

progressive de la mémoire, des facultés, ainsi que par l'indifférence et la perte des sentiments et des affections. A cette démence se joignent le plus souvent des idées vagues et confuses de persécution, de jalousie, d'hypocondrie, de l'insomnie, des rêves hallucinatoires, professionnels ou zoopsiques, revenant par intermittences, de l'irritabilité, de la violence, des tendances impulsives diverses, en particulier des actes indéliçats, obscènes, immoraux, des outrages et des attentats à la pudeur, marqués au coin de la diminution et de la perversion du sens moral.

De dégradation en dégradation, les malades en arrivent à l'état *gâteux* et finissent dans le *marasme*, emportés le plus souvent par une *attaque apoplectique*. Dans certains cas, ils rappellent de plus ou moins près l'aspect de la *démence paralytique*, au point que le diagnostic est rendu parfois difficile. Le tremblement, les hallucinations, le caractère de l'embarras de la parole, enfin la coexistence de tous les autres signes de la cachexie alcoolique, permettent cependant en général, de différencier ces deux états de démence. Nous dirons un mot d'ailleurs, au chapitre de la paralysie générale, de son diagnostic avec la pseudo-paralysie générale alcoolique (voir p. 757).

A l'autopsie on constate les *lésions* de l'alcoolisme que nous avons signalées à propos de la psychose aiguë, auxquelles vient se joindre parfois une *atrophie* plus ou moins marquée du cerveau.

ARTICLE II

SATURNISME

Le *saturnisme* est le résultat de l'empoisonnement par le plomb, comme l'alcoolisme est le résultat de l'empoisonnement par l'alcool. Mais tandis que les troubles psychiques liés à l'alcoolisme ont été l'objet de nombreux et intéressants travaux, on s'est fort peu occupé de la psychose saturnine, probablement parce qu'elle est plus rare et qu'on a, par suite, moins souvent l'occasion de l'observer. En dehors en effet des rapports du saturnisme et de la paralysie générale, dont l'étude a été abor-

dée par certains auteurs et que nous mentionnerons en parlant de cette dernière maladie, on en est encore, relativement au délire causé par le plomb, aux vagues indications laissées par TANQUEREL DES PLANCHES et GRISOLLE.

Or, conformément à ce principe nosologique que nous nous sommes efforcé d'établir, que toutes les intoxications et infections se traduisent par des manifestations cliniques identiques, la psychose saturnine ressemble exactement à la psychose alcoolique. C'est à ce point, ainsi que je l'ai déjà signalé en 1879, que des erreurs sont souvent commises et que le délire saturnin est considéré dans nombre de cas comme un délire alcoolique.

Ceci nous dispense d'entrer dans de longs détails au sujet des troubles psychiques liés au saturnisme, qui se prêtent à la même division et à la même description que les troubles psychiques liés à l'alcoolisme.

Il existe donc : 1° une *psychose saturnine*, avec ses variétés *subaiguë*, *aiguë* et *suraiguë*; 2° une *démence saturnine*. A la rigueur même, on pourrait admettre une forme plus légère encore, l'*ivresse* du plomb, plus ou moins analogue à l'ivresse alcoolique.

§ 1. — PSYCHOSE SATURNINE

1° **Psychose subaiguë.** — L'accès subaigu, dans le saturnisme, est plus rare que l'accès aigu, contrairement à ce qui a lieu dans l'alcoolisme. Au reste, comme dans ce dernier, l'accès subaigu revêt presque toujours la forme de confusion mentale avec délire onirique et se caractérise par les mêmes symptômes, surtout par l'insomnie, les hallucinations terrifiantes de la vue, les cauchemars, les idées vagues de persécution, la tendance au suicide, le tremblement généralisé, etc. La seule différence consiste dans la coexistence des stigmates habituels de l'intoxication saturnine, et notamment du liséré de BURTON, qui permettent d'établir le diagnostic. Encore ce diagnostic est-il rendu des plus difficiles lorsque le malade, ce qui arrive assez fréquemment, est à la fois imprégné de plomb et d'alcool.

2° **Psychose aiguë.** — La psychose saturnine aiguë se ma-

nifeste à peu près constamment *sous la forme agitée*. Le plus souvent elle s'annonce par des prodromes tels que céphalalgie, tristesse, somnolence, accélération du pouls, vertiges, tremblement, et, dans certains cas, albuminurie. D'autres fois, le début de l'accès est brusque. Comme l'accès alcoolique, il peut survenir soit à la suite d'une intoxication rapide, soit consécutivement à la suppression du poison habituel, quelquefois enfin sous l'influence d'un traumatisme physique ou moral.

Quoi qu'il en soit, le premier symptôme est le *trouble du sommeil*, qui devient agité, rempli de rêves. Peu à peu l'*excitation* apparaît, s'accroît, le délire survient accompagné d'*illusions* et d'*hallucinations* de la vue plus ou moins terrifiantes; un tremblement des plus considérables se manifeste; le malade est rouge, vultueux, animé, il pousse des cris, se porte à des violences, profère des obscénités : en un mot, il offre d'une façon absolue le tableau de l'alcoolique atteint de psychose aiguë.

La *durée* de cet accès est habituellement courte, et ne s'étend guère au delà d'une ou deux semaines; la *guérison* est la terminaison la plus fréquente, et elle se manifeste par le retour du sommeil et la disparition progressive des symptômes. Parfois, cependant, le malade peut mourir subitement pendant sa crise.

3° Psychose suraiguë. — La psychose suraiguë, dans l'intoxication saturnine, est un peu plus rare, et, lorsqu'elle existe, elle se présente presque toujours sous forme de *stupeur*. Comme dans la variété correspondante de psychose alcoolique, les malades sont hébétés, immobiles, dans une attitude de fixité et d'anéantissement complet, dont ils ne sortent que pour accomplir quelque tentative de suicide. Cette forme est grave, et lorsqu'elle n'entraîne pas la mort, elle laisse constamment après elle une obtusion de l'intelligence qui peut persister plus ou moins longtemps.

Les *lésions* trouvées à l'autopsie ne rendent généralement pas compte des symptômes observés. Tout au plus constate-t-on, dans certains cas, une anémie du cerveau, avec un œdème plus ou moins marqué. Il est rare qu'on puisse, surtout dans l'intoxication aiguë, découvrir des traces de plomb dans le cerveau.

QUENSEL a récemment constaté dans un cas de psychose saturnine hallucinatoire les altérations suivantes : leptoméningite, atrophie de l'écorce avec dégénérescence des éléments parenchymateux, des cellules et des fibres, prolifération du tissu conjonctif.

§ 2. — DÉMENGE SATURNINE

De même que l'empoisonnement alcoolique longtemps prolongé peut amener, à la longue, une *déchéance* physique et morale progressive, de même l'empoisonnement lent par le plomb peut amener une dégradation analogue, traversée ou non, comme dans l'alcoolisme, par des épisodes délirants ou convulsifs plus ou moins aigus. Il est à remarquer que, dans le saturnisme chronique, la démence est précoce et plus profonde, la cachexie plus marquée, les paralysies locales et les convulsions épileptiques ou éclamptiques plus fréquentes, le marasme et l'état gâteux plus rapides, et qu'au bout d'un temps plus ou moins long, les malades meurent soit par les progrès de la cachexie physique, soit plutôt emportés par une attaque convulsive. La pseudo-paralysie générale saturnine est relativement fréquente.

Il est habituel, dans cette forme, de rencontrer des altérations plus évidentes, telles que ramollissement du cerveau, atrophie cérébrale, présence du plomb dans les centres nerveux, etc.

ARTICLE III

MORPHINISME

1° Étiologie. — Le morphinisme est l'ensemble des accidents dus à l'empoisonnement par la morphine. Il peut être médical, c'est-à-dire être le résultat d'une médication plus ou moins prolongée par la morphine, ou provenir simplement de l'imitation. Presque toujours il se lie à la *morphinomanie* ou entraînement irrésistible et impulsif vers l'agent toxique.

Cet entraînement ne se rencontre pas chez tout le monde. Il

s'observe chez les névropathes, surtout chez les hystériques, dont l'appétence malade non seulement pour la morphine, mais encore pour l'éther, le chloral et les autres substances analogues revêt souvent la forme d'une véritable *toxicomanie*, d'un besoin impérieux de s'intoxiquer.

Certaines professions prédisposent de même de façon plus particulière à la morphinomanie, notamment celles de médecin et de pharmacien.

2° Troubles psychiques. — D'une façon générale, les troubles psychiques du morphinisme ressemblent de tous points à ceux de toutes les intoxications et comme eux ils se traduisent par de l'insomnie, des rêves, des cauchemars, des hallucinations professionnelles ou terrifiantes, enfin, mais moins fréquemment et à un moindre degré, par de la confusion mentale et du délire onirique.

Le plus souvent ces troubles psychiques, d'allure subaiguë ou chronique, se maintiennent dans les limites de la semi-aliénation. Ils diffèrent, suivant qu'ils sont provoqués par l'*abus* de la morphine ou par sa *suppression*.

a. *Effets de l'abus.* — Les premiers effets de l'absorption du poison sont en général agréables, et cette période de *stimulation* peut durer, suivant les sujets, de quelques semaines à quelques années. A dater du moment où la passion est devenue tyrannique, où le morphinique est devenu morphinomane, les désordres surviennent plus ou moins rapidement, et voici quels sont, dans la sphère intellectuelle et morale, les symptômes qui peuvent se présenter.

Le premier effet, nous l'avons dit, est un sentiment de bien-être et de béatitude, d'euphorie, une sorte de stimulation des facultés. Mais bientôt, la *volonté se paralyse* et le malade n'a plus assez d'énergie pour secouer sa torpeur et renoncer à son habitude. La mémoire et le jugement ne paraissent pas sérieusement affectés, mais ils peuvent présenter une certaine *obtusion*. Le *sens moral* est presque toujours profondément émoussé ; les morphinomanes en arrivent à commettre des actes indélélicats, quelquefois même des actes délictueux ou criminels.

Enfin *leurs instincts* peuvent être dépravés et ils se livrent assez fréquemment à toutes sortes d'excès, et même à une débauche véritablement pathologique. Le *sommeil* est constamment troublé et dans certains cas presque nul ; tout au plus se produit-il alors dans la journée une tendance à la *somnolence*, mais n'aboutissant pas au repos. Lorsque tous ces troubles acquièrent une certaine intensité, il s'y joint d'habitude des accidents plus graves, tels que *terreurs, paniques, hallucinations*, de la vue surtout, mais qui peuvent affecter également l'odorat et le goût. Quelquefois il survient un véritable *état de dépression neurasthénique* ou *mélancolique* avec idées de persécution, tendance au suicide, etc. Le délire hallucinatoire aigu est plus rare ; cependant on peut l'observer dans certains cas.

Enfin l'abus prolongé de la morphine peut déterminer à la longue, un état de *démence cachectique* plus ou moins analogue aux autres démences toxiques et qui, comme celles-ci, présente parfois l'aspect de la *démence paralytique*.

A ces désordres vient se joindre le cortège habituel des symptômes physiques de l'empoisonnement, tels qu'anesthésie ou hyperesthésie, diminution des réflexes, augmentation de l'appétit, constipation opiniâtre avec ténésme et épreintes, dysurie, impuissance, intermittence du pouls, dyspnée, rauçité de la voix, induration de la peau, tendance aux accidents locaux au niveau des piqûres, enfin aspect vieilli et ridé de la face.

b. *Effets de l'abstinence.* — Ces effets se produisent chez les morphinomanes qui, soit volontairement, soit involontairement, se trouvent plus ou moins brusquement privés de leur stimulant habituel. Parmi ces effets de l'abstinence, les uns sont identiques et les autres opposés à ceux qui résultent de l'abus. *Du côté de l'intelligence*, on voit disparaître l'*euphorie* qui est remplacée par l'*irritabilité*, les inégalités de caractère et d'humeur, la tendance à tout critiquer et à tout voir en mal. Il s'y joint une *sensiblerie* plus ou moins grande, de l'*incapacité* de travail, de la faiblesse *intellectuelle*, de la *somnolence*, de l'*affaissement* de la volonté. Parfois les malades tombent dans la *torpeur* et l'inertie, ils ne bougent pas de leur lit ; d'autres fois au contraire ils sont dans une *agitation* extrême, ils vont et vien-

nent, ne peuvent rester en place, poussent des cris et des gémissements, pleurent et se lamentent à tout propos. Souvent il existe aussi des *hallucinations* de la vue, de l'odorat et du goût. L'*insomnie* est en général complète. Dans certains cas il se déclare un véritable *accès aigu*, surtout à forme agitée et violente, et même un véritable *délire tremblant*.

Les troubles physiques concomitants dans la sphère de la sensibilité, de la motilité et des fonctions organiques sont bien plus marqués que dans l'abus et ils peuvent aboutir à un état très grave, comme le collapsus, susceptible d'entraîner la mort. On sait que le meilleur traitement, dans ce cas, est le retour aux injections de morphine, qui font souvent disparaître comme par enchantement les accidents, pour si graves qu'ils paraissent.

3° Diagnostic. — Le diagnostic consiste essentiellement à constater la morphinomanie, souvent très dissimulée par les malades. En dehors des symptômes habituels du morphinisme, l'aspect de la peau avec ses traces de piqûre, et l'examen des urines qui renferment l'alcaloïde même plusieurs jours après l'abstinence, suffisent à lever tous les doutes.

4° Pronostic. — Le pronostic est grave, car il n'est pas de passion plus tyrannique que celle de la morphine, et à moins qu'on ne soit parvenu à la vaincre ou tout au moins à l'atténuer, par une diminution progressive de la dose de l'alcaloïde, les malades finissent le plus souvent par la phtisie ou dans le marasme.

5° Traitement. — Le traitement consiste soit dans la *suppression graduelle* du poison, soit dans sa *suppression brusque*, plus dangereuse et susceptible de déterminer les accidents graves de l'abstinence. Une troisième méthode, intermédiaire, dite *méthode d'Erlenmeyer*, consiste à supprimer brusquement la ration de luxe, et à diminuer graduellement la dose d'entretien jusqu'à suppression totale. L'isolement dans une maison de santé est le plus souvent nécessaire et la plupart des auteurs n'hésitent pas à en faire la base essentielle du traitement. C'est à peu près le seul moyen en effet — et encore est-il parfois

insuffisant — d'empêcher le morphinomane de tromper et de se procurer, par des ruses habilement ourdies, son excitant habituel. Pour éviter l'internement dans les asiles d'aliénés, on a fondé à l'étranger d'abord, puis en France, des établissements spéciaux, dont la méthode consiste dans la privation brusque et complète du poison, sauf intervention immédiate, mais sans morphine, s'il survient des accidents compromettants.

Pendant le premier temps du traitement par diminution graduelle, on peut se borner à donner aux malades quelques calmants, bromure de sodium, chloral ou picrotoxine. Dans la seconde période, des phénomènes de dépression cardiaque et générale se manifestant, il est nécessaire de stimuler l'organisme. On peut procéder par *substitution*, en remplaçant la morphine par un autre agent tel que l'opium, l'alcool à haute dose, la cocaïne (moyen des plus dangereux), la dionine, l'atropine, le hachisch, la noix vomique, la caféine, enfin le phosphate de codéine à la dose de 10 à 50 centigrammes par jour en injections sous-cutanées, spécialement préconisé comme base du traitement par GUMBAIL. Comme stimulant, on peut utiliser la strophantine (demi-milligramme en injection sous-cutanée), le sulfate de spartéine, la trinitrine (JENNINGS), l'extrait fluide de kola, etc.

Au moment de la suppression des piqûres, c'est-à-dire pendant la troisième période du traitement, on luttera contre les accidents qui pourront survenir. Contre les vomissements, boissons glacées ou très chaudes, calme, position horizontale, café noir alcoolisé, extrait de belladone. Contre la diarrhée, naphtol, salol ou salicylate de bismuth à haute dose, extrait d'opium. Contre les accidents de collapsus, révulsifs cutanés énergiques, douches, affusions froides, bains chauds, sinapisation, urtication, faradisation de la peau et surtout des nerfs phréniques, injections d'éther, de caféine, enfin dans les cas très graves, injection de morphine qui, neuf fois sur dix, suffit à réveiller l'organisme près de s'éteindre.

Les adjuvants du traitement, très nombreux, peuvent être suivent les cas : l'hydrothérapie, le bain turc, le massage, l'électricité statique, la chaleur, les alcalins, le lait, les stimulations

mécaniques, l'exercice et les distractions quand ils sont possibles.

L'hypnotisme, très vanté par quelques médecins, peut donner de bons résultats, mais seulement dans certains cas spéciaux. Il en est de même de tous les moyens qui agissent en frappant fortement le moral et l'imagination des malades, tels qu'émotions violentes, cérémonies religieuses, pèlerinages, etc.

ARTICLE IV

ÉTHÉRISME, CHLORALISME, COCAÏNISME,
OXY-CARBONISME, AUTRES INTOXICATIONS

L'alcool, le plomb et la morphine ne sont pas les seules substances capables de déterminer des troubles psychiques. Il en est un très grand nombre d'autres qui ont sur l'organisme des effets plus ou moins identiques. La description de toutes ces psychopathies toxiques est inutile ici pour toutes les raisons déjà données. Nous nous contenterons donc de résumer très brièvement, à la fin de ce chapitre, les principaux caractères de certaines d'entre elles, susceptibles d'être observées dans la pratique courante.

1° Éthérisme. — Cette intoxication est comparable à celle de la morphine, avec moins de fréquence et aussi moins de gravité. La passion pour l'éther, l'*éthéromanie*, ne s'accompagne pas au même degré de l'entraînement irrésistible vers le stimulant. De même l'état de privation diffère considérablement de l'état de besoin du morphinomane et ne provoque pas les mêmes accidents sérieux.

Le *chloroformisme chronique*, dû à une sorte de dipsomanie chloroformique, bien qu'il existe, est relativement plus rare que l'éthérisme. Le *chloroformisme aigu*, en revanche, est fréquent, surtout dans la chloroformisation chirurgicale, qui donne lieu alors à un délire hallucinatoire confus dont nous aurons à reparler à l'article consacré aux psychoses post-opératoires et qui a été étudié entre autres, par SAVAGE et SCHEUERER.

2° Chloralisme. — Le chloralisme se caractérise, comme le morphinisme, par une tendance irrésistible à l'absorption de doses progressivement croissantes de la substance toxique et par un véritable état de besoin provoqué par l'abstinence de cette substance, mais sans phénomènes aussi graves. Les accidents physiques paraissent consister surtout en troubles gastro-intestinaux. Les accidents psycho-sensoriels sont rares; il s'agit d'habitude d'un affaiblissement mental.

3° Cocaïnisme. — ERLÉNMEYER, MAGNAN et SAURY, PICHON, SÉGLAS, MORSELLI, CALMERS DA COSTA, HALLOPEAU, CHOUPPE, MILLS et quelques autres auteurs, ont attiré l'attention sur les troubles cérébraux engendrés par la cocaïne. Dans la plupart des cas observés, l'intoxication était à la fois morphinique et cocaïnique, ce qui compliquait la distinction des symptômes. Cependant, les effets spéciaux de la cocaïne ont pu être déterminés chez des malades exempts d'alcoolisme et de morphinisme. D'après MAGNAN et SAURY, le signe prédominant réside dans l'existence d'impressions cutanées particulières (sensation de vers, de microbes, de vermine autour du corps, sur la peau ou dans les plaies des piqûres); viennent ensuite les hallucinations de la vue, de l'ouïe, de l'odorat et enfin le délire, habituellement composé d'idées hypocondriaques et de persécution. Il s'y joint parfois des troubles oculaires (diplopie, amblyopie, dyschromatopsie) et, même à la suite de doses faibles de cocaïne, comme dans les cas de CALMERS DA COSTA, de l'état tétaniforme, du collapsus, des convulsions hystéro-épileptiformes et de l'agitation violente.

La cocaïne peut être considérée comme l'agent d'une intoxication grave qui exerce sur l'économie des ravages aussi rapides que profonds. C'est un médicament dangereux, surtout sous la forme d'injections hypodermiques répétées.

4° Oxy-carbonisme. — Les vapeurs d'oxyde de carbone peuvent produire une intoxication soit chronique et professionnelle, comme chez les repasseuses, soit aiguë et accidentelle, comme dans l'empoisonnement par les poêles mobiles. Cette

intoxication a surtout été étudiée par WELCKEN, LANCEREAUX, BRIAND, MOREAU (de TOURS), TRÉNEL, GREIDENBERG, LE DOSSEUR, TRUELLE et PETIT, etc., etc.

Le symptôme psychique qui domine et qui, dans les cas aigus, constitue le phénomène caractéristique, c'est l'*amnésie*, habituellement rétrograde et remontant plus ou moins au delà de l'empoisonnement, souvent aussi antérograde ou de fixation. Cette amnésie se rattache à un état de confusion mentale qui peut s'accompagner aussi d'hallucinations, de vertiges, d'oppression, de syncope, etc.

Si les accidents ne sont pas trop anciens, la soustraction à l'action du gaz délétère fait disparaître tous les symptômes. Dans le cas contraire, la démence est rapide et incurable.

Les troubles psychiques de l'oxycarbonisme seraient dus d'après les auteurs, en particulier d'après LE DOSSEUR, non seulement à l'anoxhémie par surcharge oxycarbonée des globules, mais aussi à une action spécifique directe localisée à la cellule nerveuse.

Le traitement doit consister surtout en hygiène, toniques, reconstituants. Dans la période aiguë, bromures alcalins, bromhydrate de quinine, bains tièdes prolongés, affusions vertébrales.

5° Autres intoxications. — Les exo-intoxications médicamenteuses, professionnelles, accidentelles ou par tentative de suicide que nous venons de passer en revue ne sont pas les seules qui soient susceptibles de donner naissance à des troubles psychiques. Bien d'autres sont dans ce cas, telles que : le *théisme*, le *vanillisme*, le *nicotinisme* (BUCCELLI, ZALACKAS); l'intoxication par le *hachisch*, bien étudiée depuis longtemps par les médecins et certains littérateurs, et tout récemment encore par MOREAU dans sa thèse (1904); l'intoxication par l'*opium* que nos confrères de la marine et des colonies tels que LAURENT et BRUNET nous ont appris à connaître; l'intoxication *iodoformique* (SCHLESINGER), *salicylique* (SALOSCHIN), par l'*hyoscine* (VAN VLEUTEN), par l'*atropine* (M^{me} IAKOWENKO), le *sulfate de cinchonidine* (BALLET); enfin l'intoxication par le *sulfure de carbone* (LAU-

DENHEIMER, HALBERSTADT et CHARPENTIER, etc.) observée surtout chez les ouvriers travaillant le caoutchouc vulcanisé. Signa- lons enfin l'intoxication par le *gaz d'éclairage* (WEYGANDT) sur laquelle un événement récent a dans ces derniers temps attiré l'attention, provoquant à la suite, par contagion imitative, une véritable épidémie de suicide au moyen de ce gaz.

Nous ne ferons ici que mentionner ces intoxications dont les troubles psychiques rappellent d'ailleurs ceux de toutes les autres intoxications et se caractérisent spécialement par de la confusion mentale, de l'*amnésie lacunaire rétrograde* et de fixation, du délire hallucinatoire, des convulsions hystérisiformes ou épileptiformes, etc.

ARTICLE V

PELLAGRE

On sait que la pellagre est une intoxication chronique, essentiellement caractérisée par un érythème squammeux borné aux parties les plus exposées à l'action de la chaleur et de la lumière, une phlegmasie chronique des voies digestives, dont l'indice le plus ordinaire est une diarrhée opiniâtre, enfin par une lésion plus ou moins grave du système nerveux aboutissant parfois à l'aliénation mentale et à la paralysie (HENRI GINTRAC).

1° Psychose pellagreuse. — En ce qui concerne les troubles intellectuels, il est reconnu que la forme de psychose la plus fréquente dans la pellagre est la confusion mentale avec dépression mélancolique ou avec délire onirique. Elle existe, plus ou moins marquée, dans la plupart des cas. Elle se traduit par une *inertie*, une passivité, une indifférence, une torpeur assez grandes; par de l'*insomnie*, des *hallucinations*, souvent terrifiantes, de la vue, et aussi de l'ouïe; par des *conceptions délirantes* tristes avec idées fixes de désespoir, de damnation, de crainte, d'anxiété, de persécution, d'empoisonnement, de possession par les démons et les sorciers (WARNOCK), du refus d'aliments et une tendance tellement marquée au *suicide* et au sui-

cide par submersion, que STRAMBIO avait désigné la maladie sous le nom d'*hydromanie*. Cette *dépression mélancolique* qui peut aller, dans certains cas, jusqu'à la *stupeur*, est toujours basée sur un fond d'*obtusio*n, d'hébétéude intellectuelle, d'asthénie générale considérable (MORICHON, BEAUCHAMP et COURTELLE-MONT), qui finit par devenir permanent, et aboutit, par degrés, à la *démence*, à mesure que la cachexie pellagreuse fait de nouveaux progrès. Elle peut s'accompagner de polynévrite (RIGHETTI).

On peut observer aussi, comme dans toute intoxication chronique grave, un état morbide ressemblant à la paralysie générale (pseudo-paralysie générale pellagreuse). Cela a lieu surtout dans les cas où au lieu des idées mélancoliques habituelles, les malades présentent des idées de satisfaction et de richesses (WARNOCK).

2° Étiologie. — Nous n'avons pas ici à développer la question étiologique, qui a donné lieu à de si vives et de si longues discussions, tant en France qu'en Italie. Rappelons seulement qu'on a incriminé tour à tour les influences atmosphériques et géologiques, l'hérédité, surtout l'usage du maïs altéré par un parasite appelé *Verderame* ou *Verdet*. En fin de compte, on admet avec LOMBROSO que la pellagre est le résultat d'un empoisonnement spécial de l'organisme par certains alcaloïdes du maïs altéré (maïsme).

Dans ces derniers temps, l'étiologie de la pellagre a été reprise et certains auteurs, comme CENI, ont attiré l'attention sur les propriétés pathogènes du *Penicillium glaucum* dans la production de la pellagre et sur la localisation des spores d'*aspergillus* sur les ganglions mésentériques des pellagres.

3° Anatomie pathologique. — Les recherches de MM. BABÈS et SION, MARINESCO, ainsi que celles des auteurs italiens ROSSI, RIGHETTI, GRIMALDI, faites avec la méthode de NISSL, ont montré qu'il existe dans la pellagre des altérations cellulaires considérables. PARHON et PAPINIAN viennent de signaler (1905) dans un cas de pellagre des altérations des neurofibrilles prédominant dans les grandes cellules. Les cellules géantes pré-

sentent une coloration rouge-acajou de leur cytoplasma et une absence complète de neurofibrilles. Le noyau est, suivant les cas, vésiculeux, atrophié ou invisible. Le nucléole s'imprègne mal dans les cellules les plus altérées. L'aspect des grandes cellules de la corne antérieure rappelle beaucoup celui des cellules géantes de la zone rolandique.

ARTICLE VI

PALUDISME

SYDENHAM et HOFFMANN ont, les premiers, signalé les troubles psychiques de la fièvre intermittente. Depuis, un grand nombre d'observateurs, parmi lesquels nous citerons BAILLARGER, SÉBASTIAN, BILLOD, GRIESINGER, BERTHIER, KRAEPELIN, LAVERAN, MABILLE, BARD, LEMOINE et CHAUMIER, BOINET et REY, RÉGIS et CHABAL, MARANDON DE MONTYEL, IVANOV, LEMANSKI, CARRIVE, WIGTINGALE, etc., se sont occupés de la question.

Dans ces dernières années, on a également étudié les rapports du paludisme avec la neurasthénie, l'hystérie et l'épilepsie, c'est-à-dire les névroses du paludisme et dans le paludisme. Cette étude, successivement abordée pour la *neurasthénie* par LEJONNE, TESSIER, TRIANTAPHYLIDÈS, SCHUPFER, DANSAUER, pour l'*hystérie* par GUINON, LEJONNE, TESSIER, CLÉMENT, LEMOINE, MARANDON DE MONTYEL, pour l'*épilepsie* par MARANDON DE MONTYEL, a été bien résumée, dans son ensemble, dans la thèse de mon élève COMMÉLÉLAN : « Névroses et paludisme » (1902). ANDRIANJAFY a même décrit (1902), sous le nom de « Le Ramana-jana à Madagascar » une véritable *choréomanie* d'origine palustre, forme pernicieuse du paludisme avec manifestations choréiques influencées par les terreurs superstitieuses et la sorcellerie, survenant de préférence par épidémies à l'époque du repiquage du riz où sévit le paludisme et où pullulent les moustiques et guérissant en quelques jours par la quinine. Enfin, notre collègue LE DANTEC, avec qui nous avons vu plusieurs délirants paludéens des colonies, a consacré, dans la deuxième