; le tremblement très marqué des mains révèle l'alcoolisme ; l'agitation, les actes désordonnés, les cris incessants, l'incohérence, l'animation de la face et du regard dénotent la manie ; la dépression, l'accablement, l'immobilité, l'abaissement de la tête, la couleur violacée des téguments, l'odeur infecte de l'haleine, la mimique anxieuse, la torpeur, la stupidité, les grimaces, la catatonie identifient la confusion mentale et la démence précoce ; les cicatrices dans certains lieux de prédilection, notamment à la tête, au cou, témoignages accusateurs d'une ou de plusieurs tentatives de suicide, indiquent la mélancolie ; l'attitude sombre, hautaine, méfiante d'individus aux yeux fixement ouverts et méchants, trahit le persécuté halluciné ; l'étrangeté du costume, l'arrangement spécial de la tête, de la coiffure et de la barbe, les rubans de couleur, les médailles et chapelets portés d'une façon ostensible, l'attitude majestueuse et digne trahissent la folie systématisée, surtout la mégalomanie, etc., etc. La seule inspection physique, qu'on néglige trop, le plus souvent, révèle donc des particularités intéressantes qui, aidées des renseignements déjà acquis, suffisent parfois pour fixer complètement l'observateur. Il est bon, en même temps, de jeter un coup d'œil sur l'*appartement* du malade, qui, dans sa disposition générale, comme dans l'arrangement de certaines parties, de certains meubles ou objets accessoires, présente, parfois, des indices caractéristiques d'un dérangement d'esprit et de sa nature.

3° Manière d'interroger. — Pendant ce temps, la conversation a fait du chemin, et on s'est emparé peu à peu de l'es-

prit du sujet, au point de *l'amener progressivement sur le terrain de son délire*. Arrivé là, il n'y a plus de ligne de conduite invariable à suivre, pas plus qu'il n'existe un ordre méthodique de questions à poser. Tout est subordonné à la nature de la maladie et à l'attitude du malade. Aussi peut-on établir en principe que *le cours de la conversation ne saurait être arrêté d'avance et consister dans une série de questions toutes faites et posées dans un ordre déterminé*. Le médecin, sans perdre un instant de vue son objectif, *doit laisser parler le sujet* et l'écouter sans l'interrompre lorsqu'il dit des choses utiles, le ramener au contraire à la question lorsqu'il s'en écarte, l'interroger au besoin par des demandes nettes, précises et tendant droit au but. On arrive ainsi à éclaircir tous les points du problème et à pénétrer jusqu'aux idées, jusqu'aux sentiments les plus intimes et les plus secrets de l'aliéné.

4° Recherche des signes d'infirmités psychiques (dégénérescence, démence). — Quel que soit le cas qui se présente, il ne faut jamais oublier qu'on a deux choses essentielles et bien distinctes à envisager : 1° l'état du *fonds intellectuel*, c'est-à-dire l'intelligence au point de vue *quantitatif*; 2° l'état du *fonctionnement intellectuel*, c'est-à-dire l'intelligence au point de vue *qualitatif*. L'étude du premier point servira à indiquer si les facultés psychiques du malade sont *normalement développées* ou *intégralement conservées*, c'est-à-dire s'il y a ou s'il n'y a pas *infirmité psychique, congénitale* ou *acquise*; l'étude du second point précisera si les facultés, normalement constituées ou non, *travaillent à faux*, c'est-à-dire s'il y a *maladie psychique* ou *psychose* et de quel genre.

Pour mesurer, au point de vue *quantitatif*, le niveau mental du sujet, on doit prendre pour terme de comparaison soit le niveau moyen des individus de même âge et de même condition dans le cas de *dégénérescence*, soit son propre niveau antérieur dans le cas de *démence*, et y rapporter l'état que l'on constate, en se servant comme moyens de mensuration de questions diverses, de souvenirs évoqués, de dates et de calculs, de quelques lignes qu'on fait écrire, d'appréciations littéraires,

philosophiques ou morales que l'on provoque, et qui permettent de juger du fonds de l'intelligence, et surtout de l'état de la mémoire, de l'idéation, du raisonnement, du jugement et du sens moral. Ce point important du problème acquis, et il est le plus souvent facile de l'élucider, à moins que le degré de débilité d'esprit ou de démence soit très peu marqué, on cherche à résoudre le second point qui consiste à savoir si le malade est atteint de psychose et de quel genre.

5° Recherche des symptômes de maladies psychiques ou psychoses (généralisées, systématisées). — Les renseignements qu'on a recueillis de la bouche de la famille, joints à ceux qu'on a tirés soi-même de l'inspection du sujet et des questions qu'on lui a posées, ont déjà permis de s'assurer s'il est réellement atteint d'un trouble mental. L'existence chez lui de *délire, d'hallucinations, d'illusions, d'obsessions, d'impulsions, de troubles de la conscience* et de la *personnalité*, permettra de dire s'il présente soit à l'état isolé, soit groupés en maladie, les grands syndromes constitutifs des psychoses.

La réalité de la *psychose* constatée, il reste à en déterminer le *genre* : a) *psychose généralisée* (1° avec excitation ou manie; 2° avec dépression ou *mélancolie*; 3° avec confusion ou *confusion mentale*); b) *psychose systématisée*. On précise ensuite l'*espèce, variété* ou *degré*, et, dans le cas d'une psychose généralisée, particulièrement d'une confusion mentale, si elle est *symptomatique* d'un autre état morbide, par exemple d'une exo-intoxication, d'une auto-intoxication ou d'une infection. C'est là un complément indispensable du diagnostic qu'on ne peut résoudre d'une façon satisfaisante qu'en ayant bien présents à l'esprit les symptômes fondamentaux des états psychopathiques et la façon dont ces symptômes s'enchaînent pour constituer les diverses formes de psychoses. Ainsi, un trouble général de l'activité, *excitation* ou *dépression*, dénote un état de *manie* ou de *mélancolie*, tandis que l'absence de ce trouble général indique la *folie partielle* ou *systématisée*; de même la mobilité dans les idées, l'incohérence, les illusions sensorielles et mentales, l'excitation désordonnée des discours et des actes caractérisent la *manie aiguë*; les con-

ceptions délirantes tristes, les idées de culpabilité, d'humilité, de ruine, de damnation, de perdition, les hallucinations, le refus de parler, de manger, de bouger, les idées de suicide sont le propre de la *mélancolie*; le délire systématisé cohérent, soit de persécution, soit de mysticisme, les hallucinations de l'ouïe et les troubles de la sensibilité générale, la réticence, les impulsions appartiennent aux *folies partielles*, etc., etc.; en un mot, pour distinguer les uns des autres, dans la pratique, les divers genres de psychoses, il faut nécessairement connaître les principaux symptômes de chacun d'eux.

Il nous paraît inutile de rappeler que, quel que soit l'état du malade, il convient de le traiter toujours avec la plus grande politesse et les meilleurs égards, car, pour si profondément atteints qu'ils soient, les aliénés sont toujours sensibles aux procédés d'urbanité et aux marques de déférence qu'on leur prodigue. C'est du reste en grande partie par ce moyen qu'on arrive à capter leur bienveillance et à s'emparer de leur esprit, but principal auquel on doit tendre.

Je n'ai pas besoin d'ajouter que, dans aucun cas, on ne doit faire consister la partie principale de l'interrogatoire dans ces questions et moyens d'enquête sans portée suffisante auxquels le public et certains magistrats attribuent bien à tort la valeur d'un véritable *criterium*, et qui consistent dans de simples interrogations sur le cours du temps ou la valeur respective de diverses pièces de monnaie. On sait en effet que, pour certaines personnes, dire son âge, le mois de l'année où l'on se trouve, reconnaître les gens et indiquer exactement la valeur monétaire d'une pièce d'argent et de billon, c'est prouver clairement qu'on n'est pas aliéné.

6° Mutisme, réticence, dissimulation. — Il arrive parfois au médecin de rencontrer un malade qui reste *volontairement muet* à toutes les questions, de sorte qu'après avoir épuisé tous les moyens en sa possession, il est forcé de s'avouer vaincu, et de renoncer à l'interrogatoire. Or, ce *mutisme* absolu, en clinique mentale, n'a rien qui doive surprendre ni surtout décourager, car il a, par lui-même, une valeur clinique, et s'il prive

des renseignements précieux fournis par les réponses de l'aliéné, il constitue, en revanche, un véritable symptôme qui, bien que négatif, ne laisse pas d'avoir sa signification.

Le mutisme, en effet, est une particularité spéciale à quelques formes de psychoses, que son existence contribue, par conséquent, à révéler.

Ainsi, si on l'observe chez un individu fortement déprimé, abattu, immobile, les yeux baissés, la tête inclinée sur la poitrine, et que rien ne paraît émouvoir, on a presque sûrement affaire à un aliéné atteint de stupeur, syndrome relevant soit de la mélancolie, soit de la confusion mentale. Et le diagnostic se précisera si, en même temps, on constate chez le malade ces troubles de la circulation périphérique, cette couleur violacée des téguments, ce refroidissement des extrémités qui sont les indices extérieurs de l'état mélancolique, ou bien le négativisme, la suggestibilité, les attitudes cataleptoïdes qui caractérisent la catatonie.

Si, au contraire, le malade resté muet est un individu qui prend à l'approche du médecin une attitude défiante, ombrageuse, qui se recule de lui, ou au contraire le regarde arrogamment avec de grands yeux fixement ouverts, on peut être presque certain qu'on a affaire à un halluciné atteint de *folie systématisée* et surtout de *délire de persécution*. Le plus souvent, d'ailleurs, en dépit de sa *réticence* voulue, il lui échappera quelques phrases significatives, injurieuses ou typiques dans le genre des suivantes qui suffisent à éclairer complètement le diagnostic : « Vous le savez mieux que moi. — Je n'ai rien à vous dire. — C'est mon affaire. »

A côté des réticents, il faut aussi songer aux *dissimulés*, c'est-à-dire aux malades qui tout en répondant plus ou moins facilement, cachent soigneusement, dans un but quelconque, par exemple pour obtenir une mise en liberté, leur délire. Ce sont aussi, le plus souvent, des aliénés à délire systématisé et surtout des persécutés.

7° Durée de l'interrogatoire. — Le médecin qui interroge un aliéné ne doit jamais se décourager des rebuffades qu'il peut subir, ni rompre la conversation au moindre refus de répondre

qu'il éprouve. *En principe, l'interrogatoire des aliénés, celui surtout des raisonnants et des délirants systématisés, doit être prolongé*, car ces malades demandent à être captés peu à peu ; le premier quart d'heure n'apprend pas souvent grand'chose, alors qu'une seule minute du second en apprend à elle seule bien davantage. Une heure n'est pas trop quelquefois. Contrairement à ce qu'en disent la plupart des auteurs, je crois donc qu'il faut fatiguer l'aliéné sans le pousser à bout, bien entendu. Quand il est suffisamment pressé, il se rend, parle sans ambages ni restrictions, et appartient vraiment à celui qui l'interroge. Aussi, lorsqu'on est arrivé à grand'peine au moment des confidences, ne faut-il jamais abandonner la conversation et en remettre la fin à un autre jour, car avec un aliéné, à moins qu'on ne l'ait confessé à fond, il n'est guère possible de reprendre l'entretien au point précis où on l'a laissé ; le plus souvent il devient nécessaire de recommencer en entier l'interrogatoire et d'obtenir à nouveau les aveux de la veille, avant de pousser plus loin les investigations. Ce n'est que dans des cas exceptionnels et lorsque l'examen de l'aliéné comporte une étude suivie et renouvelée, qu'on peut ainsi abandonner le bénéfice d'un interrogatoire à moitié fait pour le continuer plus tard.

8° Examen des fonctions organiques. — Après l'interrogatoire du malade, il faut passer rapidement en revue ses divers appareils, comme on le fait en clinique ordinaire, particulièrement en clinique nerveuse, en insistant par conséquent sur la recherche des troubles de la *sensibilité*, de la *motricité*, de la *réflectivité*, et surtout du *sommeil*. Il faut procéder, toutes les fois que cela n'est pas absolument impossible, à un *examen rapide de ses grandes fonctions organiques*, en insistant davantage sur cet examen, si l'on soupçonne ou si l'on découvre un trouble viscéral susceptible d'avoir quelque relation avec le trouble mental. C'est surtout dans les formes de confusion mentale et de mélancolie, de même que chez les aliénés présentant des illusions internes ou des sensations génitales, qu'il est nécessaire de se livrer à une étude minutieuse des grands appareils de l'économie.

9° Auto-observation du malade. — Lorsque l'interrogatoire et l'examen du malade sont terminés, le médecin doit prendre congé de lui poliment, aimablement, en l'engageant, s'il paraît y avoir utilité, à écrire lui-même son histoire. Ces *auto-observations* d'aliénés sont le plus souvent, au point de vue du diagnostic, des documents précieux. Il en est de même, comme le montre à nouveau ROGUES DE FURSAC dans son récent ouvrage (1905), de leurs *écrits* et *dessins*.

§ 3. — TABLEAUX POUR LE DIAGNOSTIC

Ma fréquentation quotidienne des élèves depuis vingt-cinq ans m'a montré leur constant embarras en présence d'un aliéné à examiner et d'un diagnostic psychiatrique à établir. Les auteurs d'ouvrages spéciaux, rompus à ce genre de pratique, ne se préoccupent peut-être pas assez de cet embarras, parfois extrême et, en tout cas, ne se mettent pas toujours suffisamment à la place et à la portée des non initiés.

Aussi, beaucoup de praticiens et d'étudiants m'ont-ils souvent demandé de dresser à leur intention des sortes de *tableaux-guides*, clairs et concis, destinés à leur servir de plan et de fil conducteur dans l'examen ou la prise d'observation d'un malade atteint de psychopathie et dans l'établissement du diagnostic.

C'est pour répondre à ce désir que j'ai cru devoir faire suivre ce chapitre de diagnostic de deux tableaux qui en sont pour ainsi dire le résumé et le complément. L'un est un *plan général* pour l'examen d'un malade en psychiatrie, susceptible d'être utilisé dans tous les cas. L'autre est un *tableau-guide* permettant une fois l'examen fait, d'arriver, d'après les constatations relevées, au *diagnostic* de la classe, du genre, de la forme et de la variété de la psychopathie en cause.

Ces deux tableaux peu compliqués et d'ailleurs perfectibles, s'ils ne permettent pas au praticien et à l'élève d'identifier et de fixer à son rang nosologique un psychopathe aussi facilement qu'ils le feraient pour une plante à l'aide des classifications d'une flore, ou pour un individu à l'aide du Bertillonage, ne les en aideront pas moins dans leur tâche souvent difficile, et c'est là l'essentiel.

J'ai cru devoir indiquer, dans ces tableaux, les pages du *Précis* auxquelles le lecteur pourrait avoir besoin de se reporter pour bien établir son diagnostic.

PLAN
POUR L'EXAMEN D'UN MALADE EN PSYCHIATRIE

I. — COMMÉMORATIFS OU ANAMNESTIQUES

1° ANTÉCÉDENTS DE FAMILLE	<p><i>Ascendants directs</i> (père, mère, grands-parents paternels et maternels). <i>Collatéraux</i> (oncles, tantes, grands-oncles, grand-tantes, cousins, cousines, frères, sœurs). <i>Descendants</i> (enfants, avec indications sur le conjoint). Age actuel ou au décès, cause du décès. Degré d'intelligence, équilibre mental. Grossesses, accouchements, fausses couches, mort-naiissances, morts en bas âge, etc. Consanguinité. Maladies antérieures, surtout mentales, cérébrales, nerveuses, toxiques, infectieuses, diathésiques (folie, épilepsie, imbecillité, surdité, mutité, suicide, hystérie, tuberculose, cancer, arthritisme, artério-sclérose, alcoolisme, syphilis, etc.).</p>
2° ANTÉCÉDENTS DU MALADE	<p>Age. État civil. Constitution physique, intellectuelle et morale. Degré d'intelligence, d'instruction. Caractère, goûts. Sentiments religieux. Sentiments affectifs, instincts, habitudes, penchants. Enfance. Puberté. Règles. Grossesses. Accouchements. Lactation. Descendance. Maladies antérieures (méningite, convulsions, fièvre typhoïde, maladies organiques et viscérales, accès antérieurs de folie, névroses, traumatismes, surtout craniens). Excès vénériens ou alcooliques; tabac, morphine, etc. Intoxication professionnelle. Shocks moraux, deuils. Chagrins domestiques; revers de fortune. Surmenage. Passage brusque de la vie active à la vie de repos ou inversement.</p>
3° HISTOIRE DE LA MALADIE	<p>Cause ou causes probables, morales ou matérielles. Date et mode de début. Premières manifestations, intellectuelles et physiques. Marche suivie. Conduite actuelle du malade. Nature de ses idées, de ses propos, de ses actes. État de ses fonctions somatiques, du sommeil. Écrits actuels; comparaison avec écrits antérieurs, de diverses époques.</p>

II. — EXAMEN DU MALADE

1° INSPECTION	<p>Aspect général. Costume. Attitude. Expression. Voix. Mimique. Gesticulation. Grimaces. Tics. Visage. Vue, regard. Cicatrices, etc. Appartement.</p>
---------------	--

PSYCHIATRIE	
A. MALADIES (Psychoses). (Dérangement psychique).	
GÉNÉRAL	B. PSYCHOSE SANS TROUBLE GÉNÉRAL
SYMPTÔMES PHYSIQUES	<p style="text-align: center;">3° Torpeur (Confusion mentale). (p. 285).</p> <p><i>Aspect général d'indifférence, de torpeur, d'hébétéude.</i> Céphalée. Insomnie; somnolence. Agitation ou stupidité. Troubles des viscères, de la nutrition. Fièvre fréquente.</p> <p style="text-align: center;">Pas de troubles physiques.</p>
SYMPTÔMES PSYCHIQUES	<p style="text-align: center;">Torpeur. Obtusion; désorientation. Confusion d'esprit. Amnésie de fixation.</p> <p style="text-align: center;"><i>Hallucinations sensorielles</i> (ouïe, toucher, odorat, goût, exceptionnellement vue). Hallucinations psycho-motrices. Conservation de la lucidité, de la mémoire Idées systématisées.</p>
DÉLIRES	<p style="text-align: center;">Délire onirique ou de rêve hallucinatoire, véritable état second ou somnambulique.</p> <p style="text-align: center;">Délire limité, systématisé, logique, progressif, hallucinatoire.</p>
FORMES ET VARIÉTÉS	<p style="text-align: center;">1° <i>Confusion mentale simple</i> (a. asthénique; b. délirante) (p. 286, 293). 2° <i>Confusion mentale aiguë</i> (a. délire hallucinatoire aigu; b. stupidité; c. délire aigu) (p. 305, 308, 310). 3° <i>Démence précoce</i> (a. hébétéphrénique; b. catatonique; c. paranoïde) (p. 316, 325, 338, 340).</p> <p style="text-align: center;">1° <i>Délire hypocondriaque</i> (p. 380). 2° <i>Délire de persécution, religieux, jaloux, érotique</i> (p. 382, 389, 395). 3° <i>Délire ambitieux</i> (p. 397).</p>
INDICATIONS SPÉCIALES	<p>particulier le grand groupe des (p. 497), d'infections (p. 624), ées, notamment par la <i>Confu-</i> 308, 310, 316).</p>

TABLEAU-GUIDE POUR LE DIAGNOSTIC EN PSYCHIATRIE

I. — PSYCHOPATHIES-INFIRMITÉS (Infirmités psychiques). (Altérations du fonds psychique).		II. — PSYCHOPATHIES-MALADIES (Psychoses). (Altérations du fonctionnement psychique).				
		A. PSYCHOSES AVEC TROUBLE GÉNÉRAL			B. PSYCHOSE SANS TROUBLE GÉNÉRAL	
		1° <i>Excitation</i> (Manie). (p. 216).	2° <i>Dépression</i> (Mélancolie ou lypémanie). (p. 236).	3° <i>Torpeur</i> (Confusion mentale). (p. 285).	(Psychose systématisée progressive). (p. 373).	
SYMPTÔMES PHYSIQUES	1° <i>Infirmités d'évolution</i> (Dégénérescence). (p. 403).	2° <i>Infirmités d'involution</i> (Démence). (p. 431).	<i>Excitation désordonnée.</i> Agitation. Violence. Insomnie.	<i>Aspect général et attitude tristes</i> avec <i>dépression</i> ou avec <i>excitation</i> inquiète, anxieuse. Troubles viscéraux. Auto-intoxications, surtout abdominales.	<i>Aspect général d'indifférence, de torpeur, d'hébété.</i> Céphalée. Insomnie; somnolence. Agitation ou stupidité. Troubles des viscères, de la nutrition. Fièvre fréquente.	<i>Pas de troubles physiques.</i>
SYMPTÔMES PSYCHIQUES	<i>Stigmata psychiques</i> (anomalies; malformations). Lacunes. Arrêt de développement. Déséquilibre. Instabilité. Obsessivité. Impulsivité. Amoralité. Inefficacité. Insociabilité.	<i>Déchéance psychique.</i> Affaiblissement intellectuel global. Amnésie progressive. Incohérence. Idées enfantines.	<i>Excitation désordonnée.</i> Suractivité des facultés. Hyperrhésie. Association automatique des idées, des mots. Fuite des idées. Illusions. Incohérence. Loquacité (Logorrhée).	<i>Tristesse muette</i> ou <i>tristesse agitée, inquiète, anxieuse.</i> Troubles des perceptions sensorielles et cénesthésiques. Concentration pénible de l'esprit. Mutisme ou parole rare. Refus d'aliments. Tendance au suicide.	<i>Torpeur.</i> Oblusion; désorientation. Confusion d'esprit. Annésie de fixation.	<i>Hallucinations sensorielles</i> (ouïe, toucher, odorat, goût, exceptionnellement vue). Hallucinations psycho-motrices. Conservation de la lucidité, de la mémoire Idées systématisées.
DÉLIRES	Polymorphes. Des persécutés-mélancoliques. Systématisés aigus. D'interprétation. Raisonnants ou des persécutés-persécutés.	Diffus. Absurdes. Incohérents. Mobiles.	Pas de délire stable. Idées de persécution; idées ambitieuses, etc.	Délire triste: de culpabilité imaginaire ou d'auto-accusation, de déshonneur, de ruine, d'impuissance, de damnation, d'hypocondrie, de crainte de châtements et de malheur, etc.	Délire onirique ou de rêve hallucinatoire, véritable état second ou somnambulique.	Délire limité, systématisé, logique, progressif, hallucinatoire.
FORMES ET VARIÉTÉS	1° <i>Dégénérés supérieurs</i> (dégénérés) (p. 404). 2° <i>Dégénérés moyens</i> (dégénérés proprement dits) (p. 407). 3° <i>Dégénérés inférieurs</i> (monstruosités) (p. 440).	1° <i>Démence sénile</i> (p. 433). 2° <i>Démence apoplectique</i> (p. 679). 3° <i>Démence paralytique</i> (paralysie générale) (p. 681). 4° <i>Démence vésanique</i> (p. 432, 232, 266, 273, 301, 377, 400).	1° <i>Manie aiguë</i> (a, typique; b, subaiguë ou excitation maniaque) (p. 216, 226). 2° <i>Manie chronique</i> (p. 229). 3° <i>Manie cyclique</i> (p. 233).	1° <i>Mélancolie aiguë</i> (a, typique, anxieuse, avec torpeur; b, subaiguë ou dépression mélancolique) (p. 236, 261). 2° <i>Mélancolie chronique</i> (p. 264). 3° <i>Mélancolie cyclique</i> (p. 267).	1° <i>Confusion mentale simple</i> (a, asthénique; b, délirante) (p. 286, 293). 2° <i>Confusion mentale aiguë</i> (a, délire hallucinatoire aigu; b, stupidité; c, délire aigu) (p. 305, 308, 310). 3° <i>Démence précoce</i> (a, hétérophrénique; b, catalanique; c, paranoïde) (p. 316, 325, 338, 340).	1° <i>Délire hypocondriaque</i> (p. 380). 2° <i>Délire de persécution, religieux, jaloux, érotique</i> (p. 382, 389, 395). 3° <i>Délire ambitieux</i> (p. 397).
INDICATIONS SPÉCIALES			La manie et la mélancolie constituent par leur association les <i>Psychoses mélancolico-maniaques</i> avec leurs deux variétés: a, <i>double forme</i> ou <i>intermittente</i> ; b, <i>circulaire</i> ou <i>continue</i> (p. 268, 271).	Les psychoses associées ou symptomatiques (p. 458), en particulier le grand groupe des psychoses d'exo-intoxications (p. 461), d'auto-intoxications (p. 497), d'infections (p. 624), sont formées par un des types de psychoses généralisées, notamment par la <i>Confusion mentale</i> et ses diverses variétés (p. 285, 293, 305, 308, 310, 316).		

- 2° SIGNES DES INFIRMITÉS PSYCHIQUES
- A. SIGNES OU STIGMATES DE DÉGÉNÉRESCENCE (p. 188) :
- 1° *Stigmata physiques* (Taille, tête, crâne, face, oreilles, dents, blésité, prognathisme, asymétrie. Peau, cheveux, poils. Membres. Organes génitaux).
 - 2° *Stigmata psychiques*. Sphère intellectuelle. Sphère morale et affective. Sphère sociale (arrêt de développement intellectuel et moral; déséquilibre; instabilité; impulsivité; amoralité; inaffectivité; insociabilité).
- B. SIGNES OU STIGMATES DE DÉCHÉANCE (p. 205) :
- 1° *Stigmata physiques* (Usure générale. Artério-sclérose. Affaiblissement musculaire. Tremblement. Paralysies).
 - 2° *Stigmata psychiques* (Affaiblissement progressif des facultés intellectuelles, des sentiments et des affections. Amnésie graduelle. Incohérence. Affaiblissement de la conscience et de la personnalité. Automatismes psychique. Égoïsme. Oubli des convenances. Entraînements inconscients et instinctifs).
- 3° SIGNES DES MALADIES PSYCHIQUES (PSYCHOSES)
- 1° Troubles de l'idéation (p. 54) :
 - a. Idées délirantes et délires (de satisfaction, grandeur, richesse, invention; d'humilité, désespoir, incapacité, ruine, indignité, auto-accusation; hypocondriaques, de négation, transformation corporelle, énormité; de persécution, jalousie, défense; religieux ou mystiques; érotiques).
 - b. Troubles de la mémoire et de l'attention.
 - 2° Troubles des perceptions (p. 66) :
 - a. Hallucinations (ouïe, vue, odorat, goût, toucher; cénesthésiques; motrices).
 - b. Illusions.
 - 3° Troubles de l'affectivité (p. 84) :
 - a. Troubles des émotions (anxiété).
 - b. Phobies et obsessions.
 - 4° Troubles de la conscience et de la personnalité (p. 104).
 - 5° Troubles de l'activité (p. 112) :
 - a. Troubles de l'activité générale (excitation, dépression, torpeur).
 - b. Mimique.
 - c. Langage (parole, écriture).
 - d. Actes.
 - e. Impulsions (suicide, homicide, viol, incendie, boisson et toxiques, fugue, érotisme).
- 4° EXAMEN PHYSIQUE
- 1° Troubles du système nerveux (p. 157) :
 - Sensibilité générale et spéciale.
 - Motilité.
 - Réflexivité.
 - Troubles trophiques et vaso-moteurs.
 - Troubles du sommeil.
 - 2° Troubles des fonctions organiques (p. 171) :
 - Circulation.
 - Respiration.
 - Nutrition et assimilation. Digestion.
 - Humeurs. Sécrétions. Excrétions. Ponction lombaire. Analyse des liquides de l'organisme.
 - Température. Poids.