

---

---

CLASSIFICATION  
DES  
MALADIES MENTALES

---

---

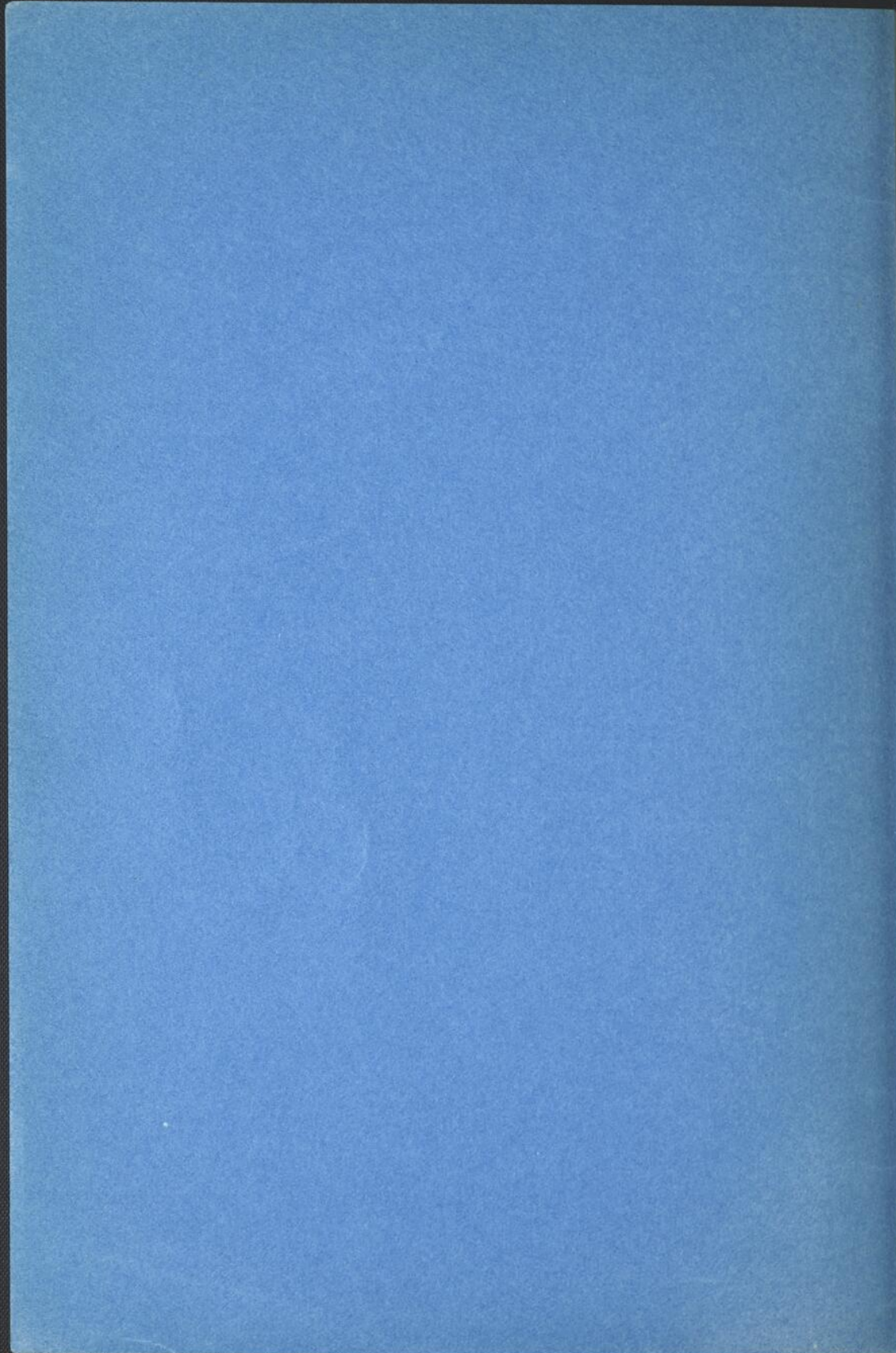
MANUEL

A L'USAGE

DES MEDECINS DES INSTITUTIONS POUR  
LE TRAITEMENT DES MALADIES MENTALES

PUBLIE PAR LE DEPARTEMENT DU SECRETAIRE  
DE LA PROVINCE DE QUEBEC,  
SERVICE DES HOPITAUX D'ALIENES

Janvier 1932





## AVIS

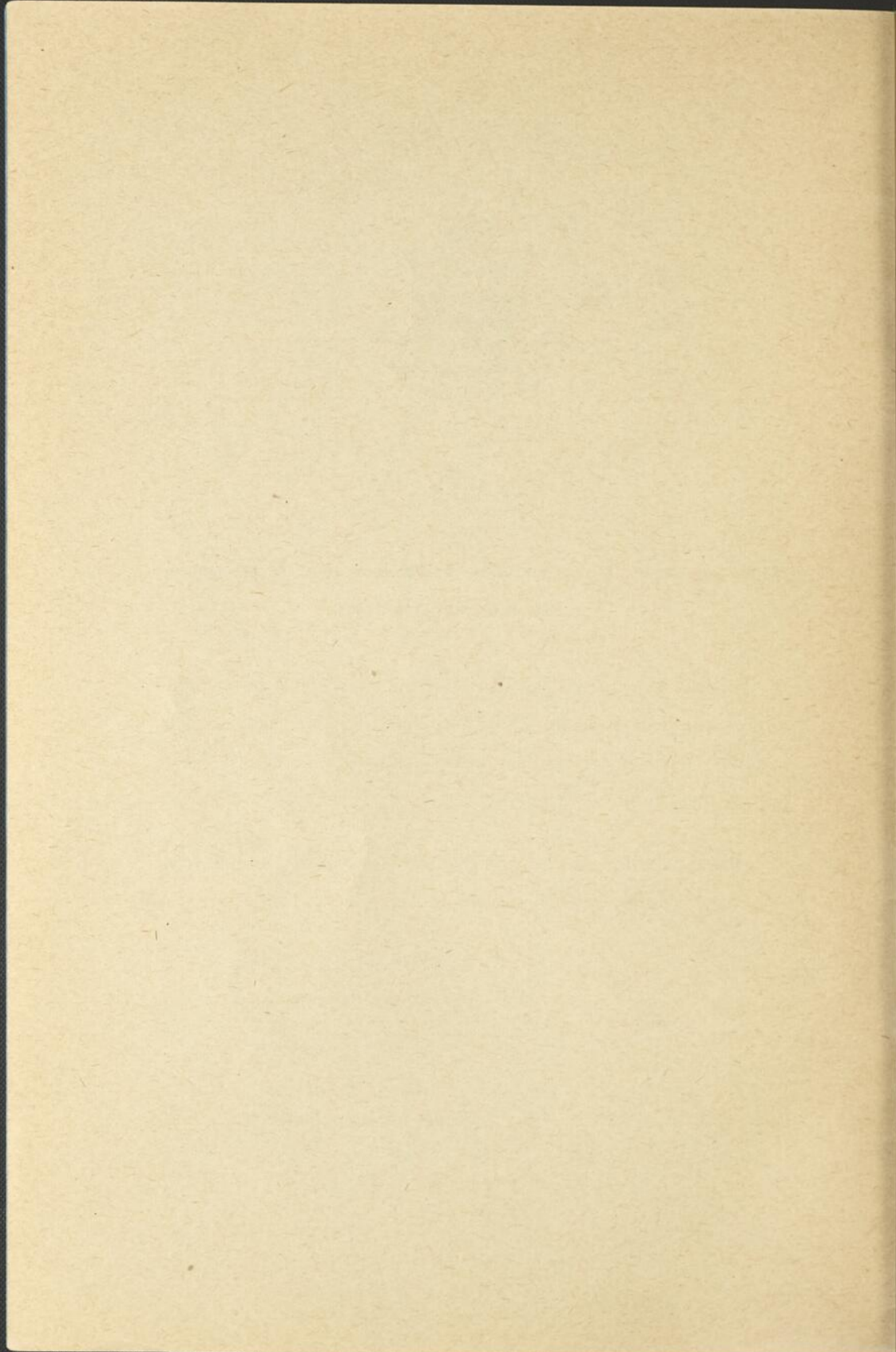
### **A Messieurs les Directeurs des institutions pour le traitement des maladies mentales**

Tous les directeurs des institutions où sont admis les malades affectés de maladie mentale devront, à partir du 1er janvier 1932, adopter la présente classification des maladies mentales et suivre les instructions qui s'y rapportent.

Dorénavant tous les rapports annuels des institutions devront être faits d'après cette classification.

ATHANASE DAVID,  
*Secrétaire de la province,*

A. H. DESLOGES,  
*Directeur général  
des hôpitaux d'aliénés.*



## AVANT-PROPOS

Les diverses classifications des psychopathies qu'on a tour à tour proposées sont très nombreuses, mais aucune n'est parfaite et toutes laissent à désirer par certains côtés; il ne saurait en être autrement quand il s'agit de cataloguer des entités appartenant à une science en pleine évolution telle que la psychiatrie. De plus, une bonne classification n'est possible, en médecine, que si les diverses affections qu'il s'agit de grouper sont parfaitement connues, non seulement au point de vue étiologique et symptomatique, mais également au point de vue anatomo-pathologique, or, nous savons qu'en pathologie mentale, nous n'en sommes pas encore là. Si certaines psychoses sont le résultat de facteurs bien connus et acceptés de tous les psychiâtres, telles les psychoses secondaires aux infections, ou aux intoxications, la paralysie générale, les psychopathies d'origine syphilitique, etc., il n'en existe pas moins de nombreuses affections, telles que la paranoïa, les psychoses périodiques, les constitutions pathologiques où l'accord entre les aliénistes d'écoles diverses est très difficile, car les bases de ces classifications sont trop différentes; certaines écoles ne voient que le côté étiologique, d'autres ne tiennent compte que de la sémiologie, quelques-unes sont trop psychologiques et insuffisamment cliniques, d'autres enfin, parfaites au point de vue clinique, négligent peut-être un peu trop l'aspect psychologique d'un syndrome psychiatrique.

Ces divergences se rencontrent jusque dans le vocabulaire psychiatrique, et certaines expressions, telles le mot *démence*, a, en français, un sens précis comportant un pronostic d'incurabilité absolue; tandis que d'autres écoles ont des *démences* qui guérissent et des *déments* qui n'en sont pas; certaines entités morbides existent dans quelques écoles qui ne sont pas connues dans d'autres, telles la *confusion mentale*, expression française qui n'a pas cours dans les classifications allemandes, anglaises ou américaines.

Par contre, certaines affections souffrent d'une pléthore de noms, telle la *psychose périodique* qui s'appelle aussi bien *manie dépressive*, *psychose maniaque dépressive*, ou, en ne tenant compte que d'une phase de l'affection: *manie* ou *mélancolie simple*, *aigue*, *subaigue*, *chronique*, *intermittente*, etc.

Ces expressions différentes, ces classifications diverses rendaient impossible toute statistique précise du mouvement de la population traitée dans les divers hôpitaux d'aliénés de la province de Québec: le rapport d'une institution énumérait de nombreux cas de manie ou de mélancolie, sans aucun cas de psychose périodique ou de manie dépressive; une autre mentionnait de nombreux sujets internés comme souffrant de psychose périodique ou de manie dépressive, sans un seul cas de manie ou de mélancolie.

C'était donc la bouteille à l'encre, et la seule façon de sortir de ce cahot était de standardiser nos hôpitaux d'aliénés, et d'accepter une classification uniforme; or, comme d'autre part, dans le Canada anglais et aux Etats-Unis, la classification officielle est la classification de l'Association Américaine de Psychiatrie, le docteur A. H. Desloges, directeur général des hôpitaux d'aliénés de la province de Québec, nous exprima le désir de voir nos hôpitaux accepter cette classification, et nous chargea de traduire le texte anglais et de l'adapter, en autant que la chose serait possible, aux conceptions de l'école française.

Le texte original fut corrigé et révisé, grâce à la précieuse et sympathique collaboration de nos confrères de Québec comme de Montréal, et la classification qui suit sera la seule officielle dans les hôpitaux d'aliénés de la province de Québec, à partir du 1er janvier 1932.

DR OMER NOEL,

*Directeur Médical, Hôpital St. Jean de Dieu.*

DR G. LEF. DE BELLEFEUILLE,

*Chef de Service, Hôpital St. Jean de Dieu,*

*Professeur de Psychiatrie à l'Université de Montréal.*

## CLASSIFICATION DES MALADIES MENTALES

*D'après la classification officielle telle qu'adoptée par l'Association Américaine de Psychiatrie, (American Psychiatric Association).*

1. **Psychoses Traumatiques.**
2. **Psychopathies séniles.**
3. **Psychopathies au cours de l'artério-sclérose.**
4. **Paralyse générale.**
5. **Psychopathies au cours de la syphilis cérébrale.**
6. **Psychopathies accompagnant la chorée de Huntington.**
7. **Psychopathies avec tumeur cérébrale.**
8. **Psychopathies accompagnant d'autres affections cérébrales ou nerveuses.**
  - (a) Embolie cérébrale et thrombose.
  - (b) Paralyse agitante.
  - (c) Méningite, tuberculeuse ou autres formes (spécifier).
  - (d) Scléroses en plaques.
  - (e) Tabes.
  - (f) Chorée aiguë.
  - (g) Encéphalite léthargique.
  - (h) Autres formes (spécifier).
9. **Psychopathies alcooliques.**
  - (a) Delirium tremens.
  - (b) Psychoses de Korsakow.
  - (c) Forme hallucinatoire consciente.
  - (d) Autres lésions, aiguës ou chroniques.
10. **Psychoses toxiques exogènes.**
  - (a) Opium (et ses dérivés), cocaïne, bromure, chloral, etc., seuls ou combinés, (spécifier).
  - (b) Métaux, tels que le plomb, l'arsenic, etc., (spécifier)
  - (c) Les gaz (spécifier).
  - (d) Autres toxiques exogènes, (spécifier).
11. **Psychoses avec pellagre.**

12. **Psychoses avec autres maladies somatiques.**
  - (a) Psychose due aux maladies infectieuses.
  - (b) Psychose secondaire à une infection.
  - (c) Psychose d'épuisement.
  - (d) Psychose secondaire à une affection non déterminée.
  - (e) Insuffisance cardio-rénale.
  - (f) Troubles du système endocrinien.
  - (g) Autres maladies (spécifier).
13. **Psychoses maniaques dépressives. (Psychoses périodiques).**
  - (a) Type maniaque.
  - (b) Type mélancolique.
  - (c) Autres formes.
14. **Mélancolie d'involution.**
15. **Démence précoce.**
16. **Paranoïa et états paranoïaques.**
17. **Psychopathies épileptiques.**
18. **Névrose et psychonévrose.**
  - (a) Pithiatisme.
  - (b) Psychasthénie (forme anxieuse et forme obsédante).
  - (c) Neurasthénie.
  - (d) Autres formes (hypéromotives, émotionnelles).
19. **Psychoses chez les psychopathes constitutionnels.**
20. **Psychoses chez les arriérés mentaux.**
21. **Psychopathies non diagnostiquées.**
22. **Psychopathes non délirants.**
  - (a) Épileptiques sans délire.
  - (b) Alcooliques sans délire.
  - (c) Toxicomanes sans délire.
  - (d) Psychopathes constitutionnels sans délire.
  - (e) Arriérés mentaux.
  - (f) Autres formes (spécifier).

NOTA:—Dans cette classification l'expression "PSYCHOPATHIE" veut dire maladie mentale *aigüe et chronique*, tandis que l'expression "PSYCHOSE" veut dire maladie mentale *aigüe*.

## DEFINITIONS ET NOTES EXPLICATIVES

### 1. **Psychoses traumatiques.**

Ce diagnostic doit être réservé aux troubles mentaux causés directement par, ou étant la conséquence évidente d'une lésion ou d'une commotion (traumatisme, accident), intéressant l'extrémité céphalique, et produisant des symptômes psychiques d'un caractère défini. L'étendue de la lésion peut aller d'une destruction considérable de tissu jusqu'à une simple commotion ou choc physique avec ou sans fracture du crâne.

Les manies dépressives, la paralysie générale, la démence précoce, et ces autres troubles mentaux dont le traumatisme serait la cause prédisposante ou déterminante ne doivent pas être inclus dans ce groupe.

Les principales formes cliniques de psychoses traumatiques sont les suivantes, et elles doivent être incluses dans ce groupe.

*Délire Traumatique*: Peut ressembler à un délire aigu (délire à la suite d'une commotion cérébrale), ou à une psychopathie à évolution lente qui rappelle le syndrome de Korsakow.

*Psychose post-traumatique*: A la suite d'un traumatisme, apparaissent les symptômes suivants: changement du caractère avec instabilité du système vasomoteur, maux de tête, fatigabilité ou réactions émotionnelles exagérées, généralement une sensibilité excessive aux effets de l'alcool, et, dans certains cas, la manifestation de symptômes paranoïdes, hystériques ou épileptiques.

*Affaiblissement mental post-traumatique (démence)*: Divers degrés d'affaiblissement des facultés intellectuelles avec ou sans symptômes d'aphasie, convulsions épileptiformes ou manifestations d'artério-sclérose cérébrale.

### 2. **Psychopathies seniles.**

Psychopathie bien définie qui se développe graduellement et est caractérisée par les symptômes suivants: affaiblissement ou perte de la mémoire surtout pour les événements récents; désorientation

dans le temps et l'espace et diminution de l'activité cérébrale, troubles de l'attention, du raisonnement et du jugement; tendances égoïstes, et souvent de l'irritabilité ou du négativisme. Une tendance à vivre dans le passé et à fabuler. L'affaiblissement sénil peut être accompagné de manifestations paranoïdes, d'états dépressifs ou confusionnels. Les formes cliniques suivantes peuvent être observées, ou des formes mixtes.

*Démence simple*: Caractérisée par des troubles de la mémoire, diminution de l'activité cérébrale, ralentissement des associations d'idées et faiblesse de l'attention, indifférence émotionnelle, habituellement aussi méfiance pour l'entourage, et crédulité vis-à-vis des étrangers, irritabilité et agitation physique, particulièrement la nuit.

*Forme Presbyophrénique*: Troubles marqués de la mémoire accompagnés d'une désorientation dans le temps et l'espace, mais en même temps conservation d'une certaine activité mentale et d'une attention suffisante pour permettre la perception exacte du monde extérieur, et de suivre une conversation. Les troubles de la mémoire de fixation entraînent des contradictions absurdes et du rabâchage; la suggestibilité et la fabulation et les fausses reconnaissances sont des symptômes marqués. (L'ensemble de ces symptômes rappelle la psychose de Korsakow).

*Formes délirantes et confusionnelles*: Souvent au début de la psychopathie, et pendant une période assez longue, le tableau clinique comporte des symptômes confusionnels ou délirants.

*Formes dépressives ou maniaques*: Outre l'affaiblissement intellectuel sous-jaçant, il peut y avoir une dépression marquée ou une agitation persistante.

*Formes paranoïaques*: Des idées délirantes, surtout sous forme d'idées de persécution ou de grandeur, accompagnent souvent l'affaiblissement intellectuel et peut, au début, rendre le diagnostic hésitant ou difficile, si les symptômes démentiels ne sont pas très prononcés.

*Formes pré-séniles*: Ces formes peuvent se présenter sous plusieurs aspects dont la plus connue est la "maladie d'Alzheimer" qui est caractérisée par un affaiblissement sénil qui peut apparaître à un âge relativement peu avancé, même dès la quarantième année. La plupart des cas présentent des troubles de l'affectivité sous forme d'irritabilité et de tendances à l'anxiété accompagnés de symptômes

d'aphasie ou d'apraxie. L'on observe souvent du négativisme et quelquefois de la catatonie. Cette forme conduit rapidement à une démence complète.

### 3. Psychopathies au cours de l'artério sclérose cérébrale.

Les symptômes cliniques, tant mentaux que physiques, sont en rapport, d'abord avec la localisation cérébrale et l'étendue de la lésion, et ensuite, avec la constitution psychique du sujet.

Certains symptômes physiques, tels que céphalalgie, vertiges, tendances syncopales, etc., sont presque toujours notés, puis apparaissent tôt ou tard des signes de localisation cérébrale (aphasie, paralysie, etc.)

Le principal symptôme mental (surtout si l'artério-sclérose est généralisée) est la diminution de l'activité cérébrale, se manifestant par un ralentissement de l'idéation, une instabilité de l'attention; une fatigabilité et un manque de contrôle émotionnel (pleurs et rires non motivés); souvent irritabilité marquée; la mémoire est plus ou moins touchée, surtout à la période ultime de la maladie, ou à la suite d'une lésion étendue.

Sur l'affaiblissement intellectuel peut venir se greffer des symptômes mentaux, sous forme de dépression mélancolique, anxiété, méfiance, idées paranoïaques, ou épisodes confusionnels marqués.

Les psychopathies apparaissant à la suite d'un ramollissement ou d'une hémorragie cérébrale doivent être incluses dans ce groupe. (De nombreuses autopsies ont démontré que dans les cas d'artério-sclérose le ramollissement est relativement beaucoup plus fréquent que l'hémorragie.)

Le diagnostic différentiel entre la démence sénile et les psychopathies d'origine artério-scléreuse est quelquefois difficile, surtout lorsque l'artério-sclérose arrive à une période avancée de la vie, sans compter que les deux psychopathies peuvent être associées, et évoluer de compagnie.

Lorsque les symptômes de l'une ou de l'autre psychopathie existent à peu près au même degré, au point de vue statistique, la prédominance doit être donnée à la psychopathie artério-scléreuse.

Une pression artérielle élevée, quoique fréquente, n'est pas absolument essentielle pour le diagnostic de l'artério-sclérose cérébrale.

#### 4. Paralyse générale.

Le nombre et la variété des symptômes observés dans la paralysie générale étant trop considérables pour être indiqués en détail, nous ne signalerons que les principaux symptômes mentaux: changement observé dans les habitudes, le caractère, le comportement du sujet, affaiblissement du jugement et du raisonnement, désorientation dans le temps, affirmations contradictoires, dysmésie d'abord, puis amnésie, dans tous les champs. Les sujets présentant des idées de grandeur ont moins de chance de passer inaperçus que ceux qui présentent seulement de la dépression, de la démence simple, des idées paranoïaques, ou des épisodes simulant l'intoxication alcoolique chronique, etc.

Les erreurs de diagnostic se produisent surtout dans les cas présentant, au début, des symptômes délirants marqués et des symptômes démentiels relativement légers, ou dans les cas présentant peu de symptômes physiques. La ponction lombaire doit être pratiquée dans tous les cas. Une réaction Wasserman du sang n'est pas à elle seule suffisante pour faire le diagnostic et n'indique pas si le cortex est ou non touché.

#### 5. Psychopathies au cours de la syphilis cérébrale.

Puisque la paralysie générale elle-même est maintenant reconnue comme étant une forme parenchymateuse de la syphilis du cerveau, le diagnostic différentiel entre celle-ci et les cas de syphilis cérébrale peut, théoriquement, être considéré comme moins important qu'autrefois. Cependant, en pratique, le diagnostic de ces psychopathies est très important parce que, dans presque tous les cas, les symptômes et le traitement diffèrent de ceux de la paralysie générale.

Suivant la prédominance des symptômes, trois formes de syphilis cérébrale peuvent être observées: (a) méningée, (b) vasculaire, et (c) gommeuse. Les lignes de démarcation entre ces formes ne sont pas cependant très marquées. Dans les formes vasculaires et gommeuses l'on observe presque toujours de la méningite.

La forme méningée aiguë est le type le plus fréquent de la syphilis cérébrale et le diagnostic en est habituellement facile; un grand nombre de ces cas ne viennent jamais dans les hôpitaux d'aliénés. Quoiqu'il en soit, dans la plupart des cas, après les symptômes prodromiques (maux de tête, vertige, etc.) il y a apparition

rapide de signes physiques, ordinairement sous forme de lésion des paires crâniennes, avec torpeur intellectuelle, et ralentissement marqué de l'activité mentale, mais sans autres symptômes mentaux bien définis, si ce n'est quelques bouffés délirantes transitoires et certaines réactions d'ordre physique.

Dans certaines formes méningées chroniques rares qui surviennent longtemps après l'infection syphilitique, au moment où normalement l'on s'attendrait à voir apparaître la paralysie générale le diagnostic peut être très difficile.

Dans les formes vasculaires, les symptômes les plus caractéristiques sont ceux qui résultent de lésions vasculaires circonscrites.

Dans les formes gommeuses, la lenteur de l'apparition des signes de localisation cérébrale, ainsi que l'augmentation de la pression intracrânienne, ont une grosse importance pour le diagnostic.

Dans toutes les formes de syphilis cérébrale, les manifestations délirantes sont toujours moins marquées que dans la paralysie générale; il en est ainsi de la personnalité même du sujet, qui est habituellement peu touchée, comme le prouvent sa conduite générale, la conservation de son jugement et de son sens éthique, de même que le maintien de son adaptabilité sociale et de sa conscience morale. L'on rencontre rarement chez ces malades les idées de grandeur et les tendances absurdes si fréquentes chez les paralytiques généraux.

#### 6. **Psychopathies accompagnant la chorée de Huntingdon.**

Des symptômes mentaux accompagnent presque toujours cette variété de chorée et ils deviennent habituellement de plus en plus marqués à mesure que la maladie progresse. Bien que cette affection, pour la plupart des cliniciens, soit considérée comme un syndrome d'origine héréditaire, le diagnostic peut néanmoins en être établi par les seuls signes cliniques, et en l'absence de toute histoire de famille.

Les principaux symptômes mentaux sont: ralentissement de l'activité mentale, troubles de l'affectivité, apathie et niaiserie, ou dépression et irritabilité avec tendances coléreuses. A mesure que la maladie progresse, la mémoire est plus ou moins touchée, mais lorsque l'on réussit à surmonter l'aversion qu'éprouve le patient à parler de lui-même et à donner les renseignements nécessaires, on est souvent surpris de constater que celui-ci a conservé la mémoire

des évènements passés. L'orientation dans le temps et l'espace est également normale, même lorsque le patient semble très apathique et indifférent. Dans quelques cas la méfiance et les idées paranoïaques sont très marquées.

#### 7. **Psychopathies avec tumeur cérébrale.**

La plupart des cas de tumeur cérébrale présentent des symptômes mentaux définis. Les plus fréquents sont: le ralentissement de l'activité mentale, l'hébétude, la lenteur de l'idéation, les troubles de mémoire, l'irritabilité, la dépression, quoique l'on observe souvent une certaine tendance à la bouffonnerie. Des épisodes confusionnels avec hallucinations sont fréquentes. Certains sujets présentent de la méfiance et même des idées paranoïaques.

Dans la plupart des cas le diagnostic s'appuie sur les symptômes neurologiques et ceux-ci sont en relation directe avec la localisation, le volume et la rapidité du développement de la tumeur. La présence et l'évolution du néoplasme fait apparaître habituellement des symptômes physiques dus à l'augmentation de la pression intracrânienne: maux de tête, vertige, vomissements, ralentissement du pouls, stase papillaire, dyschromatopsie et diminution de l'acuité visuelle.

#### 8. **Psychopathies accompagnant d'autres affections cérébrales ou nerveuses.**

Devra être placée dans ce groupe cette variété de troubles mentaux moins fréquents associés à une affection organique du système nerveux autre que celles énumérées dans les groupes plus importants qui précèdent. Le syndrome neurologique doit toujours être inscrit sur la carte après la mention du nom du groupe. Voici les variétés les plus communes:

(a) Embolie et thrombose cérébrale (mais quand celle-ci est due à l'évolution de l'artério-sclérose cérébrale, elle doit être incluse plutôt dans le groupe No. 3), psychopathie avec artério-sclérose cérébrale.

(b) Paralysie agitante (Parkinsonnisme).

(c) Méningite, tuberculeuse ou autres (spécifier).

(d) Sclérose en plaques.

(e) Tabes (avoir soin d'exclure la paralysie générale).

- (f) Chorée aigue (type de Sydenham). Exclure la chorée hystérique.
- (g) Encéphalite léthargique.
- (h) Autres affections (spécifier).

### 9. Psychopathies alcooliques.

Le diagnostic des psychopathies alcooliques ne doit être attribué qu'aux troubles mentaux qui proviennent généralement de l'alcoolisme chronique et qui présentent des symptômes assez bien définis. Il ne faut pas que ce groupe soit trop étendu. Des abus alcooliques sont souvent symptomatiques de l'évolution d'une autre psychopathie ou peuvent du moins en être la conséquence, tel que la paralysie générale, les manies dépressives, le démençe précoce.

Certains cas, qui doivent néanmoins être considérés comme des psychopathies alcooliques véritables, sont moins la conséquence d'un usage immodéré habituel de l'alcool, que d'une susceptibilité particulière, pathologique à l'influence de l'alcool, comme certains psychopathes constitutionnels, chez qui un abus léger, ou même l'ingestion d'un seul verre d'alcool suffit pour déclencher une véritable crise d'alcoolisme aigue.

Enfin chez d'autres psychopathes constitutionnels se rencontre la dipsomanie (les dipsomanes sont des alcooliques véritables, mais périodiques qui, en dehors de leur crise, sont habituellement sobres.)

Les variétés suivantes des réactions alcooliques présentent généralement des symptômes suffisamment nets pour permettre le diagnostic différentiel, et elles doivent être notées dans le rapport statistique.

(a) *Delirium tremens*. Un délire hallucinatoire avec agitation physique ou psychique, et manifestations d'intoxication alcoolique.

(b) *Psychose de Korsakow*: Cette psychose peut se présenter avec ou sans polynévrite, Au début, la forme délirante ne se distingue guère d'une crise grave de délirium tremens, mais elle se prolonge davantage. La forme simple est caractérisée par des troubles de mémoire (fixation), désorientation dans les différents modes, fabulation, suggestibilité et fausse reconnaissance. Les hallucinations sont rares après la phase aigue.

(c) *Forme hallucinatoire consciente*: Ce type est caractérisé par la multiplicité des hallucinations, surtout auditives, qui se dé-

veloppent rapidement avec conservation de la conscience, mais accompagnée de sentiments de terreur, de frayeur intense, avec plus ou moins de tendance vers la systématisation des idées de persécution.

(d) Autres formes, aiguës ou chroniques (spécifier).

#### 10. **Psychoses toxiques exogènes.**

Les symptômes cliniques observés dans les psychoses dues aux drogues et autres toxiques exogènes sont principalement des états délirants ou confusionnels, bien qu'il puisse y avoir aussi quelquefois des hallucinations et des réactions paranoïaques. Certains toxiques tels que: cocaïne, plomb, le gaz d'éclairage etc., semblent produire des symptômes spéciaux.

Les principaux toxiques sont les suivants:

(a) Opium (et ses dérivés) cocaïne, bromure, chloral, etc., seuls ou combinés (spécifier).

(b) Les métaux, tels que: arsénic, le plomb, etc., (spécifier).

(c) Les gaz (spécifier.)

(d) Autres toxiques exogènes (spécifier).

#### 11. **Psychoses avec pellagre.**

La relation de cause à effet qui peut exister entre certains troubles mentaux et la pellagre n'est pas encore bien établie. Les cas de pellagre qui surviennent au cours d'une maladie mentale nettement définie, telle que la démence précoce, les manies dépressives, les psychopathies séniles, etc., ne doivent pas être inclus dans ce groupe. Les troubles mentaux qui se rattachent le plus à la pellagre sont certains états délirants ou confusionnels (ressemblant aux réactions toxi-infectieuses) qui surviennent au cours d'une pellagre grave. Ces cas sont ceux qui doivent être, pour le moment, classés dans le groupe des psychoses avec pellagre.

#### 12. **Psychoses avec autres maladies somatiques.**

Devront être réunis dans ce groupe les troubles mentaux qui semblent provenir directement de quelque maladie physique, qui n'appartiennent pas aux groupes précédents.

Dans les types décrits ci-dessous, de (a) à (e) inclusivement, l'on observe essentiellement des états délirants ou confusionnels

survenant au cours d'une maladie infectieuse, ou accompagnant un état d'épuisement ou une toxémie. La maladie mentale semble être due à des troubles circulatoires du cerveau, ou à l'action délétère de certaines substances: toxiques ou toxines agissant sur les neurones centraux. L'aspect clinique est extrêmement variable; le délire peut être accompagné d'une agitation physique intense avec incohérence du discours, ou hallucinations polymorphes avec état confusionnel marqué pouvant aller jusqu'à la stupeur: des ictus épileptiques, des manifestations catatoniques peuvent se présenter. En pratique, il est quelquefois très difficile de déterminer si l'infection ou l'épuisement a été l'agent causal de la psychose, cependant, au point de vue statistique, il faut établir les types suivants:

(a) "*Psychose due aux maladies infectieuses*". Ce type comprend: *les délires du début* qui se manifestent durant la période prodromique ou d'incubation, ou avant la période fébrile, comme dans certains cas de typhoïde, de variole, de malaria, etc; *les délires fébriles* qui paraissent dûs à une température élevée; *les délires post-fébriles* de la période de chute de la température, ainsi que *les délires des moribonds*.

(b) "*Psychose secondaire à une infection*". Sous ce titre doivent être groupés les bouffées délirantes, les formes atténuées de confusion mentale ou les états de dépression, d'irritabilité, de méfiance qui surviennent durant la période de convalescence de certaines maladies infectieuses. L'asthénie et l'épuisement sont, sans aucun doute, des facteurs importants de ces états mentaux. Aussi le diagnostic différentiel d'avec la psychose d'épuisement est basé en grande partie sur l'histoire du cas et sur les conséquences directes de l'infection du début. (Certains de ces cas qui deviennent chroniques se font remarquer par l'apparition de symptômes de démence). Dans ce groupe doivent entrer les psychoses polynévritiques non alcooliques, secondaires à une maladie infectieuse, telle que la typhoïde, l'influenza, la septicémie, etc.

(c) "*Psychose d'épuisement*". Sous le titre "psychose d'épuisement" doivent être classées les psychoses où l'épuisement n'accompagnant pas, ou n'étant pas la conséquence d'une maladie infectieuse, est la cause déterminante du trouble mental: hémorragie, surmenage physique intense, privation de nourriture, insomnie prolongée, épuisement causé par maladie débilitante.

Parmi les psychoses qui accompagnent les troubles endocri-

niens, les mieux connues sont celles qui sont la conséquence de troubles de la fonction thyroïdienne et ovarienne. Des troubles des glandes pituitaire ou surrénale accompagnent souvent les syndromes mentaux.

D'après l'étiologie et les symptômes, les types suivants doivent être indiqués sous l'en-tête, "psychose avec autres maladies somatiques."

- (a) Psychose due aux maladies infectieuses (spécifier).
- (b) Psychose secondaire à une infection.
- (c) Psychose d'épuisement.
- (d) Psychose secondaire à une affection non déterminée.
- (e) Insuffisance cardio-rénale.
- (f) Maladies des glandes endocriniennes.
- (g) Autres maladies.

### 13. **Psychoses maniaques dépressives (Psychoses périodiques).**

Ce groupe comprend des psychoses souvent curables dans l'évolution de leurs phases, et dont le tableau clinique est caractérisé par des oscillations du ton affectif; elles sont sujettes à récidiver. Différents symptômes psychiatriques, tels que: illusions fréquentes et durables, idées délirantes, hallucinations rares et passagères, état confusionnel, stupeur, etc. peuvent venir charger le tableau clinique. Les principaux types sont:

Le type *maniaque* avec sensation de bien-être, euphorie, ton affectif, gai (ou tendances coléreuses), fuite des idées et suractivité physique et psychique, logorrhée, effacement du sens des convenances.

Le type *mélancolique* avec idées délirantes à teinte triste (auto-accusation, culpabilité, indignité, ruine, déshonneur, damnation, etc.), sensation d'incapacité physique, sentiment de découragement, de désespoir, douleur morale et, dans les cas extrêmes, inhibition psychique et lenteur des réactions pouvant aller jusqu'à la stupeur. Chez certains sujets les idées délirantes et les craintes pathologiques sont telles qu'elles déterminent un état d'anxiété et d'angoisse, accompagné d'un perpétuel besoin de mouvement, (agitation anxieuse).

Le type *mixte* est caractérisé par des symptômes du type maniaque et du type mélancolique. La stupeur se manifeste par une

diminution très considérable de l'activité physique pouvant aller jusqu'à l'immobilité absolue, un ton affectif triste, des idées de mort prochaine, et souvent un délire onirique; quelquefois du mutisme, de la suggestibilité, du négativisme, et des manifestations catatoniques, comme on en rencontre dans la démence précoce, quoique cet état stuporeux n'ait rien à faire avec celle-ci.

On entend par le mot *circulaire*, un type de psychose périodique dans le cycle duquel une phase suit immédiatement la phase précédente, ainsi un état maniaque est suivi d'un état mélancolique ou vice versa.

Les cas autrefois apparentés aux manies dépressives doivent être inclus dans ce groupe plutôt que dans le groupe des cas non diagnostiqués.

Dans les rapports statistiques, les formes ci-dessous doivent être indiquées.

- (a) Manie.
- (b) Mélancolie.
- (c) Autres formes (constitution cyclothymique).

#### 14. **Mélancolie d'involution.**

Ces états dépressifs sont probablement apparentés au type mélancolique de la psychose périodique; néanmoins, les symptômes et l'évolution de la maladie sont suffisamment caractéristiques pour que l'on soit justifiable de les classer à part comme une entité spéciale dont le substratum est à base affective.

Il faut inclure dans ce groupe les états dépressifs de l'âge mûr et d'un âge plus avancé dont le développement est lent et qui surviennent à la suite d'inquiétude, d'insomnie, de malaise, d'anxiété, d'agitation avec sentiment d'irréel et troubles sensoriels, mais sans atteinte grave de l'association des idées. L'évolution de la maladie est très longue, les guérisons rares. Les états mélancoliques apparaissant chez les artério-scléreux ne doivent pas être inclus dans ce groupe.

Lorsque l'agitation anxieuse apparaît dans le cours d'une crise de mélancolie d'involution, mais s'appuie nettement sur une base cyclothymique avec phases antérieures de dépression ou d'agitation, elle doit entrer, au point de vue statistique, dans le groupe de la manie dépressive.

### 15. **Démence précoce (Schizophrénie).**

Ce groupe ne peut, pour le présent, être déterminé d'une façon satisfaisante vu qu'il y a trop de divergences d'opinion sur les symptômes qui constituent les éléments essentiels de la démence précoce. Si, d'une part, un nombre considérable de cas doivent incontestablement entrer dans ce groupe, d'autre part, on rencontre, en clinique, un certain nombre de cas douteux, atypiques, à évolution transitoire, dont les symptômes et le pronostic ne nous les font classer dans ce groupe que d'une façon provisoire.

Les cas autrefois classés comme apparentés à la démence précoce doivent entrer dans ce groupe, plutôt que dans celui des cas non diagnostiqués. L'expression "schizophrénie" est maintenant employée par plusieurs psychiatres plutôt que celle de démence précoce.

Les symptômes ci-dessous sont suffisamment nets pour être considérés comme caractéristiques des réactions du schizophrène :

Personnalité qui tend à s'isoler du monde extérieur pour se réfugier dans son autisme, perte du contact vital avec la réalité (introversion) par désintérêt et incuriosité pour l'ambiance où elle vit, avec anomalies dans le fonctionnement des instincts et des sentiments.

Indifférence, déficit de l'activité pragmatique et discordance entre l'idée d'une part, et d'autre part, manifestations émotionnelles contradictoires ou ambivalentes.

Un fléchissement graduel des manifestations affectives, indifférence et niaiserie, accompagnés de troubles marqués de jugement, et souvent des tendances hypochondriaques ou paranoïaques tels que méfiance ou idées de revendications.

L'apparition de tendances singulières, avec souvent idées baroques et conduite étrange, non motivée, impulsive ou négativiste, qu'aucune réaction émotionnelle ou aucune manifestation sensorielle n'expliquent.

Manifestations autistes et rêveries, sensation d'influence extérieure avec sentiment pénible d'étrangeté, mais avec la conservation d'une certaine lucidité (orientation, mémoire, etc.).

Suivant la prédominance de tels ou tels symptômes on admet les quatre types cliniques suivants, mais on doit se rappeler qu'il ne s'agit que de distinctions relatives et que le passage d'un type

clinique à un autre est si fréquent qu'il est difficile d'établir des statistiques satisfaisantes.

*Type paranoïaque*: Type spécialement caractérisé, outre l'affaiblissement intellectuel, par la multiplicité des idées délirantes, particulièrement idées de persécution ou de grandeur, souvent systématisées, accompagnées ou non d'hallucinations des divers sens.

*Type catatonique*: Type spécialement caractérisé par les manifestations catatoniques, le négativisme et l'absurdité des actes avec phases de stupeur ou d'agitation physique accompagnées d'impulsions destructives, d'actes stéréotypes, etc. Les troubles de la perception, sous forme d'hallucinations ou d'illusions, sont habituels.

*Type hétérophrénique*: Type présentant spécialement une tendance à la niaiserie, aux rires non motivés, aux grimaces, au maniérisme dans le langage et les actes, de nombreuses idées étranges, généralement absurdes, grotesques et transitoires.

*Type simple*: Type caractérisé par l'indifférence émotionnelle, l'inertie mentale, le fléchissement des sentiments affectifs, avec développement graduel d'un état de désintérêt et d'apathie avec actes étranges, mais sans idées délirantes et sans hallucinations.

## 16. Paranoïa et états paranoïaques.

De ce groupe doivent être exclus les états d'affaiblissement intellectuel survenant chez les paranoïaques, les tendances paranoïaques secondaires à d'autres maladies mentales, ou étant la conséquence de certains facteurs pathologiques tels que l'alcool, les maladies de l'encéphale, etc.

Ce groupe comprend les cas qui présentent cliniquement des idées fixes de méfiance, de persécution et de grandeur, échaffaudées avec logique si on accepte la réalité du point de départ qui, en l'espèce, est souvent une interprétation délirante. A côté de cette base clinique essentielle on note une conduite normale, des réactions émotionnelles adéquates, de la clarté et de la cohérence dans l'exposition des idées.

En clinique on rencontre les délires systématisés suivants:

- (a) délire d'interprétation.
- (b) délire hallucinatoire.
- (c) délire imaginaire.
- (d) délire à base d'automatisme mental.

### 17. Psychopathies épileptiques.

A part l'affaiblissement mental épileptique, des psychoses transitoires peuvent survenir, lesquelles sont ordinairement caractérisées par un état crépusculaire suivi d'amnésie pour les événements qui se sont passés durant l'attaque. (Le patient peut, cependant, conserver le souvenir des hallucinations et même du délire onirique du début de l'attaque.) Des phénomènes d'automatisme mental et d'état second de conscience peuvent se rencontrer.

D'après l'aspect clinique les troubles mentaux épileptiques peuvent être étiquetés tel qu'il suit.

*Démence épileptique*: Un affaiblissement progressif de l'activité mentale, lenteur de l'idéation et de l'association des idées, déficit de la mémoire, irritabilité ou indifférence, apathie.

*Etat crépusculaire épileptique*: Se présente généralement sous la forme d'hébétude, accompagnée d'un état confusionnel marqué, égarement, anxiété ou agitation avec hallucinations, frayeurs et violence pouvant aller jusqu'à la fureur; cependant au lieu du sentiment de frayeur il peut y avoir des extases avec une exaltation mystique.

*Autres types épileptiques.*

### 18. Névrose et psychonévrose.

Le type des psychonévroses comprend ces états dans lesquels la conscience du sujet peut être conservée ou non, et qui amènent différentes manifestations physiques ou psychiques, essentiellement fonctionnelles.

L'expression névrose est maintenant habituellement employée comme synonyme du mot psychonévrose bien qu'elle ait été appliquée dans ces états ou, quoique les symptômes étaient également mentaux et physiques, leur cause déterminante était supposée avoir une base organique. Dans la plupart des cas il y a, à l'origine de l'affection, des facteurs fonctionnels et organiques sans que l'on puisse assigner une importance primordiale à l'un ou à l'autre.

Les types suivants sont suffisamment nets cliniquement pour être indiqués dans le rapport statistique.

(a) *Hystérie*: Episodes psychopathiques se présentant sous la

forme de délires, stupeur ou état de rêves durant lesquels des désirs refoulés, des conflits mentaux, des états affectifs et des réactions émotionnelles subconscientes font irruption dans le champ de la conscience, et dominant, pour un temps, le "moi". L'épisode peut être suivi d'amnésie plus ou moins complète. Dans l'hystérie, certaines manifestations physiques (zone sensorielle, sensitive et motrice) apparaissent, et celles-ci représentent la transformation des complexes refoulés en manifestations physiques ou bien, d'après une autre conception pathogénique, il y a dissociation de la conscience dans la mise en action de certaines fonctions physiques. L'état mental de ce sujet est caractérisé: 1° par une suggestibilité toute particulière et pathologique qui le rend apte à se suggestionner ou à être suggestionné par autrui, mais le contenu de cette suggestion n'est toujours qu'un symptôme ou une affection; 2° par habituellement de la mythomanie.

(b) *Psychasténie*: Ce type comprend les formes de névrose consciente, anxieuse et obsédante de quelques auteurs. Les principales manifestations cliniques sont: craintes morbides ou phobies, doutes, obsessions et impulsions, sentiment d'incapacité, anxiété et angoisse.

Des périodes de dépression marquée et d'agitation réactionnelle peuvent survenir. Il n'y a chez ces sujets ni trouble de la conscience ou de la mémoire comme ceux que l'on rencontre dans l'hystérie.

(c) *Neurasthénie*: Ce type doit désigner les états de fatigue pathologique dont les causes sont physiques aussi bien que mentales. La fatigabilité physique et psychique, ainsi que l'irritabilité et le sentiment d'incapacité, sont les principales manifestations de cette psychonévrose. Nous y rencontrons en outre divers troubles de l'affectivité et de l'idéation sous forme de tendances hypochondriaques ou mélancoliques.

(d) *Autres formes*: (*hypéromotives, émotionnelles*).

## 19. **Psychoses chez les psychopathes constitutionnels.**

Sous ce titre sont réunies un grand nombre de constitutions pathologiques dont l'anomalie se manifeste surtout par la forme et l'intensité des réactions émotionnelles et morales avec déficit de la volonté. Pour satisfaire aux exigences actuelles, le titre de ce groupe est une abbréviation de l'ancien titre, "Psychoses avec état psycho-

pathique constitutionnel" dont il est un synonyme. Tout sujet présentant de l'arriération mentale ne doit pas être inclus dans ce groupe.

Plusieurs des groupes précédents, de fait toutes les psychoses constitutionnelles proprement dites, psychose maniaque dépressive, démence précoce, paranoïa, psychonévroses, etc., peuvent être considérées comme ayant pour base une tare psychopathique ou une constitution morbide parce que le tableau clinique antérieur de ces états indique plus ou moins les anomalies de la sphère émotionnelle, morale, ou de la volonté. Ces manifestations pathologiques paraissent apparentées à des formes spéciales de psychoses assez bien établies, néanmoins ces dernières ont quand même leurs symptômes propres qui permettent de les identifier.

Il reste, cependant, certains types de constitutions pathologiques, plus ou moins bien établis, dans lesquels les réactions psychiques diffèrent de celles énumérées dans les groupes précédents.

Ce sont ces types d'anormaux de la volonté et de la sphère émotionnelle et morale, plus ou moins nettement définis, qui doivent être désignés, au point de vue statistique, comme des psychopathes constitutionnels.

La façon dont se manifeste l'inconduite, les réactions antisociales, les penchants anormaux, les objectifs qui intéressent ces sujets, etc., expliquent certaines manifestations rencontrées chez les psychopathes constitutionnels, telles que, tendances criminelles, amoralité, vagabondage, anomalies et perversion de l'instinct sexuel et diverses excentricités dans la conduite.

Les divers accidents mentaux ou les psychoses qui apparaissent chez les constitutionnels et qui déterminent leur internement peuvent se présenter sous des aspects cliniques divers mais il ont habituellement un caractère transitoire. Les plus fréquents sont les périodes d'irritabilité, d'agitation, de dépression, des phases paranoïaques, ou confusionnelles, etc. La psychose dite des prisonniers appartient à ce groupe.

D'après la façon de voir exprimée plus haut, un constitutionnel présentant une attaque de manie dépressive doit être classé dans le groupe des manies dépressives de même qu'un constitutionnel présentant une manifestation schizophrénique devrait être rangé dans le groupe des schizophrènes.

D'autre part, les états psychopathiques constitutionnels se présentant sans autre accident mental ou sans symptômes bien déterminés d'une psychose, devront être placés dans le groupe des psychopathes non délirants, en tenant compte des sub-divisions.

#### 20. **Psychoses chez les arriérés mentaux.**

Ce groupe comprend les psychoses évoluant chez les sujets présentant de l'arriération mentale. Le niveau mental devrait être établi par l'histoire antérieure et par les tests psychométriques. Dans les statistiques, le niveau mental devra être désigné tel qu'il suit: frontière, débilité mentale, imbecilité, idiotie, suivant le cas.

Des psychoses aiguës, généralement transitoires, d'aspects cliniques variés, apparaissent chez les arriérés, et leur internement dans un hôpital d'aliénés s'impose alors. Les accidents mentaux les plus fréquents rencontrés chez ces sujets sont des périodes d'agitations, d'irritabilité, ou de dépression, des tendances paranoïaques, et des manifestations hallucinatoires, etc.

Les arriérés peuvent également présenter des phases de manie dépressive ou des symptômes de démence précoce. Lorsqu'il en est ainsi, au point de vue diagnostic, ces cas devront être étiquetés: manie dépressive ou démence précoce, suivant le cas.

#### 21. **Psychopathies non diagnostiquées.**

Ce groupe doit comprendre les cas où il est impossible d'établir un diagnostic satisfaisant et où la psychopathie est par conséquent considérée comme non classée. Les difficultés rencontrées à poser un diagnostic peuvent être dues à l'absence de renseignements ou au manque de coopération du patient, ou bien le tableau clinique peut être atypique, l'étiologie inconnue, ou les symptômes insuffisants. Les cas inclus dans ce groupe durant l'année doivent être repris avant la compilation des statistiques annuelles.

Les cas d'abord placés dans l'un des groupes voisins ne doivent pas entrer dans le groupe des psychopathies non diagnostiquées à moins d'une raison spéciale et ils devront être définitivement entrés dans le groupe principal auquel ils semblent appartenir.

#### 22. **Psychopathes non délirants.**

Ce groupe doit comprendre les cas peu fréquents qui, après en-

quête et observation, ne présentent aucun symptôme permettant d'affirmer l'existence d'une psychose.

La seule difficulté que présentera la compilation des statistiques sera le classement des patients guéris d'une psychose antérieure à l'admission. Dans ces cas, si l'histoire, les formules d'internement et les renseignements rétrospectifs obtenus du patient lui-même, démontrent que la psychose existait réellement immédiatement avant l'admission, c'est-à-dire au moment où l'on a rempli les formules de l'internement, il faut alors déduire qu'au point de vue statistique le patient souffre d'un accident mental et le cas doit être classé dans le groupe approprié.

S'il est prouvé qu'aucune psychose n'a existé, il faut alors indiquer la cause de l'internement. Les cas les plus fréquents sont les suivants:

- (a) Epilepsie sans délire.
- (b) Alcoolisme sans délire.
- (c) Toxicomanie sans délire.
- (d) Etats psychopathes constitutionnels sans délire.
- (e) Arriération mentale simple.
- (f) Autres formes (spécifier).

FIN

  
Bookkeeper®  
Deacidification for Libraries and Archives

February 2011

BNQ



C 000 191 771