

D^R HESNARD

PROFESSEUR A L'ÉCOLE DE MÉDECINE NAVALE ET COLONIALE
ANCIEN ASSISTANT DE CLINIQUE PSYCHIATRIQUE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

PREMIÈRES NOTIONS DE PSYCHIATRIE

A L'USAGE DES MÉDECINS PRATICIENS
DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE, DES MÉDECINS MILITAIRES
DES PSYCHOLOGUES ET DES MAGISTRATS



GRANDE LIBRAIRIE MÉDICALE A. MALOINE

NORBERT MALOINE, ÉDITEUR

27, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 27

PARIS, 1923

PREMIÈRES NOTIONS
DE PSYCHIATRIE

DU MÊME AUTEUR

1. Les Troubles de la Personnalité dans les états d'asthénie psychique. — Préf. du Prof. RÉGIS, 1909.
2. La Confusion mentale (en collab. avec le Prof. RÉGIS) in *Traité intern. de Psychol. pathol.* de A. MARIE, II, 1911.
3. La Psychoanalyse des Névroses et des Psychoses (en collab. avec le Prof. RÉGIS). — 1^{re} édition, 1914. — 2^e édit., 1921.
4. L'Expertise mentale militaire (en collab. avec le Dr POROT), 1918.
5. Psychiatrie de Guerre (en collab. avec le Dr POROT), 1919.
(Ouvrage couronné par l'Académie de Médecine).
6. La Relativité de la Conscience de soi. — Bibl. de Philosophie contemporaine, 1923.
7. L'Inconscient. — Bibl. de l'Encyclopédie scientifique. Préface du Dr TOULOUSE, 1922.
8. La Psychoanalyse. — Rapport au XXVII^e Congrès des aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, 1923.
9. Les Psychoses et les Frontières de la Folie. — Bibl. de Philosophie scientifique, 1925.

En préparation :

10. La Vie et la Mort des Instincts chez l'Homme.
-

D^r HESNARD

PROFESSEUR A L'ÉCOLE DE MÉDECINE NAVALE ET COLONIALE
ANCIEN ASSISTANT DE CLINIQUE PSYCHIATRIQUE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX



PREMIÈRES NOTIONS DE PSYCHIATRIE

A L'USAGE DES MÉDECINS PRATICIENS
DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE, DES MÉDECINS MILITAIRES
DES PSYCHOLOGUES ET DES MAGISTRATS



GRANDE LIBRAIRIE MÉDICALE A. MALOINE

NORBERT MALOINE, ÉDITEUR

27, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 27

PARIS, 1925

PREFACE

Ce petit ouvrage est le fruit d'une pratique psychiatrique acquise dans les milieux médicaux les plus divers : hôpitaux civils et militaires, asiles, consultations, clientèle, etc., etc., — et comme le raccourci de notre enseignement à la Faculté de Médecine de Bordeaux et dans la Marine.

Il vise à donner une description, aussi résumée que possible, des grands types de psychopathes, tels qu'on peut les rencontrer à chaque instant de la pratique courante, et à conduire ainsi le lecteur à travers les étapes successives du diagnostic psychiatrique. A ce titre il s'adresse aux médecins praticiens désireux d'acquérir les premiers principes de médecine mentale, aux étudiants en médecine (spécialement en vue de la préparation des 4^e et 5^e examens de doctorat), aux médecins de l'Armée, de la Marine et des Colonies, et même, en dehors du public médical, à tous ceux — comme les psychologues et les magistrats — que leurs études ou leur profession obligent à connaître la signification des termes couramment employés en psychiatrie ou à se faire une idée générale des maladies de l'esprit.

Dans ce but, nous avons délibérément éliminé de notre livre toute préoccupation d'historique, de bibliographie ou

de doctrine. Nous nous sommes efforcés de n'y retenir que les faits dûment contrôlés par l'expérience clinique traditionnelle, — ce court Précis n'étant, tout simplement, qu'un manuel très élémentaire d'enseignement pratique.

D^r HESNARD

PREMIÈRES NOTIONS DE PSYCHIATRIE

INTRODUCTION

Considérations pratiques sur les maladies mentales

Les affections mentales ou *psychopathies* sont pratiquement des états morbides caractérisés par des symptômes tirés de l'observation des fonctions de l'esprit.

Elles présentent, en dehors de ces symptômes essentiels et spécifiques, dits *symptômes psychiques*, un certain nombre de signes cliniques coexistants et complémentaires (quoique indispensables la plupart du temps au diagnostic) qui sont tirés de l'observation des fonctions physiques, du système nerveux notamment : les *symptômes somatiques*.

Entre les maladies physiques générales (comme les intoxications, les infections, les maladies organiques de l'axe cérébro-spinal) dont quelques symptômes seulement sont d'ordre psychique, et les maladies mentales vraies, essentielles, dont les signes somatiques sont nuls ou effacés, il existe des intermédiaires.

Caractères généraux. — Les maladies mentales vraies, c'est-à-dire non symptomatiques d'une maladie physique définie sous-jacente au trouble mental, ou *psychoses*, diffèrent des autres maladies :

1° En ce qu'elles consistent essentiellement, comme nous

venons de le dire, au point de vue séméiologique, dans un *trouble de l'esprit* : délire, excitation, obnubilation, etc. ;

2° En ce qu'elles surviennent sur un *terrain* mental spécial, qu'on s'accorde à considérer comme révélant l'existence d'une tare biologique, latente ou manifeste, apparue dans le cours de l'évolution héréditaire ou individuelle ;

3° En ce qu'elles revêtent une *évolution* particulière, d'une durée habituellement très longue, — au moins lorsqu'on considère la maladie dans l'ensemble de cette évolution et non dans ses accès isolés ; elle intéresse dans certains cas la presque totalité de l'existence du malade (1).

Étiologie. — Certains états psychopathiques surviennent parfois en l'absence de toute prédisposition apparente, à la suite des causes ordinaires des maladies : exo ou auto-intoxication aiguë (insolation, oxyde de carbone) ou prolongée (alcoolisme, saturnisme), infection grave (fièvre typhoïde, grippe, encéphalite épidémique, paludisme, etc.), syphilis, traumatisme cérébral, etc. — Ils revêtent alors habituellement des formes cliniques spéciales (confusion mentale, démence, etc., etc.) ; et leur évolution, régressive et curable ou au contraire assez rapidement progressive jusqu'à la cachexie et la mort, ressemble d'une manière générale à l'évolution des maladies ordinaires. Ce sont des *psychoses accidentelles*.

La plupart des maladies mentales vraies (folie intermittente, délire chronique, etc.), survenant sur un terrain préparé par l'hérédité psychique morbide, sont dites *psychoses constitutionnelles* (parce qu'elles portent jusque dans leurs caractères cliniques eux-mêmes la marque de leur origine,

1. Une psychose « aiguë » peut durer plusieurs mois. On a même dénommé ainsi, avec quelque exagération, des délires systématisés d'une durée de deux ou trois années (par opposition aux délires chroniques, qui durent jusqu'à la mort du malade, survenant parfois à un âge très avancé).

supposée préformée dans la constitution même de l'esprit du sujet). Mais il vaudrait mieux les appeler simplement *psychoses essentielles*, certaines d'entre elles survenant chez des individus dont la constitution est latente et ne se traduit guère cliniquement.

Il existe, d'ailleurs, des intermédiaires entre ces deux classes de psychoses (1).

L'étiologie des psychoses dites constitutionnelles est encore mal connue. On retrouve très souvent chez les ascendants des symptômes psychopathiques, parfois similaires (dans la folie intermittente par exemple), l'alcoolisme, la syphilis, la consanguinité, une maladie ou un trauma de la mère pendant la grossesse, etc.

Dans l'histoire de l'individu lui-même, on ne rencontre parfois rien (folie intermittente). Mais le plus souvent, un examen minutieux permet d'établir une longue suite d'événements de la vie morale intime — à la fois causes profondes du trouble mental et premières conséquences d'une prédisposition congénitale — non seulement dans la période qui a précédé l'éclosion de la psychose (émotions pénibles, déceptions, chagrins) mais durant le cours du développement psychique depuis l'enfance ; il s'agit de retards ou de difficultés dans la formation et la satisfaction des instincts en général, et de l'instinct sexuel en particulier.

Classification. — Il y a autant de classification qu'il y a d'auteurs en psychiatrie. En se plaçant au seul point de vue pratique du diagnostic élémentaire, on peut se borner à distinguer quatre groupes de faits cliniques. Ces quatre groupes

1. Certaines formes de démence précoce, par exemple, survenues après une confusion mentale grave en l'absence de tout antécédent mental apparaissent comme *accidentelles*. Alors que d'autres formes de cette psychose, survenues insidieusement chez des sujets mentalement tarés de façon plus ou moins apparente, sont considérées comme *constitutionnelles*.

de faits cliniques non seulement ne sont pas exclusifs les uns des autres, mais sont au contraire essentiellement superposables. Ainsi que nous le verrons, ils correspondent en effet aux *quatre temps du diagnostic* :

I. <i>Syndromes psychopathiques</i> (ou groupements des symptômes de 1 ^{er} plan).	partiels généralisés	I. Diagnostic du <i>Syndrome</i> (ou des symptômes apparents).
II. <i>Etats psychopathiques caractérisant un Terrain mental</i> (Dégénérescence et Constitutions).		II. Diagnostic du <i>Terrain</i> .
III. <i>Etats psychopathiques caractérisés par une altération du Fonds mental</i> (Démences).		III. Diagnostic du <i>Fonds mental</i> .
IV. <i>Entités morbides psychiatriques ou Maladies mentales proprement dites</i> (Folie intermittente, Démence précoce, etc.).		IV. Diagnostic de la <i>Maladie</i> .

Le *premier groupe*, celui des *syndromes*, comprend les ensembles ou groupements symptomatiques de premier plan, tels qu'on les observe communément en clinique, en dehors de toute notion de terrain, de fonds mental ni d'évolution.

Le *deuxième groupe* comprend les états psychopathiques caractérisés par un *terrain* mental spécial (latent ou apparent) : la dégénérescence, par exemple, ou telle variété de constitution morbide.

Le *troisième groupe* comprend les états psychopathiques caractérisés par l'altération du *fonds mental*, c'est-à-dire par des symptômes — généralement effacés ou de deuxième plan, et qu'il faut donc rechercher avec soin, — en rapport avec la destruction progressive ou irrémédiable des fonctions de l'esprit : ce sont les *Démences*.

Le *quatrième groupe* enfin comprend des combinaisons

variées de syndromes considérés à la fois dans leur évolution et dans leurs rapports avec l'existence possible d'un terrain spécial ou d'une altération primitive ou secondaire du fonds mental. Il est donc constitué par des faits cliniques complexes, synthétiquement et théoriquement assemblés, et ainsi élevés à la dignité de maladies proprement dites ou *entités morbides*.

Chacun de ces groupes de faits fera l'objet d'un chapitre, à l'exception de celui des syndromes, trop important, que nous diviserons en deux (syndromes partiels et syndromes généralisés) (1).

1. Nous réunirons dans le même chapitre les entités morbides psychiatriques et les troubles psychopathiques symptomatiques des maladies générales.

CHAPITRE PREMIER

Les Syndromes partiels (Phobie et obsession. Hallucination. Délire)

Le premier temps du diagnostic en psychiatrie consiste à reconnaître les symptômes apparents ou symptômes de premier plan. Ces symptômes se rencontrent, dans la pratique, groupés en syndromes soit *partiels*, soit *généralisés*.

Les *syndromes partiels* sont ceux qui, n'intéressant pas le fonctionnement de l'esprit dans son ensemble, permettent l'exercice normal de la plupart des fonctions psychiques :

Ils sont au nombre de trois : *phobie et obsession, hallucination, délire*.

A) PHOBIE ET OBSESSION

Définition. — La *phobie* et l'*obsession* sont des idées à base d'émotion anxieuse dont le malade reconnaît la nature malade mais qui s'imposent pourtant à lui en désaccord avec le cours naturel de ses pensées (1).

L'*émotion anxieuse* est un état pénible caractérisé par l'impression d'un danger imaginaire et par des sensations physiques conformes (malaise général, gorge serrée et spasmes divers, bras et jambes coupées, tachycardie avec palpitation

1. Les anxieux, phobiques et obsédés — qui font partie d'une même famille clinique — sont parfois désignés sous le nom générique de *psychasthéniques*. La *neurasthénie* ou malaise nerveux à signes surtout somatiques, est une fatigue nerveuse simple plus ou moins compliquée d'émotion anxieuse.

et parfois lipothymies, sueurs, tremblement, etc.) (1). Elle va depuis l'*anxiété* mentale légère sans cause légitime jusqu'à l'*angoisse* physique la plus atroce.

La *phobie* est une peur anxieuse relative à un objet défini ou à un acte à accomplir, cet objet ou cet acte étant en eux-mêmes et pour l'homme normal plus ou moins insignifiants.

L'*obsession* ou idée obsédante est une représentation mentale plus ou moins abstraite mais toujours baroque dont le malade arrive d'autant moins à se débarrasser qu'il cherche plus violemment à la chasser de son esprit.

Description et variétés. — Certains malades sont simplement des « anxieux ». Regrettant douloureusement le passé et hantés par la peur de l'avenir, ils présentent des paroxysmes d'angoisse sans raison (crises anxieuses) ; ou bien leur anxiété est permanente et sans objet, s'exacerbant dans n'importe quelle circonstance.

Mais d'autres sentent leur malaise survenir ou s'accroître à la vue ou à l'idée de certaines choses : couteaux ou aiguilles, poussière, saleté ou microbes, sang, etc. ; ou dans certains endroits comme dans la rue ou sur les places, sur un balcon, etc. (agoraphobie, peur des espaces), surtout lorsqu'ils sont seuls ; ou bien en bateau, en chemin de fer, etc. ; parfois simplement dès qu'ils changent quelque chose à leurs habitudes journalières et qu'ils quittent les lieux qui leur sont familiers.

Chez certains la phobie consiste foncièrement dans un *sentiment d'infériorité* ou de *honte de soi* ; le malade est tourmenté par la peur d'être laid, différent des autres, inférieur, inintelligent. Parfois il a l'impression de ne plus reconnaître les choses qui l'entourent et de ne plus se reconnaître

1. Ces impressions sont en rapport avec un éréthisme particulier du système vago-sympathique.

lui-même ; parfois il souffre d'une timidité anxieuse, fuyant le regard d'autrui et ayant constamment la crainte de rougir (ereutrophobie) ou de paraître ridicule ; ou bien il a honte d'aller à la selle, d'uriner, de manger en public, peur d'avoir des gaz intestinaux, etc.

D'autres sont torturés par la peur de certaines maladies : syphilis, rage, carie dentaire, cancer, etc. (phobies hypochondriaques). D'autres ont peur de ne pouvoir avaler, vider leur intestin, engraisser ou maigrir, de ne pouvoir pratiquer le coït au moment opportun (impuissance émotive) ; quelques-uns même, de se tenir debout et de marcher (stasobasophobie), ou bien de parler sans balbutier, etc.

D'autres enfin sont tourmentés par la peur de faire du mal à leurs enfants avec le couteau qu'ils aperçoivent, de se jeter par la fenêtre à laquelle ils s'accourent, de se suicider, etc. (phobies d'impulsion) (1). Ces craintes peuvent être professionnelles comme la phobie du bistouri ou de l'hémorragie chez le chirurgien ou la peur de couper le client chez le coiffeur.

L'obsession peut avoir trait à tout ce qui touche à la certitude ; elle conduit le malade à douter de tout ce qu'il fait : Il se demande toute la journée s'il a bien fait tout ce qu'il fallait faire ; s'il a bien jeté sa lettre à la poste ou mis correctement l'adresse, s'il n'a pas oublié son porte-monnaie, fermé le compteur à gaz, uriné suffisamment avant d'aller en visite, etc. Il se pose des questions interminables et ridicules à propos de ce qu'il voit ou entend (maladie du doute).

1. Il ne faut pas confondre ces peurs anxieuses et purement imaginatives de se livrer à un acte redouté avec les *impulsions* vraies au suicide, à l'homicide, etc., qui sont des tendances plus ou moins irrésistibles mais parfaitement réalisables, survenant dans les états d'automatisme mental (épilepsie), ou chez des sujets profondément tarés psychiquement (dégénérés).

Si l'obsession a trait à des préoccupations relatives à la morale, elle donne naissance à la maladie du scrupule ou du sacrilège. Le malade s'accuse de s'être masturbé, redoute de penser à des choses inconvenantes, est poursuivi par une obscénité quand il pense à une chose sainte, craint d'avoir fait du mal à autrui, offensé Dieu, avoir mal communiqué, avoir oublié des péchés à confesse, etc.

D'autres enfin sont obsédés par le besoin de rechercher un souvenir, un nom qu'ils viennent d'oublier, par une question ridicule (Est-ce que Dieu existe ? etc.) par la manie de répéter certains mots ou chiffres, de compter les lettres des phrases (onomatomanie), etc.

Quelques-uns de ces malades cherchent à se soulager momentanément par des « trucs » qui deviennent à leur tour obsédants : s'imaginer des choses très différentes des idées qui les obsèdent, répéter des formules de conjuration. Ou bien ils font dans le même but de petits gestes ridicules (tics de défense) : secouer la tête, renifler, se frapper la cuisse, se laver les mains (phobie de la saleté), toucher tous les objets (doute), se regarder dans un miroir (phobies hypochondriaques), palper un couteau (phobie du meurtre).

Valeur sémiologique. — Fait essentiel, les phobies et les obsessions sont plutôt des « névroses » (c'est-à-dire des affections nerveuses sans trouble vrai de la lucidité, de la raison) que de véritables maladies mentales : Elles s'accompagnent en effet d'une parfaite conscience du trouble morbide, malgré leur irrésistibilité. En conséquence elles ne déterminent que des actes morbides innocemment symboliques.

Elles sont comparables, au point de vue de leur objet (1),

1. Exemples : Le scrupule rappelle le délire d'auto-accusation ; l'obsession des maladies, le délire hypochondriaque ; l'obsession du ridicule, le délire de persécution, etc.

aux idées délirantes. Mais au lieu d'être, comme celles-ci, acceptées, appropriées par le sujet et de devenir alors des convictions absolues, elles sont au contraire constamment et énergiquement repoussées par lui.

Les phobies, obsessions et leurs dérivés sont extrêmement variables en gravité. Elles surviennent le plus souvent, dans la première moitié de l'existence et spécialement après la puberté, chez des anxieux de tempérament, des émotifs, à l'occasion d'un épuisement nerveux ou d'une émotion déprimante (surmenage émotionnel, mauvaise hygiène sexuelle, chagrins intimes). Elles sont d'autant plus curables que leur aspect est plus franchement émotionnel et leur cause occasionnelle plus légitime (1).

D'autres fois elles surviennent brusquement et disparaissent de même après quelques semaines ou mois sans raison apparente ; on les considère alors comme des équivalents particuliers — conscients et atténués — de la folie intermittente (obsessions périodiques).

Elles peuvent rarement se comp'iquer d'épisodes vraiment psychopathiques au cours desquels l'angoisse, poussée à son comble, envahit toute la conscience (Psychose anxieuse).

Exceptionnellement, enfin, chez de jeunes malades, elles constituent les prodromes éloignés d'une démence précoce.

B) HALLUCINATION

Définition. — Il y a hallucination lorsqu'un individu perçoit d'une manière quelconque — soit en lui-même, soit dans le

1. Ces obsessions curables sont généralement accompagnées d'un *syndrome neurasthénique*, c'est à-dire de symptômes somatiques d'épuisement nerveux (dyspepsie asthénique, troubles fonctionnels du rythme cardiaque, asthénie générale), réactions anormales du système neuro-végétatif.

milieu extérieur — un objet imaginaire, habituellement impressionnant et significatif.

Description et variétés. — Dans l'hallucination *visuelle* le malade aperçoit autour de lui des ombres vagues, puis des objets ou des êtres aux contours précis, parfois animés ou colorés, qu'il suit du regard, qui l'attirent ou lui font peur. Ces visions sont en effet, assez rarement agréables (fleurs, anges, etc., etc.), le plus souvent pénibles (cercueils, fantômes) et même terrifiantes (démons, bandits, animaux féroces). Elles augmentent le plus souvent par le recueillement, dans l'obscurité ou les yeux fermés.

Dans l'hallucination *auditive* le malade entend (comme à l'aide de l'oreille) des bruits, puis des voix de plus en plus précises, qu'il attribue habituellement à telle personne, réelle ou irréelle. Il s'agit le plus souvent d'injures plus ou moins grossières, de menaces, d'allusions choquantes à ses pensées intimes, plus rarement de paroles consolantes. Il y répond parfois à demi-voix, tendant l'oreille avec une mimique appropriée.

Dans l'hallucination *orale* (ou du sens du langage) le malade perçoit en lui-même (dans sa tête, parfois dans sa gorge ou dans son épigastre) des paroles soit simplement pensées (hallucinations psychiques), soit articulées au-dedans de lui-même, sur sa langue (hallucinations psychomotrices verbales), soit enfin parlées à voix haute par sa bouche (hallucinations motrices verbales); et cela sans le secours de l'ouïe ni de la vue, c'est-à-dire, par conséquent, à l'aide du langage — intérieur ou extériorisé plus ou moins complètement. — Mais il les attribue presque toujours à un être étranger à sa personne

1. Il faut savoir que les vraies *hallucinations*, phénomènes comparables à de fausses perceptions sensorielles, sont beaucoup plus rares que les *interprétations* à l'occasion d'une perception réelle (Voyez plus loin page 22).

et qui parle en lui-même. Les hallucinations psychiques sont très importantes, au début des psychoses chroniques ; elles manifestent un automatisme délirant en vertu duquel l'individu sent son esprit lui échapper et réagit par des idées d'influence. Il s'agit habituellement de pensées et de mots tranchant de façon violemment discordantes sur le cours de ses idées familières : injonctions auxquelles il se sent contraint d'obéir, réflexions choquantes ou même contraires à ce qu'il faudrait penser, détail de sa vie personnelle qu'il voudrait dissimuler, répétition ou anticipation indiscretes de ses pensées intimes (écho, vol de la pensée), etc.

Il existe de même des hallucinations des diverses sensibilités, qui font éprouver au malade des odeurs ou des goûts imaginaires de soufre, d'arsenic, de cadavre, etc (hallucinations *olfactives* et *gustatives*) ; ressentir des contacts irréels sur son épiderme : parasite, barbe soyeuse, pincements, baisers (hallucinations *tactiles*) ; subir des impressions voluptueuses ou pénibles de toutes sortes de manœuvres sexuelles dont il se défend avec fureur (hallucinations *génitales*). D'autres fois le malade se sent remuer et agir sans le vouloir, comme si un autre éprouvait sur lui un mystérieux pouvoir (hallucinations *motrices*). Ou bien il éprouve des sensations étranges dans ses organes et dans son corps tout entier (hallucinations *cœnesthésiques*).

Valeur séméiologique. — Très rarement, les hallucinations existent à l'état isolé et sans complication d'idées délirantes justificatrices. Ce syndrome hallucinatoire pur ou *hallucinose* marque, sauf exception, la période initiale et prolongée d'un délire hallucinatoire chronique à évolution lentement progressive.

Le plus souvent les hallucinations se présentent comme les éléments principaux ou accessoires, d'un syndrome plus complexe :

Les *hallucinations visuelles* se rencontrent surtout dans les intoxications, par exemple dans l'alcoolisme : scènes professionnelles, zoopsie ou visions d'animaux (rats, serpents, bêtes répugnantes ou féroces) ; dans les infections, le délire fébrile, par exemple ; et dans certains états psychopathiques transitoires des hystériques et des dégénérés.

Les hallucinations *auditives* et *orales*, souvent associées, sont d'un pronostic beaucoup plus grave. Elles se rencontrent surtout dans les délires à tendance chronique (systématisés ou non). Il en est de même pour les hallucinations des autres sens, avec lesquelles les hallucinations de l'ouïe et du langage se combinent diversement en devenant le point de départ d'idées délirantes de persécution, d'influence, de possession, hypochondriaques ou de grandeur.

C) DÉLIRE

Le délire est un ensemble d'idées délirantes (1).

L'idée délirante est une idée morbide substituant plus ou moins complètement à la réalité des faits une fausse réalité inconsciemment imaginée par le sujet et à laquelle il conforme ses actes.

Variétés. — L'apparence clinique des idées délirantes varie suivant que le malade manifeste l'importance excessive qu'il attribue toujours à sa propre personne en la croyant attaquée (persécution), prééminente (grandeur), atteinte d'un mal exceptionnel (hypocondrie), coupable (auto-accusation) ou d'essence divine (mysticisme).

Dans le *délire de persécution* le malade affirme être

1. On désigne parfois aussi sous le terme de *délire* certaines psychoses aiguës (Ex. : *Délire fébrile*) parce qu'elles se traduisent principalement par une explosion d'idées délirantes.

poursuivi, épié, menacé, empoisonné, influencé... « On » lui en veut, on l'empêche de réussir dans l'existence ; il va être condamné, etc., et cette hostilité, d'abord vague et anonyme, lui apparaît ensuite comme démontrée par des faits précis et imputables à des personnes qu'il désigne, puis qu'il cherche à frapper ou à fuir.

Les idées de persécution sont voisines des idées de *jalousie*, qui expriment une persécution spéciale par le conjoint, et qui font dire au malade que sa femme a des amants, « fait la vie, » etc.

Dans le *délire de grandeur* le malade se dit milliardaire, puissant, titré, issu de famille noble, se croit des dons merveilleux... Fier, il exige autour de lui le respect, se pare de décorations ou d'insignes. Le plus souvent expansif, ce délire succède parfois au délire de persécution ou coexiste avec lui en consolant le malade (lequel se dit alors persécuté parce que supérieur aux autres hommes) (1).

Dans le *délire hypochondriaque*, le malade, inquiet et en proie à des impressions cœnesthésiques pénibles, croit ses organes bouchés, rapetissés, transformés, disparus (délire de négation) ; il se croit lui-même atteint d'un mal inexplicable et incurable malgré tous les essais thérapeutiques, soit même totalement inexistant, mort-vivant.

Le *délire d'auto-accusation* donne au malade la conviction d'être déchu, moralement ou physiquement, inférieur, indigne (délire d'indignité), de mériter les plus grands châtiments, d'être coupable d'actes infamants ou sacrilèges (délire de culpabilité) : meurtre, vol, fautes sexuelles... Il va jusqu'à se dénoncer à la justice de tel crime imaginaire ou lu

1. Le délire de grandeur peut toutefois être triste et déprimant, le malade étant surhumainement malheureux, martyr, condamné à une immortalité malheureuse, etc.

dans le journal. Il cherche à se punir lui-même par l'auto-mutilation ou le suicide.

Dans le *délire mystique* le malade est en relation avec Dieu, le Ciel, il a une mission bienfaisante à remplir, se livre à toutes sortes de pratiques religieuses excessives.

Il faut ajouter à ces délires le *délire de revendication* ou *délire quérulent*. C'est un délire de persécution dans lequel les réactions du sujet, d'ailleurs plus ou moins excité, prennent une importance clinique particulière :

Ces « persécutés persécuteurs » intentent des procès interminables, accumulent des dossiers extravagants contre l'autorité militaire, ecclésiastique, politique — suivant leur profession et leurs opinions — (processifs) ; ou bien ils tuent au nom d'un principe social ou de l'anarchie (régicides et magnicides). Ou bien ils cherchent à faire aboutir quelque invention absurde (inventeurs) ; ou à se faire reconnaître quelque illustre descendance (persécuteurs filiaux) ; ou bien encore ils poursuivent d'un amour tyrannique, qu'ils croient partagé, un individu de l'autre sexe (persécuteurs amoureux ou érotomanes).

Formes cliniques. — On distingue trois formes de Délire — d'ailleurs habituellement combinées dans la pratique — d'après le mécanisme psychique en vertu duquel apparaissent les idées morbides, c'est-à-dire suivant que ces idées reposent sur des hallucinations, sur des interprétations ou sur une simple création de l'imagination.

I. Les délires à base d'*hallucination* (peu fréquents) s'échafaudent principalement sur des perceptions hallucinatoires, avant tout auditives ou orales. Le malade explique les voix qui s'adressent à lui ou les impressions irréelles qui le tourmentent par l'intervention de personnes, parfois réelles (membres de la famille, patrons, voisins, médecins), parfois

imaginaires (divinités ou démons, sociétés secrètes, etc.), laquelle s'exercerait suivant divers procédés : téléphonie occulte à travers les murs, hypnotisme ou transmission de pensée, radiations malfaisantes, poisons mystérieux et gaz toxiques, etc.

II. Les délires à base d'*interprétation* (très fréquents) sont beaucoup plus vraisemblables ; ils reposent sur l'interprétation tendancieuse de petits faits réels ou de coïncidences, que le malade note, rapproche et combine, et auxquels il attache une signification personnelle : Tel incident est la preuve qu'on lui veut du mal ; on le regarde d'un air bizarre, on l'épie derrière les fenêtres ; on parle de lui dans les journaux ; l'on fait des gestes, l'on sourit, l'on chuchote ou l'on crache sur son passage ; l'eau de sa toilette, empoisonnée, lui dessèche la peau ; il croit avoir entendu des injures, les réflexions des gens étant remplies d'allusions à sa personne ; tel ornement de sa maison ou tel objet qu'on lui offre est symbolique et indique qu'on lui suggère des préoccupations honteuses ; telle rencontre de mots est un calembour injurieux à son adresse, etc.

III. Les délires à base d'*imagination* pure (rares) naissent spontanément dans l'esprit du malade, qui se borne à affirmer aveuglément des événements dont il est le héros, et cela sans chercher à en donner aucune preuve : Il prétend qu'il possède des millions, qu'il est apparenté aux familles régnantes, qu'il est poursuivi par une bande de voleurs acharnés à sa perte, qu'il a le pouvoir de guérir les malades et d'influencer le monde, etc. Il bâtit ainsi des romans d'une richesse inouïe dans les moindres détails, sans s'étonner des plus flagrantes contradictions.

Valeur séméiologique. — Les idées délirantes, plus ou moins isolées et mal reliées entre elle, sont très fréquemment *symptomatiques* et se rencontrent, de façon transitoire,

épisode, ou bien au contraire habituelle et durable, dans une foule de psychoses :

Ainsi les idées de persécution sont fréquentes dans les psychoses d'origine organique, l'alcoolisme, les psychoses toxi-infectieuses ; les idées de grandeur dans la paralysie générale, la manie ; les idées de jalousie dans l'alcoolisme ; les idées d'auto-accusation dans la mélancolie ; les idées de revendication dans les délires des dégénérés.

Elles se mélangent fréquemment, en particulier au cours de la démence précoce délirante, où elles sont spécialement absurdes, vagues et incohérentes.

Mais dans certains cas, elles sont à elles seules toute la symptomatologie et caractérisent alors les *Délires chroniques*.

Ces états délirants sont habituellement lentement progressifs. Leur valeur séméiologique est variable d'après la forme clinique du délire (*délires chroniques hallucinatoires, d'interprétation, d'imagination*) ; nous y reviendrons au chapitre des entités morbides.

CHAPITRE II

Les syndromes généralisés (Excitation et Dépression, Confusion mentale et Délire onirique, Discordance mentale)

Les syndromes *généralisés* sont ceux qui intéressent le fonctionnement de l'esprit dans son ensemble. Ils peuvent être ramenés à trois grands groupes :

Les syndromes d'excitation (type : manie), les syndromes de dépression (type : mélancolie) et les syndromes excito-dépressifs dits mixtes.

Les syndromes de confusion mentale et de délire onirique.

Les syndromes de discordance mentale.

I. — EXCITATION ET DÉPRESSION

L'excitation et la dépression des grandes fonctions psychiques (1) (1° ton émotionnel ; 2° courant des idées ; 3° activité générale) peuvent exister dans tous les états psychopathiques, où ils sont combinés à d'autres symptômes ou syndromes. Lorsqu'elles existent à l'état pur, elles constituent les états maniaques mélancoliques.

1. Le *ton émotionnel* ou *humeur* est la résultante clinique des impressions dites *conesthésiques*, c'est-à-dire fournies par la sensibilité générale du corps (tristesse, gaieté, colère, etc.) Le *courant au cours des idées* se comprend de lui-même ; il se ralentit ou s'accélère suivant que le malade est excité ou déprimé. L'*activité générale* est l'ensemble des symptômes moteurs qui traduisent la vie mentale au dehors : langage, mimique, actes.

A) MANIE

Définition. — La manie est un syndrome généralisé caractérisé par une *expansion de l'esprit*, d'où 1° exaltation du ton émotionnel, essentiellement variable ; 2° éparpillement et accélération des idées ; 3° absence de retenue dans les actes.

Description. — Le visage du malade est animé, vultueux. L'élocution, devenue extrêmement facile, va du simple bavardage sans arrêt jusqu'au flux incessant de paroles décousues, hurlées d'une voix rauque, avec éclats de rire, chants, vociférations. Il y a de la gesticulation fébrile et désordonnée ; la tenue est en désordre. L'agitation peut être continue ; la chambre du maniaque est alors un fouillis, les murs fourmillent d'arabesques, d'inscriptions, de barbouillage fécal.

Les idées s'enchaînent si rapidement qu'on a peine à retrouver le lien qui les unit ; elles se succèdent au hasard de la foule des souvenirs et des mille détails que le malade, l'attention éparpillée, remarque autour de lui : traits et costumes de l'interlocuteur, ressemblances de personnes ou d'objets, etc. Un mot en appelle un autre, et le malade construit des phrases entières — émaillées de plaisanteries obscènes — au moyen d'assonances, de rimes, de calembours. Quoique bien orienté (c'est-à-dire sachant où il se trouve et la date), il croit parfois reconnaître tellement de choses qu'il vit dans une illusion perpétuelle (s'imaginant être à l'hôpital, à son travail, dans la rue, etc.), sans d'ailleurs en être nullement persuadé. Les écrits reflètent le même désordre exalté.

Il existe une mobilité extrême des émotions : Le malade éclate de rire, puis aussitôt sanglote. A l'instant tendre et caressant, il s'emporte soudain à la moindre cause jusqu'à la fureur. Il est fréquemment sous l'influence dominante d'un sentiment de bien-être expansif, se montrant alors exubérant,

enclin à la bienveillance, mais souvent aussi à la boisson et aux excès sexuels.

Dénué de toute retenue comme de toute mesure, le malade est volontiers persifleur, d'un sans-gêne révoltant, cynique. Il passe à l'acte avec une telle facilité qu'il est dangereux, non par désir stable de nuire mais par simple impulsivité : D'où besoin automatique de frapper les gens, de briser les objets et de faire du désordre.

Il peut y avoir des *idées délirantes*, généralement variables, de grandeur, de richesse ou de puissance.

Le malade guérit au bout de quelques semaines, plus souvent de quelques mois, mais sans amnésie de l'accès, n'ayant qu'une conscience assez vague de son état morbide antérieur. La terminaison de l'accès est habituellement brusque, comme son invasion.

Physiquement il existe des signes d'excitation générale, souvent de l'exagération de l'appétit, parfois de la salivation, habituellement de l'insomnie avec amaigrissement.

Degrés et formes. — Quand l'excitation correspond à peu près à la description qui précède, il s'agit de *manie* proprement dite. Cet état peut s'exagérer jusqu'à la *fureur maniaque* avec agitation incoercible.

Atténuée, elle peut revêtir des formes très spéciales : *manie coléreuse* et surtout *manie raisonnante*, dans laquelle le malade, modérément excité, manifeste des idées délirantes à base d'interprétation et à forme quérulente, c'est-à-dire revendicatrice (réclamations, plaintes incessantes au sujet de l'entourage, etc.).

Lorsqu'elle est relativement légère, l'excitation peut ne faire que modifier le caractère du malade, le rendre plus actif, plus exubérant, moins réservé. Parfois d'initiative en apparence bienveillante, mais en réalité fatigant tout le monde par son

besoin de se mettre en avant ; parfois aussi odieusement vaniteux, méchant ou persifleur, salace ou pervers, s'affichant par ses excentricités ou ses excès, il peut faire illusion dans son entourage qui le prend pour un original et s'en amuse. Dans quelques cas même, bâtissant des projets, échafaudant de grosses combinaisons d'affaires ou d'étonnantes inventions, il peut paraître plus intelligent et plus spirituel qu'à l'état ordinaire, servi qu'il est par sa faconde, sa formidable mémoire, et son imagination débordante. C'est *l'hypomanie*.

B) MÉLANCOLIE

Définition. — La mélancolie est un syndrome généralisé, caractérisé par une *concentration douloureuse de l'esprit* ; d'où 1^o affaissement du ton émotionnel ; 2^o ralentissement pénible des idées ; 3^o réduction de l'activité générale avec actes conformes à la dépression morale.

Description. — Le visage contracté exprime la tristesse inquiète, la douleur morale. L'attitude est déprimée, le malade restant longtemps immobile, la tête baissée, refusant de s'habiller, de marcher et surtout de manger.

Il est parfois saisi de crises subites d'angoisse, au cours desquelles il répond avec retard aux questions par des paroles brèves, d'une voix sourde.

On peut alors se rendre compte qu'il souffre atrocement sans raison légitime. Il est tellement absorbé par sa souffrance intérieure que les choses et les gens qui l'entourent — surtout ses parents les plus chers — lui donnent l'illusion de ne plus l'émuouvoir (ce qui est faux puisqu'il n'en est que plus malheureux encore).

Concentré sur sa douleur, il n'a plus la force de réfléchir, de raisonner et paraît à première vue ralenti intellectuelle-

ment, mal orienté même (c'est-à-dire dans l'ignorance de la date et du lieu) ; il se décide et agit aussi péniblement que le maniaque passe facilement à l'acte.

Il existe parfois dans cet état des *idées délirantes* de ruine, de maladie mystérieuse, d'indignité, surtout d'auto-accusation et de culpabilité imaginaire (le malade croit avoir commis un crime, offensé Dieu, mérité la mort, etc.)

Deux *réactions* sont caractéristiques de la mélancolie : le refus d'aliments et la tendance au suicide (dans lequel il entraîne parfois les siens).

Le malade guérit habituellement au bout de quelques semaines, plus souvent de quelques mois, ne conservant (comme le maniaque) aucune amnésie de son accès mais ne gardant qu'un sentiment assez vague d'avoir été malade.

La terminaison de l'accès mélancolique est souvent brusque, comme son invasion.

Physiquement il existe de la dépression générale, parfois de l'hypothermie et de l'insomnie, de l'amaigrissement et presque toujours de la dyspepsie hypotonique avec auto-intoxication intestinale.

Degrés et formes. — Dans la *mélancolie avec stupeur* la concentration de l'esprit est à son comble ; le malade reste immobile, dans le mutisme absolu.

Quand l'agitation monotone, causée par l'angoisse, domine la scène, le malade se tord les bras, gémit, ne peut tenir en place : c'est la *mélancolie anxieuse*.

Quand le malade, moins absorbé en lui-même, manifeste de nombreuses idées délirantes, c'est la *mélancolie délirante* dont une forme est caractérisée par l'idée d'avoir offensé Dieu et mérité l'enfer, ce qui détermine des attitudes continuelles de supplication (*mélancolie religieuse*).

Mais souvent la douleur morale se dissimule derrière une

apparence d'activité normale. Par ailleurs entièrement lucide, le malade n'en est que plus dangereux pour lui-même ; car il met froidement en œuvre toutes les ressources de sa lucidité pour réaliser sa volonté de mourir.

C) ETATS DITS MIXTES

Dans ces états, que des raisons tirées de l'évolution font rattacher à la mélancolie et surtout à la manie, certains auteurs voient une combinaison intime de symptômes maniaques et mélancoliques (1).

On peut aussi distinguer, très schématiquement, six formules cliniques, suivant que l'on considère l'excitation (+) ou la dépression (—) dans chacune des trois manifestations de la vie psychique : Humeur (H), Idées (I), Activité générale (A) :

(H — I + A +) Le malade peut être triste tout en étant excité dans ses idées, ses paroles et gestes (La *manie coléreuse* réalise un type de ce genre).

(H — I — A +) Il peut être, en même temps que triste, pauvre d'idées et cependant s'agiter et parler pour ne pas dire grand'chose.

(H — I + A —) Il peut être triste, déprimé dans son état général, tout en conservant une activité intérieure, bien difficile à déceler, caractérisée par un enchaînement très rapide mais silencieux des idées.

(H + I — A —) Au contraire le malade peut être d'humeur variable ou habituellement expansive mais pauvre d'idées et gardant une immobilité et un mutisme presque complets.

(H + I + A —) Il peut être d'humeur gaie, présenter

1. Il faut, en clinique, se méfier de ces conceptions un peu théoriques, les malades présentant ces symptômes étant souvent des débiles ou des déments précoces au début.

intérieurement un enchaînement rapide des idées tout en gardant une attitude générale déprimée.

(H + I — A +) Enfin il peut être, en même temps que gai, excité dans son langage et dans ses gestes, mais en manifestant une grande indigence d'idées.

II. — CONFUSION MENTALE ET DÉLIRE ONIRIQUE

Définition. — La confusion mentale est un syndrome généralisé caractérisé par une obnubilation psychique, lointainement consciente, déterminant une impuissance pénible à percevoir la réalité, et, parfois, un rêve délirant (délire onirique).

Description. — Le malade est habituellement inactif, sinon inerte. Sa physionomie est abrutie, les traits atones, le regard hébété, le masque traversé par instants d'une subite et vague expression d'ahurissement et d'interrogation anxieuse (comme s'il cherchait, sans y parvenir, à se rendre compte de sa situation).

Le malade ne sait ni où il se trouve, ni à quel moment de la durée (désorientation dans l'espace et dans le temps), ni à qui il a affaire, ni ce qu'il est lui-même.

Toute opération mentale exige de sa part un effort extrême, qui s'épuise vite. Son langage, très réduit et souvent incohérent, est articulé avec peine, en énonçant.

Malgré quelques lueurs frappantes de lucidité, il commet habituellement des erreurs formidables de mémoire, surtout en ce qui concerne les faits récents. Il ignore s'il est le matin ou le soir, s'il a déjeuné ou dîné, ne reconnaît pas le médecin qu'il voit tous les jours, etc. (amnésie de fixation).

Le confus change souvent d'aspect vers le soir : sa physio-

nomie s'éclaire un peu, et, d'obtus, le masque devient inquiet ou hagard ; il adresse des mots sans suite à des interlocuteurs imaginaires, suit des yeux des visions hallucinatoires, s'agite sur son lit, parfois se lève et fuit éperdu. Il rêve tout éveillé un rêve, soit tranquille, soit agité et même terrifiant. C'est le *délire onirique*, sorte de somnambulisme délirant.

Le malade guérit lentement de sa psychose en quelques semaines ou mois, après des alternatives d'amélioration et de rechute, conservant longtemps de la fatigue mentale et, définitivement parfois, une amnésie limitée à la période morbide franche (amnésie lacunaire).

Dans tous les états de confusion mentale il existe *physiquement* des symptômes d'épuisement nerveux et organique, de dénutrition ou d'auto-intoxication (avec insuffisance hépato-rénale, en particulier).

Formes. — Certains symptômes de la confusion mentale peuvent revêtir une importance particulière dans le tableau clinique.

Dans la confusion mentale ordinaire on voit fréquemment s'accuser les signes constants de fatigue psychique et générale (*confusion mentale asthénique*).

Assez souvent le confus garde passivement de façon prolongée les attitudes qu'on lui impose (bras levé, tête baissée, etc.) ou certaines attitudes bizarres, malcommodes, qu'il peut prendre spontanément (la bouche en groin, un index en l'air, le gros orteil crispé en extension, couché la tête ne reposant pas sur l'oreiller, etc.). C'est la *confusion mentale catatonique*.

Dans d'autres cas c'est l'amnésie, considérable, qui domine la scène, même quand le malade conserve assez d'activité mentale pour répondre et effectuer certains actes (*confusion mentale amnésique*). Le malade supplée parfois alors instinc-

tivement à sa désorientation absolue et à son absence de mémoire par une tendance à forger des récits imaginaires (fabulation) qu'il raconte en réponse aux questions ou même spontanément comme si les faits lui étaient personnellement arrivés (1).

Dysmnésie profonde et fabulation caractérisent le *syndrome confusionnel* de *Korsakoff* dans les polynévrites et certaines toxi-infections massives de l'axe cérébro-spinal.

Enfin la confusion mentale délirante peut prendre l'aspect d'un *délire onirique hallucinatoire*, lorsque le rêve morbide, qui va souvent jusqu'au cauchemar somnambulique, occupe durant toute la journée l'activité du malade. Ce délire détermine des réactions automatiques de fugues, de violences envers l'entourage (que le malade prend pour des ennemis), de suicide par défenestration accidentelle, etc.

Très agité, trémulant, couvert de sueurs, le malade peut même présenter le tableau grave du *délire aigu* méningitique, avec symptômes d'épuisement organique mortel.

Le délire aigu peut survenir, à titre de complication, au cours de tous les états psychopathiques, traduisant alors une méningo-encéphalite toxi-infectieuse avec grande insuffisance cérébrale.

Valeur séméiologique. — La confusion mentale, avec ou sans délire onirique, est le syndrome habituel des intoxications (alcoolisme), des infections (fièvre typhoïde, grippe, paludisme), des auto-intoxications (puerpuéralité, insolation), et des maladies générales.

Mais la maladie, la toxi-infection qui conditionne le syndrome confusionnel peut n'être pas définie.

1. Ce qui est partiellement exact lorsque les événements en question se sont passés dans son rêve.

Par là, la confusion mentale établit le lien entre la psychiatrie et la médecine générale.

Elle peut d'ailleurs se rencontrer à titre transitoire, et surajoutée, au cours de tous les états psychopathiques vrais, compliqués de surmenage émotionnel, d'épuisement nerveux, d'auto-intoxication.

Elle est en particulier le mode d'invasion classique de certaines *démences précoces* surtout lorsqu'elle survient chez des jeunes gens n'ayant pas accompli leur évolution pubérale et sans cause occasionnelle apparente.

III. — DISCORDANCE MENTALE

Définition. — La discordance mentale est un syndrome généralisé caractérisé par un *désaccord foncier de l'esprit avec la réalité*. C'est-à-dire que le malade, sans être forcément obnubilé (comme dans la confusion mentale) ni affaibli psychiquement (comme dans la démence) manifeste, malgré une intégrité parfois complète de son intelligence (1), des pensées et des actes tantôt corrects, tantôt absurdes, suivant qu'ils s'adaptent ou non à un objet réel. D'où aspect de dissociation de la pensée en éléments sains et éléments morbides et par suite, *discordance*, incohérence respective des symptômes.

Description. — Le malade, inactif, sans initiative et indifférent, n'attache aucune valeur aux événements essentiels de son existence : sa situation sociale, son avenir. Il ne manifeste plus ses sentiments de famille ou même prend souvent les siens en aversion. Les quelques émotions dont il fait

1. C'est-à-dire de la mémoire, de l'orientation, du raisonnement, etc. L'intelligence d'un malade peut être conservée alors que ses sentiments et émotions sont pervertis ou abolis.

preuve sont illogiques, contradictoires : il pleure en exprimant des idées gaies, paraît impassible ou amusé en manifestant des préoccupations tristes, délirantes ou non.

Alors qu'il est bien orienté, qu'il fait preuve parfois d'une excellente mémoire, qu'il raisonne correctement sur certains sujets, il se met soudain à tenir des propos incompréhensibles, mélanges de réflexions avisées et de grossières absurdités (affirmant par exemple une chose et son contraire en même temps). A des réponses précises il entremêle des idées délirantes de tous genres (de grandeur, de persécution et d'influence, mystiques, hypochondriaques, etc.) d'une incohérence énorme. Ce délire lui-même, toujours étrange, variable et d'une irréalité suprême est en désaccord avec les pensées et les actes habituels du sujet.

Le malade est habituellement excité ou déprimé par périodes.

Dans la plupart des cas, il finit par présenter certains *symptômes moteurs* caractéristiques :

1° Du *négativisme*, c'est-à-dire de l'opposition entêtée à toute sollicitation soit extérieure (ordre, mouvement imposé), soit intérieure (envie de manger, d'uriner, etc.).

2° De la *suggestibilité*, c'est-à-dire une tendance inverse à obéir passivement et immédiatement à toute sollicitation. Certains sujets présentent l'aptitude déjà décrite chez les confus — mais plus marquée habituellement — à garder les attitudes provoquées. D'autres imitent les attitudes, gestes et manières de l'interlocuteur ou de leurs voisins de salle (écho-mimie), répètent la question posée (écholalie), continuent indéfiniment les mouvements imposés (danse, marche...)

3° Des *stéréotypies*, impulsions motrices réalisant des attitudes, gestes ou actes sans mobile apparent et indéfiniment prolongés ou répétés. Déprimé, le malade prend de lui-même

des attitudes bizarres (chien de fusil, tête entre les genoux, assis penché sur un coin de siège, etc.). Excité, il accomplit une série de gestes incohérents : grimaces, tics successifs, attitudes passionnelles, mimique soit expressive (mais non justifiée) soit incompréhensible et généralement monotone (mouvements sportifs, se frotter les mains, froncer les sourcils, toucher un objet, etc.). Le malade présente fréquemment du rire ou du sourire sans raison. L'air ironique, il paraît se moquer du monde, contrefaire quelqu'un ridiculement. Tout ce qu'il fait est empreint de *maniérisme*, c'est-à-dire d'une affectation théâtrale ou grotesque. Son langage également exprime une absurdité étrange et comme voulue : phraséologie burlesque et vide de sens, timbre et articulation affectés, réponses « à côté » de la question, néologismes allant jusqu'au jargon, salade de mots. Il en est de même pour l'écriture, fourmillant de calligraphies bizarres.

Ses actes sont souvent caractérisés par une impulsivité (à frapper, à fuir, à déchirer ou à détruire, à se masturber, etc.) d'autant plus frappante qu'elle survient inopinément et sans raison apparente.

Physiquement le malade présente souvent, au moins au début, de la dénutrition et un mauvais état général.

Formes et variétés cliniques. — La discordance mentale revêt des formes différentes — et, par suite, peut se rencontrer dans des états morbides assez disparates, — suivant que le « désaccord » se manifeste entre tel ou tel élément du tableau clinique.

Lorsque le malade manifeste sa discordance par des symptômes traduisant, malgré une certaine conservation de l'activité intellectuelle, une perte véritable des fonctions affectives (1) — à savoir une *indifférence affective* profonde et

1. C'est-à-dire des sentiments profonds comme : les sentiments de

constante — et par les symptômes moteurs ci-dessus décrits (catatonisme, stéréotypies, rire sans motif, etc.) très marqués, c'est la *discordance mentale proprement dite*. Elle annonce, chez les jeunes gens surtout, la *démence précoce* vraie, incurable.

Mais il faut s'empresse d'ajouter que dans certains cas, dans lesquels ce tableau clinique est à peine esquissé et où l'indifférence affective, plus apparente que réelle, est le fait d'une simple apathie psychique liée à la distraction de l'individu par son délire, à l'excitation ou à la dépression, ou surtout à un certain degré de confusion mentale, la discordance mentale peut se montrer transitoire et curable (*pseudo-démence précoce* par discordance mentale des délirants et des confus et de certains maniaques et mélancoliques).

D'autres fois, il s'agit d'une discordance non pas entre les divers éléments de l'esprit, mais entre l'esprit et le langage : elle se manifeste alors par l'opposition frappante entre les propos étrangement absurdes, d'une parfaite incohérence, d'une part, et, de l'autre les manières d'être générales, plus ou moins complètement correctes et normales du malade (1). Cet état a sa plus haute expression dans la *folie discordante verbale*, affection chronique apparentée à la démence précoce.

famille, l'intérêt aux grands événements de l'existence et à l'avenir, et aussi des tendances vitales comme les instincts et les besoins. Chez les grands malades de ce genre subsistent seuls les appétits organiques comme la faim et les impulsions sexuelles immédiates.

1. « Les voltes de lustre de journalistes, nous disait par exemple une vieille délirante aux manières correctes et à la mise décente (qui était persécutée par les « transigeants tomiques »), ce sont les voltes de lithographie. Les voltes, c'est un état qui se relève, qui oblique vers les fonctions minées. Un lustre journaliste c'est la gaule gouvernante, remplie de mistrologie, c'est-à-dire d'états minés..., etc. »

Enfin dans d'autres cas encore, qui s'installent habituellement chez les vieux délirants d'asile, la discordance se manifeste entre le délire, jadis plus ou moins vraisemblable mais devenu peu à peu foncièrement absurde et entièrement stéréotypé, et les manières d'être habituelles, redevenues plus ou moins correctes (1). Ainsi le délire, ayant cessé de retentir sur les actes du malade, paraît dissocié plus ou moins de la personnalité. C'est la *discordance délirante*. Elle s'installe de manière flagrante et rapidement (les premières semaines ou les premiers mois) dans la démence paranoïde. Elle est beaucoup plus discrète et tardive (survenant après de longues années) dans les délires chroniques.

1. Ainsi une ancienne sœur converse, très prude, dont le délire de persécution décousu est d'un obscénité répugnante, accuse chaque matin l'interne de la violer bestialement, en lui tendant gentiment la main ; elle adresse au Directeur une lettre où les attentions les plus touchantes s'entremêlent aux accusations les plus révoltantes.

CHAPITRE III

Le terrain morbide : Dégénérescence et Constitutions

Un grand nombre de symptômes psychopathiques surviennent sur un terrain préparé par l'hérédité ou le développement mental défectueux de l'individu.

Ce terrain morbide reste quelquefois latent jusqu'à l'éclosion de la maladie. Mais d'autres fois il est décélable au moyen de certains signes cliniques. Ce sont ces signes cliniques qu'il importe de rechercher au cours d'un *deuxième temps* du diagnostic psychiatrique.

Définition

La *dégénérescence mentale*, en général, consiste, cliniquement parlant, dans une infériorité congénitale de l'esprit, dans un développement défectueux du psychisme, favorisant le développement de tous les troubles psychopathiques possibles mais plus particulièrement de certaines formes de psychose.

Chez les dégénérés les anomalies mentales (ou stigmates psychiques de dégénérescence) s'accompagnent souvent — mais pas toujours — d'anomalies variées du développement corporel (stigmates physiques de dégénérescence) : crâne petit ou déformé, oreilles mal formées ou mal implantées, voûte

palatine ogivale, prognathisme, anomalies dentaires, hypospadias, syndactylie, etc. (1).

Les états dégénératifs proprement dits comprennent : le *déséquilibre mental*, la *débilité mentale*, et les arriérations mentales grossières, accompagnées de grosses malformations physiques, comme l'imbécillité et l'idiotie, dont nous ne parlerons pas ici (2).

Les *constitutions mentales* morbides sont des états dégénératifs spéciaux dans lesquels le malade manifeste son déséquilibre ou sa débilité d'esprit non pas tant par les signes banaux de la dégénérescence mentale en général que par certaines anomalies spéciales de caractère, de tempérament moral, annonçant la forme clinique même que revêtira, si elle doit survenir (ce qui n'a pas toujours lieu) la psychose confirmée. Celle-ci n'est alors que l'exagération de ce caractère pathologique congénital.

Description

1. *Le déséquilibre mental*, — terme assez mal défini, — est l'état mental morbide congénital caractérisé par une inégalité frappante de développement des diverses grandes fonctions psychiques.

Les déséquilibrés, dont il existe des types très variés, offrent un mélange curieux de *lacunes*, du côté du sens moral et surtout de la rectitude d'esprit, du jugement pratique (ensemble des facultés qui permettent à l'homme

1. Les signes physiques, dont on a exagéré jadis l'importance, ne présentent de valeur sémiologique que lorsqu'ils forment par leur réunion un véritable « bloc » de stigmates.

2. *L'imbécillité* est une arriération mentale très marquée accompagnée de malformations corporelles grossières (microcéphalie, etc.) *L'idiotie* est une arriération mentale profonde avec langage réduit à quelques mots et monstruosités physiques.

normal d'apprécier sainement la valeur des choses pour se conduire correctement dans l'existence) et de *talents*, dans le domaine de la mémoire, des dons naturels (musique, calcul, etc) et surtout de l'imagination et de l'expression.

Séduisants par certains aspects (aptitudes artistiques, parole, originalité d'esprit), souvent très cultivés, ils se montrent cependant excentriques et d'opinions extrêmes, bizarres dans leur genre de vie, instables, impulsifs, irritables, sujets aux caprices ou aux violentes passions, vaniteux et menteurs aussi parfois. Aussi sont-ils incapables — comme l'indique leur biographie intime — de poursuivre une profession régulière, d'élever leurs enfants et de réussir dans la société. Dans les milieux militaires ils sont voués à la délinquance à répétition.

Certains déséquilibrés, intelligents, n'ont qu'une lacune, mais considérable : l'absence du sens moral, c'est-à-dire — psychologiquement — de cette sensibilité et de cette pudeur morales qui préservent des actions honteuses ou infamantes. Ils commettent les crimes les plus odieux avec une froide préméditation, parfois même avec le plaisir de faire du mal (amoralité).

II. La *débilité mentale* est caractérisée par une insuffisance congénitale simple, une arriération native de l'esprit, portant sur la plupart des fonctions psychiques dans leur ensemble.

Ledébile mental est un pauvre d'esprit, un *minus habens*. C'est sa sottise incurable, sa faiblesse puérile de jugement, qui le caractérisent le mieux. Si son développement corporel s'est fait parfois très correctement, il est resté en retard dans son activité intellectuelle, et manifeste à vingt ou vingt-cinq ans une intelligence de huit ou dix ans. Naïf et crédule, parfois irritable et impulsif, mais parfois aussi timide, sensible

ou effarouché, parfois enfin gauche de manières, il végète dans un emploi infime (gardien de bestiaux, homme de peine, croquemort, etc.), et est, à l'école et à la caserne, la risée de ses camarades. Il y a cependant des débiles atténués qui ont pu recevoir une certaine éducation et dont la culture apparente (ayant mis en œuvre la pure mémoire) peut faire illusion sur leur indigence de jugement.

III. Les principales *constitutions mentales morbides* sont :

a) la *constitution émotive*, très banale, qui se caractérise par l'impressionnabilité, l'aptitude à présenter des émotions disproportionnées avec leurs causes réelles et retentissant plus ou moins sérieusement sur la santé. Les émotifs ont l'œil luisant, les réflexes vifs, les spasmes faciles (diarrhée, gorge sèche, tremblement...), des réactions vaso-motrices promptes.

Ils font facilement des obsessions et surtout des phobies, parfois même de petits états confusionnels à base d'angoisse.

b) la *constitution cyclothymique* caractérisée par une humeur oscillante, le sujet présentant des périodes (de quelques semaines ou mois) d'expansion psychique, avec suractivité et entrain ou variabilité émotionnelle, et, inversement, de dépression morale avec fatigue générale, paresse extrême, négligence de la tenue et idées noires. C'est l'ébauche de la *folie intermittente*.

c) la *constitution paranoïaque*, caractérisée par une fausseté d'esprit particulière au service d'un orgueil et d'une méfiance extrêmes. Le sujet est enclin à dominer les autres, et surtout à juger le monde à travers sa propre personne, par conséquent à attribuer tout ce qui lui arrive de désagréable à l'hostilité d'autrui. C'est l'ébauche du délire de persécution à base d'interprétation (paranoïa).

d) la *constitution mythomaniacale*, fréquemment associée à la névrose hystérique ou pithiatique (crises de nerfs, anesthésies, paralysies et contractures fonctionnelles), caractérisée par la tendance aux récits mensongers et vaniteux, aux émotions théâtrales avec désir inavoué mais irrésistible de se rendre intéressant.

la *constitution perverse*, caractérisée par cette absence de sens moral et cette multiplicité des mauvais instincts dont nous avons plus haut mentionné l'existence chez certains dégénérés, par ailleurs parfois normaux et même brillants en ce qui concerne leur intelligence proprement dite.

Valeur sémiologique. — Les dégénérés — en étendant ce terme à tous les individus porteurs d'une constitution mentale morbide apparente — sont des candidats à la psychose.

Quand leur constitution mentale est bien définie (émotifs, cyclothymiques, paranoïaques, mythomanes), la psychose se manifeste habituellement chez eux — quand elle survient, ce qui n'arrive pas toujours — sous une forme clinique qui n'est que l'exagération de cette constitution.

Quand ils ne sont que de vulgaires déséquilibrés ou débiles, ils peuvent faire toutes sortes de formes psychopathiques. Mais celles-ci ont le plus souvent un aspect clinique *atypique* qui résulte : 1° du mélange complexe des grands types cliniques, 2° du caprice de l'évolution, difficile à prévoir ; car les dégénérés, s'ils peuvent tomber brusquement dans la psychose à une occasion apparemment futile, peuvent aussi en sortir brusquement un beau jour pour récidiver ultérieurement (1).

1. Il faut toutefois retenir que certains constitutionnels ne vont jamais jusqu'à la folie confirmée.

Ils font ainsi des *bouffées délirantes* polymorphes, où divers syndromes se combinent sur une base d'excitation ou de dépression. Certains débiles, en particulier, font facilement du délire transitoire à l'occasion d'une émotion (frayeur, contrariété...) ; leur délire est niais, décousu, et porte la marque du terrain mental pauvre sur lequel il évolue.

CHAPITRE IV

L'altération du fonds mental et les démences

Le *troisième temps du diagnostic* en psychiatrie consiste à rechercher s'il n'y a pas, derrière les éléments cliniques de premier plan (symptômes) une altération quelconque du « fonds mental ».

Définition. — Le *fonds mental* — notion quantitative — est la somme des acquisitions psychiques (naturelles et éducatives) qui font, chez l'homme normal, la richesse de l'esprit. On l'évalue surtout en dressant le bilan de la mémoire [principalement des faits anciens, les faits récents étant fréquemment oubliés sans qu'il y ait pour cela destruction de cette fonction (1)], en recherchant la conservation du jugement, du bon sens, et aussi en provoquant ou en constatant l'intégrité des sentiments et émotions.

La *démence* (2) (en général) est un syndrome, fréquemment terminal, caractérisé par l'affaiblissement définitif de

1. Cette amnésie des faits récents (amnésie de fixation) existe en effet dans la confusion mentale, syndrome essentiellement curable, et dans les simples névroses.

2. Le terme *démence* signifie dans le langage ordinaire et dans celui du Code pénal : toute espèce de trouble grave de l'esprit. En psychiatrie il est très spécial et rigoureusement limité au sens indiqué par notre définition.

l'esprit, et traduisant la destruction de ses éléments. C'est une déchéance, un appauvrissement irrémédiable de l'être mental.

Description. — Qu'il soit excité, déprimé, confus ou délirant, discordant, ou qu'il ne soit tout simplement que dément, le malade présente des symptômes d'altération grave et définitive de ses fonctions mentales :

Son facies inexpressif, donne l'impression de la déchéance morale et de l'indigence intellectuelle acquise.

Au cours de l'interrogatoire et dans la vie quotidienne, les lacunes de la mémoire s'affirment, atteignant progressivement les faits de plus en plus anciens. L'individu, qui « tombe en enfance », finit par oublier à jamais les grands événements de sa vie, son âge et celui des siens, ses acquisitions pédagogiques (orthographe, calcul) ou professionnelles (pratique de son métier) : en dehors, toutefois, dans certains cas, d'un certain automatisme de façade qui peut laisser subsister longtemps les formules et manières de la vie journalière ou mondaine.

Le jugement s'éteint plus ou moins rapidement, le malade commettant des erreurs grossières dans l'appréciation logique des faits et ne s'étonnant plus des grosses contradictions qu'on lui fait dire ou croire.

Le champ des idées se rétrécit, l'individu se bornant à vivre dans le présent et ne se préoccupant plus de l'avenir. Son attention se fixe à peine sur les choses qui l'entourent immédiatement. Son imagination se tarit et l'activité mentale s'automatise.

Les sentiments disparaissent, le malade devenant indifférent à sa situation, ne parlant plus de sa famille, perdant toute curiosité et toute initiative. Ils sont remplacés parfois par une émotivité puérile (sensiblerie ou attendrissement

trop facile, irritabilité.) La vie affective se réduit peu à peu à la satisfaction des besoins organiques.

Le dément finit plus ou moins tard dans la cachexie et le gâtisme.

Formes cliniques. — La démence diffère notablement dans son aspect clinique suivant l'intensité et l'étendue de l'appauvrissement mental.

La *démence sénile* est progressive et porte uniformément sur toutes les facultés, qu'elle amoindrit, d'une manière générale, du complexe au simple. Après quelques erreurs concernant les faits de chaque jour, des confusions de noms et de physionomies, le malade oublie les événements peu éloignés pour rabâcher constamment ceux de sa jeunesse [auxquels il surajoute parfois une assez riche fabulation (1)] sans s'apercevoir de son radotage. Habituellement apathique, parfois excité, il est indifférent aux choses sérieuses, s'attendrit pour un rien ou bien devient hargneux ou bien encore béat. Malgré ses conceptions enfantines et l'affaiblissement d'ailleurs lent, de son jugement, il conserve de façon prolongée sa correction extérieure.

Le dément sénile s'affaiblit physiquement soit en quelques mois, soit, plus souvent, en un an ou deux, cependant que des signes de sénilité générale précèdent et accompagnent la déchéance mentale.

La *démence artériopathique* (par ramollissement athéromateux massif ou par lacunes disséminées de l'encéphale) ressemble assez à la démence sénile, quoiqu'elle survienne plus précocement (avant 60 ans). L'amnésie y est aussi plus

1. Voy. au sujet de la fabulation, p. 32. Dans certains cas le sénile, bavard et souriant, forge, par suppléance de ses amnésies, des récits imaginaires ou fantastiques, qu'il raconte d'un air naturel en les confondant avec la réalité. Cette fabulation sénile caractérise la *Presbyophrénie*.

parcellaire, plus inégale — laissant subsister des îlots de souvenirs et une certaine conscience de la déchéance. Le jugement se conserve très longtemps intact. Emotif et impressionnable dans la première période de sa démence, le malade devient souvent de façon habituelle anxieux ou hypochondriaque dans les périodes plus avancées. La maladie procède le plus souvent par ictus, laissant des séquelles neurologiques variables (parésies, paraphasie logorréique, etc.) et aboutit habituellement à l'apathie et au gâtisme. Dans quelques cas, les ictus sont légers, passent inaperçus, et l'affection apparaît comme assez régulièrement progressive.

La *démence paralytique* ou de la P. G. P. est beaucoup plus globale, c'est-à-dire étendue à l'ensemble des facultés mentales.

Elle commence souvent par un affaissement rapide du sens moral, le malade commettant des délits en désaccord flagrant avec son caractère antérieur (vol à l'étalage, exhibitionnisme, etc.) et exécutés avec la plus déconcertante impudeur. L'excitation euphorique avec exaltation pseudomaniaque des fonctions mentales suit généralement ce début.

Puis après quelques semaines ou mois, de grosses lacunes de mémoire apparaissent et le malade se contredit grossièrement sans s'émouvoir, en approuvant ni aisement sans comprendre ce qu'on affirme devant lui. Son délire — habituellement de grandeur, plus rarement hypochondriaque — est énorme et puérilement absurde : le malade se décerne les titres les plus burlesques, distribue des milliards, etc.

La cachexie survient à la longue et le malade meurt au bout de deux ou trois ans en moyenne après avoir présenté depuis le début de la maladie les signes physiques d'une affection organique de l'ensemble du système nerveux, dont les symptômes habituels sont : l'altération des réflexes pupil-

lares, l'embarras de la parole (par ataxie et tremblement), le tremblement des extrémités, l'exagération des réflexes tendineux ; le tout accompagné de lymphocytose avec hyperalbuminose et Wassermann positif dans le liquide céphalo-rachidien.

La *démence affective* est tout à fait à part. C'est un syndrome qui n'a de commun avec les affections précédentes — dont elle n'a pas du tout l'évolution car elle procède comme les psychoses essentielles — que le fait d'être une altération psychique *définitive*. Mais cette altération est rigoureusement limitée (au moins durant de longues années) à l'être affectif, à la faculté d'éprouver des sentiments et des émotions.

Lorsqu'elle survient de façon précoce (1), c'est-à-dire après quelques mois au cours d'un syndrome de discordance mentale, elle caractérise la *démence précoce*. Nous reviendrons sur cette affection, dont les limites sont variables d'après les auteurs. Elle consiste, d'une manière générale, dans une indifférence émotionnelle progressive, aboutissant à un état de déchéance morale définitive, dans lequel le malade, devenu un vieux pilier d'asile, quoiqu'il reste très longtemps capable de mémoire, d'orientation et de jugement (par instants), n'est bon à rien et finit par sombrer, comme les déments vulgaires, dans le gâtisme.

La *démence paranoïde* n'est qu'une démence affective accompagnant ou suivant le développement d'un délire mal systématisé de longue évolution.

La *démence vésanique* est une démence affective atténuée survenant très tardivement (après 10, 20 ans et plus) au

1. C'est dans ce sens qu'il faut prendre le mot « précoce » plutôt que dans celui de « démence survenant chez des sujets jeunes » (quoique ce soit souvent le cas).

cours d'une psychose chronique (manie ou mélancolie, délire essentiel, surtout à forme hallucinatoire) à laquelle elle imprime des caractères cliniques spéciaux : répétitions constantes d'idées et de gestes (stéréotypies), actes baroques, néologismes délirants.

Entre ces trois syndromes à base de démence affective : démence précoce, démence paranoïde, démence vésanique, on peut observer tous les intermédiaires.

CHAPITRE V

Les entités morbides psychiatriques et les psychoses symptomatiques

Les entités morbides en psychiatrie ne sauraient être définies par l'anatomie pathologique, qui reste muette dans la plupart des affections mentales, — en dehors des psychoses symptomatiques d'une maladie générale et de quelques formes de démence précoce.

Si on laisse de côté les *psychoses symptomatiques* qui, définies par leur cause physique (intoxication, infection, maladie organique de l'axe cérébro-spinal) ont une base anatomique (1), on peut dire que les autres, les *psychoses essentielles* doivent être, en attendant mieux, caractérisées par leur évolution (2).

1. Les psychoses symptomatiques s'accompagnent de lésions en rapport avec le retentissement de la maladie générale sur le névraxe (et sur l'écorce grise en particulier) : Dans les psychoses toxiques et infectieuses, on trouve des lésions cellulaires dégénératives, et, dans le délire aigu, des lésions inflammatoires du tissu cortical. Dans les démences, des lésions diffuses de nature destructive (méningo-vascularite et lésions inflammatoires chroniques dans la paralysie générale ; lésions artérielles dans la démence artériopathique ; lésions cellulaires dans la démence sénile pure).

Ajoutons que dans la démence précoce vraie, transition entre les psychoses essentielles et les psychoses symptomatiques, on rencontre des lésions primitives du tissu neuro-épithélial (cellules nerveuses et névroglie).

2. On conçoit alors combien le domaine respectif de chaque maladie mentale puisse varier suivant la signification plus ou moins compréhensive accordée par chaque école aux symptômes évolutifs fondamentaux — par exemple suivant la compréhension du mot « démence ».

D'une façon générale, ces psychoses procèdent soit par accès soit suivant une évolution plus ou moins régulièrement continue et plus ou moins progressive dans son ensemble. Elle durent habituellement toute ou une grande partie de la vie (au moins si on les considère autant dans leurs phases de latence que dans leurs périodes de manifestations cliniques bruyantes). Elles ne font mourir que par leurs complications organiques : ictus, infection banale intercurrente favorisée par l'inanition, la stupeur, l'agitation, infection nerveuse primitive surajoutée, etc.

Enfin, lorsqu'elles ont une évolution progressive, elles s'accompagnent très souvent dans leur phase d'invasion — c'est-à-dire durant les premiers mois — de signes physiques de dénutrition (amaigrissement, faiblesse générale, anémie) ; puis, après un retour parfois assez rapide à la santé physique, le trouble mental s'installe définitivement pour son propre compte, comme par suite d'une dissociation des fonctions psychiques et corporelles. D'où le *pronostic défavorable* imposé par la constatation du retour de la santé physique chez un psychopathe restant troublé mentalement.

I. — PSYCHOSES ESSENTIELLES

Les psychoses essentielles peuvent se ramener aux trois grands groupes : psychoses intermittentes, démences précoces, délires chroniques. Quant aux accès isolés ne pouvant trouver place parmi ces trois catégories, on les considère comme des syndromes constitutionnels polymorphes, habituellement caractéristiques des dégénérés sous le nom de *détires polymorphes des dégénérés*.

A) LES PSYCHOSES INTERMITTENTES (ou folies maniaques dépressives) sont caractérisées par des accès successifs d'ex-

citation et de dépression avec intégrité à peu près entière du fonds mental durant toute l'évolution.

Chacun de ces accès dure en moyenne trois ou quatre mois (certains se prolongent exceptionnellement des années).

Leur aspect varie beaucoup suivant les combinaisons : Certains malades ne font que des accès de manie pure. D'autres, le plus souvent pourvus d'un caractère apparent très spécial — sorte de constitution mélancolique — c'est-à-dire enclins au scrupule, au remords imaginaire, à la « peur de manquer », ne font que des accès de mélancolie (1). D'autres font de temps à autre un accès caractérisé par un état mixte, ou bien présentent, chaque fois qu'ils retombent malades, un accès de ce genre. D'autres font un accès d'excitation suivi de dépression à plus ou moins longue échéance (folie à double forme) ou parfois même immédiatement (folie circulaire). D'autres se contentent d'un seul accès à l'un ou à l'autre pôle de la vie affective, puberté ou âge critique.

Un type clinique assez répandu est celui de certaines femmes qui ne font leur premier accès mélancolique (à forme anxieuse le plus souvent) qu'à la ménopause. Cet accès, curable sans traces, a quelque rapport avec la *mélancolie présénile*, plus tardive, — et d'un pronostic un peu plus réservé.

On rattache enfin à la psychose intermittente — ce qui n'est pas toujours légitime — des psychoses à forme d'accès où l'excitation et la dépression se combinent à d'autres syndromes : confusion, ébauche de discordance, délire.

1. On observe à ce sujet deux types de malades : Les uns n'entrent dans la psychose (à forme mélancolique surtout) qu'après une sommation de causes morales déprimantes ; d'autres y entrent soudainement sous des influences banales, guérissant de même soudainement et récidivant de nombreuses fois au cours de leur existence, suivant un rythme impossible à prévoir.

De même on décrit parfois des manies et des mélancolies *chroniques* ou des psychoses intermittentes tournant, après quelques années, à la démence (démence vésanique, post-mélancolique et post-maniaque). Mais ces folies atypiques paraissent plutôt à ranger dans les démences précoces.

B) LES DÉMENCES PRÉCOCES (OU SCHIZOPHRÉNIES) (1) sont des psychoses continues et progressives (irrégulièrement) caractérisées par l'installation plus ou moins rapide d'une démence affective, derrière des symptômes inconstants d'excitation ou de dépression, de confusion, de délire, et constants de discordance mentale.

On distingue trois grandes formes (entre lesquelles il peut y avoir des intermédiaires, principalement en ce qui concerne les deux premières).

a) *La forme hébéphrénique*, qui survient chez des jeunes gens, aux alentours de la puberté (dans de larges limites). Un jeune homme, souvent intelligent, parfois même brillant, change peu à peu de caractère et, délirant ou non, présente quelques signes d'*indifférence émotionnelle*. Puis celle-ci devient totale en quelques mois ou années, cependant que l'individu traverse des périodes d'excitation et de dépression tout en présentant des symptômes de plus en plus manifestes de discordance mentale. Dans cette forme, la démence affective se complique souvent, au bout de plusieurs années généralement, de démence en apparence complète, avec gâtisme. Les malades meurent de tuberculose ou de maladies marastiques.

b) *La forme catatonique* survient à tous les âges, mais plutôt dans la deuxième moitié de la vie. Un accès de con-

1. Schizophrénie signifie : dissociation de l'esprit. C'est une extension de la notion de discordance mentale, considérée comme caractérisant une maladie mentale.

fusion mentale ouvre la scène, puis l'obnubilation psychique, s'atténuant, laisse voir des symptômes de discordance très marqués et progressifs — en particulier des symptômes catatoniques, du maniérisme, du négativisme, etc. — L'évolution est plus uniforme que dans la forme précédente mais en arrive à aboutir à un état terminal du même genre.

c) *La forme paranoïde* (c'est-à-dire ressemblant à la paranoïa ou délire chronique) est caractérisée par du délire mal systématisé avec petits signes progressifs de discordance mentale puis de démence affective. Cette forme est plus tardive, d'évolution lente et capricieuse, entrecoupée parfois de rémissions très marquées. Le malade, longtemps obsédé par des rêveries délirantes étranges, se désintéresse peu à peu de la réalité et se fait remarquer par son apathie (1) ; puis des tics, des manières bizarres, de l'agitation sans but apparaissent. Et le sujet, bien conservé intellectuellement (c'est-à-dire correctement orienté, ayant conservé toute sa mémoire et même certaines aptitudes professionnelles) mais devenant peu à peu irrémédiablement indifférent à la vie, finit par présenter à la longue extérieurement et, à l'état atténué, l'aspect terminal des formes précédentes.

Certains délires chroniques d'emblée, plus ou moins asystématiques et précocement stéréotypés, constituent des transitions cliniques entre ces formes de démence précoce et les délires chroniques systématiques.

C) LES DÉLIRS CHRONIQUES sont des psychoses de très longue durée caractérisées par un délire à extension progressive n'aboutissant pas constamment à la démence vésanique.

Les formes en sont très variées. On peut distinguer, d'après

1. C'est à ces formes que convient surtout le terme de schizophrénie, ou dissociation de l'esprit sans démence vraie.

la nature du processus délirant (sur laquelle nous ne reviendrons pas ici) (1) :

a) *Le délire chronique d'interprétation*, le type même des délires chroniques simples (paranoïa). Le malade, le plus habituellement porteur d'une constitution paranoïaque, bâtit progressivement un délire (généralement de persécution, accessoirement de grandeur ou hypochondriaque) qui apparaît comme logiquement échafaudé, très vraisemblable même parfois (2). Il manifeste une lucidité complète en dehors de ses idées morbides et se comporte en tout normalement en dehors de ses réactions délirantes (menaces, interventions auprès de la justice, homicide) qui, assez violentes généralement les premières années, s'atténuent avec l'âge en même temps que le malade se résigne à son sort.

Il continue cependant à délirer toute sa vie sans présenter la moindre altération de son fonds mental.

A côté de ce délire d'interprétation se place le *délire de revendication* caractérisé par la prédominance, chez un persécuté, des réactions revendicatrices (plus obstinées et plus actives mais peut-être moins vraiment dangereuses que dans le délire de revendication simple) et par de l'excitation hypomaniaque plus ou moins apparente et plus ou moins périodique (3).

b) *Le délire chronique d'imagination*, rare dans ses formes pures, et dont l'évolution est comparable au précédent. Mais le malade, plus rêveur qu'actif, souvent d'ailleurs débile

1. Voy. pour la description des processus délirants, le chapitre I (Délire).

2. C'est le type du malade lucide raisonnant et par conséquent méconnu par la justice ou le public. Les personnes non familiarisées avec la psychiatrie sont obligées de croire sur parole le médecin pour admettre la maladie mentale dans les premières phases de son évolution ou dans les cas atténués.

3. Voy. la description du délire de revendication au chapitre I (Délire).

mental, fait preuve à la longue d'une diminution réelle de son activité mentale et de sa valeur sociale.

c) *Le délire chronique hallucinatoire*, dont il existe de nombreuses variétés. Celui-ci isole beaucoup plus le malade de la réalité que le délire interprétatif et s'accompagne toujours plus ou moins d'indifférence affective ; aussi finit-il — sauf exception — plus ou moins tardivement dans la démence vésanique au moins atténuée : Le délire, d'abord bien organisé, se réduit à un rabâchage d'absurdités stéréotypées avec néologismes et actes baroques ; et l'individu, qui avait conservé durant de longues années d'internement une activité cérébrale souvent intense ne peut plus être utilisé à aucun travail et devient un automate sans initiative.

En réalité, toutes ces formes de délire peuvent se mélanger dans la pratique ; l'important est surtout de caractériser un délire chronique par le degré de conservation du fonds mental.

II. — PSYCHOSES SYMPTOMATIQUES

Elles sont en rapport avec des intoxications ou des infections ou bien avec des maladies organiques de l'axe cérébro-spinal.

A) LES INTOXICATIONS (alcoolisme, saturnisme, etc.) retentissent sur l'état mental en déterminant, dans les cas graves et soudains, de la confusion mentale et du délire onirique.

Le délire est plus fréquent, réalisé parfois à l'état presque pur. Il se caractérise par des hallucinations visuelles.

Le *délire alcoolique aigu*, par exemple, est un cauchemar vécu avec visions mobiles et rapides d'animaux (rats, serpents, etc.), de scènes professionnelles (le charretier fouette ses chevaux, l'ouvrier d'usine manie ses outils), et, dans les

paroxysmes anxieux, de nature terrifiante (bandits armés, etc.). Le malade, tremblant et couvert de sueurs, la peau chaude et le pouls fréquent, peut mourir de méningite aiguë.

Le *délire alcoolique subaigu* a des réactions plus modérées ; il donne fréquemment lieu à des idées de jalousie, à base non seulement hallucinatoire (la femme du malade « fait la vie » dans la chambre à côté), mais interprétative. Il peut s'accompagner d'idées de persécution et verser dans le délire chronique (hallucinatoire surtout).

Quand l'alcoolique a le foie et les reins sérieusement touchés, il fait aussi des périodes d'obtusion confusionnelle, simulant plus ou moins la démence, et, parfois, le *syndrome psychopolynévritique* de Korsakoff (1).

Très prolongées et graves, les intoxications déterminent la *démence toxique* (fréquemment combinée aux affaiblissements psychiques d'ordre artériopathique). Le dément alcoolique est abruti ; son sens moral est précocement affaibli (attentats sexuels) ; sa capacité professionnelle est nulle, principalement par suite de ses grosses lacunes de mémoire.

B) LES INFECTIONS ont une formule classique très voisine.

Au cours des *infections aiguës* (typhoïde, grippe, accès palustre), le délire à base confuse fait rêvasser le malade, puis va jusqu'à lui donner parfois des cauchemars somnambuliques d'une agitation extrême. D'autres fois, il peut être frappé de stupeur aiguë, degré extrême de la confusion mentale asthénique.

Graves, elles peuvent laisser, après terminaison de la maladie, un *affaiblissement psychique post-infectieux* définitif, le malade, la mémoire paresseuse (surtout en ce qui concerne la fixation des faits récents), sans activité, à la fois

1. Voir chapitre II (Confusion mentale).

apathique et irritable, étant d'un rendement professionnel très réduit.

Dans certains cas, le délire infectieux s'accompagnant d'abord d'excitation et de dépression, peut, au bout d'un certain temps, réaliser — surtout chez les prédisposés — des syndromes polymorphes d'allure vésanique (1) (délire de persécution ou de grandeur, mal systématisés) qui font hésiter le diagnostic.

C) LES MALADIES DE L'AXE CÉRÉBRO-SPINAL retentissent fréquemment sur les fonctions psychiques.

Leurs *poussées aiguës* (polynévrite, encéphalo-myélite épidémique) déterminent des syndromes confuso-oniriques, à forme soit asthénique simple, soit catatonique et figée, soit délirante et somnolente, soit Korsakowienne.

Quand elles sont à *évolution lentement progressive*, elles réalisent, au début, des troubles de l'humeur : irritabilité des Parkinsoniens, des lacunaires, des choréiques type Huntigton ; angoisse et sensiblerie des ramollis et des lacunaires. Lorsque les lésions sont diffuses et nettement destructives, elles réalisent d'emblée la *démence*.

Nous en avons donné des exemples dans le *ramollissement cérébral*, et surtout dans la *P. G.* : La paralysie générale est le type de la démence globale et progressive, masquée les premiers temps par des syndromes aigus tels que : dépression hypochondriaque avec délire d'obstruction d'organes, excitation euphorique et bienveillante avec délire absurde de grandeur. La *syphilis cérébrale diffuse* réalise aussi des états démentiels, apparentés tantôt à l'artériopathie tantôt à la *P. G.*, et dont la formule clinique, extrêmement variable, peut donner lieu ou non (suivant que le malade a été ou non traité sérieusement), à des régressions incomplètes

1. Vieux terme servant à désigner les états psychopathiques essentiels.

avec reliquat définitif : affaiblissement intellectuel simple et sans délire avec puérilité des conceptions et des émotions.

Des syndromes démentiels plus ou moins accusés peuvent également se rencontrer dans le *tabes*, la *sclérose en plaques*, etc., et surtout dans les *tumeurs cérébrales* (du corps calleux et des lobes frontaux notamment), la démence étant alors accompagnée ou annoncée dans cette dernière affection par l'apathie, l'obtusion somnolente ou stuporeuse avec céphalée et signes somatiques spéciaux (œdème papillaire, hyperalbuminose céphalo-rachidienne, etc.).

CONCLUSIONS

Les temps du Diagnostic en psychiâtrie

Les descriptions cliniques qui précèdent conduisent tout naturellement au tableau sémiologique suivant.

Le diagnostic n'aboutira que rarement, dans la pratique, à énoncer purement et simplement une psychose nettement définie telle que : démence précoce, délire chronique ou psychose intermittente.

Il devra se borner, la plupart du temps, à noter le syndrome, le terrain sur lequel il évolue, le fonds mental, lorsqu'il n'est pas conservé, et, s'il y a lieu, la probabilité d'une évolution prévue.

Rappelons que le diagnostic du *syndrome* se fera par l'examen direct du malade au cours d'un premier interrogatoire.

Celui du *terrain* exigera non seulement une observation plus prolongée de la mentalité habituelle du malade — possible parfois seulement dans les périodes de rémission — mais encore, le plus souvent, une enquête sur ses anamnestiques et sa biographie : genre de vie, caractère, réactions sociales, etc...

Celui du *fonds mental* est parfois possible — dans les cas typiques et accusés — au premier examen. Mais souvent il exigera l'observation très attentive du malade au cours de conversations particulières avec lui, la notation de ses faits et gestes à l'hôpital ou dans sa famille, etc. ; ce qui per-

mettra de se rendre compte de l'état de ses diverses fonctions psychiques : mémoire, jugement, sentiments.

Dans les cas de psychose symptomatique, on ajoutera au diagnostic du syndrome, celui de la maladie sous-jacente. Ne jamais oublier, en particulier, de mentionner l'existence d'une *infection aiguë* à la base du syndrome psychique donné.

Quant au diagnostic de *maladie* mentale proprement dite, il sera exceptionnellement possible d'après le seul examen direct. Il exigera au moins la connaissance partielle de l'évolution des symptômes observés (durant des mois ou même des années), — certaines psychoses n'étant, d'ailleurs, que des syndromes observés dans leur évolution et élevés, de ce seul fait, à la dignité de maladies.

Voici quelques exemples, pris au hasard, de diagnostics psychiâtriques, donnant une idée de la complexité des cas dans la pratique courante :

— Mélancolie anxieuse de la ménopause avec intégrité du fonds mental.

— Délire hallucinatoire à tendances chroniques ; éthylisme antérieur ; petits signes de démence affective.

— Accès hypomaniaque chez un cyclothymique.

— Convalescence de confusion mentale aiguë ; petits symptômes de discordance mentale sans démence manifeste. Evolution probable vers la démence hémiphréno-catatonique.

— Bouffée délirante (de persécution) chez un débile mental.

— Délire de revendication chez un déséquilibré ; excitation psychique par intervalles.

— Manie durant depuis deux ans avec délire de persécution et de grandeur mal systématisé. Démence vésanique.

TABEAU DES TEMPS SUCCESSIFS DU DIAGNOSTIC PSYCHIATRIQUE

TEMPS DU DIAGNOSTIC	SÉMÉIOLOGIE PSYCHIQUE DIFFÉRENTIELLE	DIAGNOSTIC
1^{er} TEMPS <i>Diagnostic du Syndrome</i> (Recherche des symptômes de premier plan)	Pas de trouble du fonctionnement mental dans son ensemble : <i>Syndromes partiels.</i> Le malade souffre d'impressions pénibles ou d'idées parasites, dont il reconnaît l'origine morbide en lui-même..... Le malade vit partiellement une réalité imaginaire : a) exprimée par de fausses perceptions sensorielles.... b) exprimée par des idées morbides reposant non seulement sur de fausses perceptions (Hallucination) mais sur des déductions (Interprétation) ou des intuitions (Imagination)..... Le malade, présent à la réalité, offre des symptômes purs : a) d'exaltation psychique..... b) de dépression psychique .. c) d'excitation et de dépression mêlées..... Trouble du fonctionnement mental dans son ensemble : <i>Syndromes généralisés.</i> Le malade fait des efforts impuissants pour percevoir la réalité (désorientation, dysmnésie, etc.) à laquelle il substitue parfois un rêve délirant vécu..... Le malade perçoit correctement la réalité (quoiqu'il vive en partie dans un monde imaginaire), mais ne s'y intéresse que par une partie de son esprit : d'où apparence de discordance des symptômes (Indifférence, catatonisme, incohérence verbale, actes barbares et stéréotypés, etc.).....	<i>Phobie et obsession.</i> <i>Hallucination.</i> <i>Délire (hallucinatoire d'interprétation, d'imagination).</i> <i>Manie.</i> <i>Mélancolie.</i> <i>Etat mixte.</i> <i>Confusion mentale et délire onirique.</i> <i>Discordance mentale.</i>
2^e TEMPS <i>Diagnostic du terrain mental</i> (Recherche des signes de constitution mentale et des stigmates de dégénérescence).	Caractère congénitalement anormal (annonçant la forme de la psychose)..... Bloc de malformations physiques et surtout psychiques (Dégénérescence mentale vraie) { Avec mélange de lacunes et de talents { Avec arriération et sottise d'esprit..	Constitution mentale morbide (émotive, cyclothymique, paranoïaque, etc.). Déséquilibre mental. Débilité mentale.
3^e TEMPS <i>Diagnostic du fonds mental</i> (Recherche des stigmates de déchéance mentale).	Fonds mental atteint dans son ensemble..... Fonds mental atteint seulement dans la sphère des sentiments.....	Démence vraie (sénile, artériopathique, paralytique ou P. G., etc.) Démence affective des dém. précoces et des dém. vésaniques.
4^e TEMPS <i>Diagnostic de la maladie</i> (Recherche des combinaisons évolutives des Syndromes dans leur rapport avec le terrain et surtout le fonds mental).	Succession (plus ou moins périodique) d'accès à base d'excitation et de dépression, avec intégrité du fonds mental dans l'intervalle..... Démence primitivement affective, évoluant derrière des combinaisons variées de syndromes, mais annoncée constamment par une discordance mentale progressive. Délire essentiel, progressif, plus ou moins systématisé, aboutissant parfois (mais alors tardivement) à la démence vésanique. <i>Par exclusion</i> : Accès non périodique, essentiellement polymorphe, survenu sur un terrain de dégénérescence mentale plus ou moins manifeste.....	PSYCHOSE INTERMITTENTE (ou FOLIE MANIAQUE DEPRESSIVE). DÉMENCE PRÉCOCÉ (à forme héb., catat., paranoïde) DÉLIRE CHRONIQUE (à forme hallucinatoire, interprétative (ou Paranoïa), imaginatif.) DÉLIRE POLYMORPHE dit des dégénérés.

— Excitation maniaque délirante, symptomatique d'une paralysie générale au début.

— Phobies multiples sur fond de constitution émotive et anxieuse.

— Syndrome psychopathique aigu à base d'excitation avec idées délirantes polymorphes et signes effacés de discordance mentale. Débilité mentale constitutionnelle. Possibilité d'une évolution ultérieure vers la démence précoce.

Agitation délirante, état infectieux grave, etc.

ADDENDUM

Principes de Thérapeutique et d'Assistance psychiatriques

I. — THÉRAPEUTIQUE

A) La THÉRAPEUTIQUE PHYSIQUE est surtout indispensable dans les ÉTATS AIGUS, qu'elle peut empêcher souvent de passer à la chronicité.

Tout psychopathe sous l'influence d'un trouble mental aigu est en *danger de mort* à cause des complications auxquelles il est exposé : avant tout, congestion méningo-encéphalique — allant fréquemment jusqu'à la méningo-encéphalite toxico-infectieuse — insuffisance cardiorénale, hépatorénale, œdème pulmonaire, infections de tous genres...

Ce danger de mort devient presque fatal si on n'alimente pas le malade et si on emploie pour l'immobiliser des moyens excessifs de contrainte.

L'alimentation à la sonde s'impose chaque fois que l'alimentation simple à la cuiller ou autrement (par la bouche ou le nez) est impossible : Employer une sonde en caoutchouc, n° 20-24 (filière Charrière), de 50 centimètres de longueur, bouillie, dont la petite extrémité (à un seul œil, large) est lubrifiée à l'huile, et la grosse adaptée à un entonnoir de verre. Malade assis, ou, s'il s'agite, couché, les membres maintenus par des aides, une serviette autour du cou. L'opérateur, placé derrière le malade, entoure de son bras gauche

la tête du patient, un peu inclinée à gauche, la main immobilisant la mâchoire. Tenant de sa main droite l'extrémité de la sonde (comme une plume à écrire), il l'introduit par une narine ; le malade résistant, il attend, sans forcer, que la résistance disparaisse quand la respiration se rétablit ou qu'une déglutition se produit (au besoin, il en provoque une en injectant un peu d'eau ou de lait par l'autre narine) ; il pousse alors rapidement la sonde. La pénétration dans l'estomac est annoncée par des bruits de gaz, mais il suffit d'atteindre la première moitié de l'œsophage. Si la sonde revient dans la bouche, la retirer vivement pour éviter que le malade ne la sectionne avec ses dents. Si elle pénètre dans le larynx, le malade tousse et se congestionne.

Une fois la sonde en place, laisser couler quelques gouttes : si elles s'écoulent sans incident, verser tout le repas liquide (un litre au grand maximum : lait ou bouillon, chocolat, café ou vin, avec, de temps à autre, jaunes d'œuf, peptone, poudres de viande, jus d'orange, et, au besoin, ferments digestifs) ; on interrompt de temps à autre l'écoulement. L'opération terminée, pincer la sonde avant de la retirer. Répéter l'opération deux fois par jour. On peut continuer des mois sans inconvénient.

L'a litement sera toujours pratiqué quand il sera possible, ainsi que *l'isolement* dans un milieu rassurant et confortable.

On recherchera ensuite toutes les indications thérapeutiques générales : fièvre, albumine, pouls, etc.

Les principales indications thérapeutiques spéciales sont les syndromes suivants :

Syndrome Excitation. — Pas de moyen de contrainte, sauf, en cas d'absolue nécessité et provisoirement, camisole en étoffe résistante mais douce, à très longues manches nouées derrière le dos, ou malade maintenu au lit par des draps ou serviettes

roulées de façon lâche à la taille et à la racine des membres inférieurs.

Laisser le malade s'agiter modérément dans une chambre aux parois inoffensives, à une température douce et égale, où sa propreté corporelle pourra être réalisée.

Si possible, balnéation tiède, prolongée des heures.

Au début : purgatif. Puis médicaments sédatifs : bromures, hyoscine (1/10 de milligr. en injection, avec prudence). hypnotiques, à varier fréquemment (h. de chloral, somnifène, qui peut s'employer en injections intraveineuses dans les cas très aigus, dial, sulfonal, hydrate d'amylène, etc.).

Syndrome Dépression. — Eviter au malade toute possibilité de se nuire : fenêtres, angles des murs et meubles, lacets, ustensiles dont un fragment peut blesser, etc. et le surveiller à chaque minute de jour et de nuit.

S'il y a lieu, désinfection gastro-intestinale. Remonter l'état général (alimentation, sérum, etc.). Vers la fin de l'accès, toniques (strychnine ou cacodylate de soude à hautes doses).

Syndrome Angoisse. — Balnéation tiède (37°). Petites doses de calmants antispasmodiques (trinitrine, valériane, jusquiame, chanvre indien) ou hypnotiques (véronal, gardénal, somnifène). Opiacés à doses progressives (laudanum, phosphate de codéine). Thérapeutique anti-choc contre les crises.

Syndrome Confusion et Onirisme. — Traiter la maladie physique dont le syndrome mental est la résultante : Etat général, viscères, surtout émonctoires. Donc, suivant les cas : régime, lavements et calomel, digitale, théobromine, etc.

Contre l'infection nerveuse primitive : bromhydrate de quinine en injections hypodermiques, urotropine en injections intraveineuses.

Contre l'agitation délirante : balnéation tiède, *peu de calmants chimiques*.

Contre le délire aigu : huile camphrée et toni-cardiaques (pas de caféine), glace sur la tête, calomel. Chocs par les métaux colloïdaux. Abscès de fixation. Ponction lombaire.

Quant à la thérapeutique des ÉTATS CHRONIQUES, elle se borne à une hygiène générale parfaite (vie au grand air, alimentation substantielle, etc.). Suivant les indications : opothérapie ou toniques (arsenic, phosphates et nucléinates). Dépister et prévenir l'artério-sclérose, très fréquente chez les aliénés âgés, la spécificité, l'auto-intoxication gastro-intestinale. Chez les déments *comme chez tous les psychopathes*, surveiller les fonctions rectales, surveiller la vessie et maintenir une propreté corporelle parfaite pour prévenir les troubles trophiques, en particulier les escharres (lavages au Dakindédouble ou aux solutions antiseptiques faibles et chaudes ; poudre de Lucas-Championnière, quinquina jaune ou talc stérilisés).

B) LA THÉRAPEUTIQUE MORALE est indiquée dans tous les cas où le malade est assez présent au réel pour ressentir (même faiblement) les influences morales auxquelles il est soumis de la part de son entourage.

Elle vise d'abord à le *rassurer*, à lui faire comprendre qu'un autre être s'intéresse à lui et cherche à lui donner cette affection élémentaire dont tout homme a besoin.

Elle cherche ensuite à le *ramener à la réalité*. Ne pas abandonner le malade à lui-même, le repliement sur soi-même favorisant le délire ou la démence. Aigu ou chronique, il faut le maintenir constamment au contact du réel par des stimulations de toutes sortes : conversations affectueuses, occupations en rapport avec les goûts ou intérêts conservés, travail professionnel. Le contact avec les autres malades et avec la vie pratique doit être repris de manière progressive et dosé avec le doigté que donne l'expérience ; de même, ultérieurement, le travail professionnel,

Le seul traitement moral actif est le *traitement moral individuel* qui consiste, après avoir attiré la sympathie du malade, à pénétrer peu à peu dans l'intimité de sa vie sentimentale (lorsqu'elle est conservée). On pratique ainsi, durant des mois, l'*analyse* patiente de son délire en reconstituant l'histoire de sa vie intime — par ses confidences, précisées des renseignements de l'entourage. L'on tente en même temps progressivement de faire apparaître dans son esprit, la *relation* possible entre ses chimères et les événements réels impressionnants de sa vie passée (l'enfance comprise) ; événements dont les idées morbides ne sont, le plus souvent, que des dérivés fantastiques. On peut arriver ainsi, dans quelques cas heureux, à donner au psychopathe une certaine conscience de sa psychose, et à ramener à une lucidité (au moins partielle) compatible avec l'utilisation sociale, un certain nombre de faux déments — simples anormaux du sentiment, réfugiés dans la psychose par répugnance ou effroi de la lutte pour la vie.

Ajoutons que, dans l'intervalle des séances psychothérapiques, il faut interdire au malade, par tous les moyens compatibles avec l'humanité, de parler de ses idées « folles » et de se conduire en « fou », et cela pour aider à la conscience de la maladie et réduire le délire aux proportions d'une infirmité dissimulée et sans retentissement dans la vie pratique du sujet.

II. — ASSISTANCE

Lorsque le malade ne peut être traité à domicile et qu'il n'a pas les moyens d'être admis dans une maison de santé spéciale, il faut le placer dans un *service psychiatrique d'observation* (de préférence dans un hôpital). Si sa psychose

apparaît comme trop durable ou que ce service n'existe pas, il faut l'interner dans un asile.

Le placement à l'asile est régi par la loi de 1838 (modifiable prochainement par une législation nouvelle, à l'étude actuellement). Il est demandé par la famille, ou *volontaire*. Sinon, quand le malade est notoirement dangereux ou qu'il s'agit d'un indigent, le placement, dit alors *d'office*, est ordonné par l'autorité administrative.

Placement volontaire. — Il n'est possible que si la personne qui fait le placement (parent, ami, etc.) s'engage à payer les frais de pension (dont 1 ou 3 mois d'avance sont réglés à l'entrée). Pièces nécessaires : Une demande d'internement (papier timbré). Pièces d'identité (extrait de naissance, carte d'électeur, livret de famille). Un certificat médical, sur papier timbré, par un médecin étranger à l'établissement, à son directeur, ou à la famille du malade, et délivré moins de quinze jours avant.

Placement d'office. — Il est ordonné à Paris par le préfet de police, en province par le préfet, et, en cas d'urgence, provisoirement, par le commissaire de police ou le maire. Le malade est conduit par les soins de la police dans le service d'observation de l'hôpital, lorsqu'il y en a un, ou directement à l'asile.

Un certificat médical est également nécessaire.

Pour le transport des aliénés : gagner leur confiance par de bonnes paroles. Ne jamais les attacher par des liens coupants ou blessants. En cas d'agitation incoercible, entortiller le patient dans des draps ou couvertures, les bras compris, et faire une injection calmante (somnifère, hyoscine, morphine).

Rédaction du certificat. — C'est un inventaire de symptômes, rédigé de façon très claire et aussi peu technique que

possible, sans antécédents (dont l'énoncé pourrait blesser la famille).

Je soussigné, docteur X, demeurant à Z, certifie que M (noms et prénoms), domicilié à Y, est atteint d'une affection mentale caractérisée par... (1) (telles idées délirantes, ou hallucinations... de la confusion des idées... ou : de l'excitation avec chants et rires... ou : de la dépression avec anxiété ou stupeur... ou : du désordre des idées et des actes avec manières ridicules et étranges, grimaces... ou : de l'affaiblissement de l'intelligence avec lacunes grossières de la mémoire et du jugement... etc. Noter spécialement la nature des actes auxquels se livre le malade. Spécifier aussi les symptômes physiques : abolition des réflexes pupillaires, embarras de la parole, gâtisme...).

(En cas de placement volontaire :) *Cet état d'aliénation mentale nécessite son placement dans un établissement spécialement consacré au traitement des maladies mentales.*

(En cas de placement d'office :) *Cet état d'aliénation mentale compromet l'ordre public et la sûreté des personnes, et, en conséquence, nécessite son placement, etc.*

Y., le...

Signé : Dr X...

(signature légalisée par le maire)

1. On peut mettre le diagnostic lorsqu'il est évident ou banal : Paralyse générale, démence sénile, délire de persécution, etc.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Préface.....	5
INTRODUCTION. — Considérations pratiques sur les maladies mentales.....	7
CHAPITRE I. — Les syndromes partiels (phobie et obsession, hallucination, délire).....	12
CHAPITRE II. — Les syndromes généralisés (excitation et dépression, confusion mentale et délire onirique, discordance mentale).....	24
CHAPITRE III. — Le terrain mental. Dégénérescence et constitutions.....	38
CHAPITRE IV. — L'altération du fonds mental et les démences..	44
CHAPITRE V. — Les entités morbides psychiatriques et les psychoses symptomatiques.....	50
CONCLUSION. — Les temps du diagnostic en psychiatrie.....	60
ADDENDUM. — Principes de thérapeutique et d'assistance psychiatriques.....	65



Grande Librairie Médicale A. Maloine
Norbert MALOINE, Éditeur

27, rue de l'École-de-Médecine -:- PARIS, VI^e

CHARON

La Psychiâtrie en clientèle, in-8, 1924. 8 fr. »

DAMAYE

Le Médecin devant l'assistance et l'enseignement psychiâtrique, in-8, 1922,
cartonné, 1922..... 5 fr. »

Éléments de neuro-psychiâtrie, 1925.. 12 fr. »

Etudes de psychiâtrie sociologique,
1925..... 8 fr. »

MAIRET & MARGARET

La Démence précoce, in-8, 1920..... 10 fr. »

PARIS

Leçons de Psychiâtrie, in-8, 1909..... 7 fr. 50

PARIS

Les troubles de l'intelligence, in-8,
1914..... 2 fr. »

REBIERRE

Joyeux et demi-fous, in-16, 1909..... 4 fr. »

RÉGIS

Esquisse générale de l'assistance éducatrice des anormaux psychiques,
in-8, 1912..... 2 fr. 50