

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 pellagreaux.

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

édition de son *Précis de Pathologie exotique* (1905), un paragraphe spécial aux névroses et aux psychoses du paludisme.

§ 1. — NÉVROSES DU PALUDISME

Bien que la question des névroses sorte du cadre de cet ouvrage, nous ne pouvons passer sous silence celles qui se manifestent dans le paludisme, parce que le plus souvent, elles s'y présentent associées à des troubles psychiques, c'est-à-dire sous forme de *psycho-névroses*. Nous nous bornerons du reste à reproduire à cet égard les conclusions du travail de COMMÉLÉ-RAN, suffisamment détaillées et précises sous leur forme condensée.

Le paludisme est par des liens étroits uni aux névroses : *hystérie, épilepsie, neurasthénie*.

1° Hystérie. — Le paludisme paraît susceptible d'améliorer l'hystérie, mais cette action est tout à fait exceptionnelle. Il réveille et aggrave une hystérie préexistante. Il provoque l'écllosion de la névrose, le plus souvent chez des prédisposés névropathes, dans quelques cas chez des sujets qui n'ont aucun antécédent morbide, personnel ou héréditaire. Dans le premier cas, la névrose ainsi provoquée offre peu de caractères spéciaux. Elle est surtout convulsive, à crises incomplètes, et hyperesthésique. Dans le second, elle semble se particulariser : 1° par la présence d'une zone hystérogène au niveau du foie ou de la rate, suivant l'organe qui est le plus atteint par l'infection; 2° par la prédominance des phénomènes hystériques dans la moitié du corps correspondant à l'organe hystérogène. — Il semble qu'il faudrait faire la part de l'hystérie dans certains accès pernicieux et quelques-unes des paralysies post-paludiques.

2° Épilepsie. — Le paludisme améliore parfois l'épilepsie. Cette action est encore rare, quoique plus fréquente que dans l'hystérie. Il réveille, aggrave, provoque l'épilepsie. L'épilepsie palustre ne présente aucun caractère distinctif.

3° Neurasthénie. — Il n'a jamais été constaté d'amélioration de la neurasthénie par l'effet du paludisme. Au contraire ce dernier réveille, aggrave, provoque la névrose. Il la provoque chez des individus sans anamnétiques, chez des prédisposés, le plus souvent des arthritiques. — Dans les cas légers, il n'y a qu'un premier degré de neurasthénie, que nous avons appelé « névropathie palustre ». Dans les cas graves, il y a neurasthénie confirmée. Cette dernière se distingue : 1° par la fréquence des troubles vaso-moteurs; 2° l'intensité de l'amyosthénie; 3° la présence de l'hématozoaire; 4° la présence des complications psychiques; 5° une certaine périodicité dans l'apparition des symptômes.

Toutes ces névroses sont plus ou moins sensibles à l'action de la quinine. Viennent par ordre décroissant : Neurasthénie, hystérie, épilepsie. Ces névroses s'associent souvent entre elles : la forme la plus fréquente est l'*hystéro-neurasthénie*.

4° Psycho-névroses. — Les diverses névroses que nous venons de passer en revue s'accompagnent plus souvent qu'à l'ordinaire de troubles psychiques. Ces troubles psychiques sont plus fréquents dans la neurasthénie et l'hystérie, surtout dans cette dernière.

Dans l'épilepsie et dans l'hystérie, les troubles psychiques, en général transitoires, accompagnent les crises soit d'emblée, soit le plus souvent au bout d'un certain temps, et, comme elles, sont manifestement en rapport avec les poussées du paludisme.

Dans la neurasthénie, les troubles psychiques, plus ou moins marqués, peuvent se joindre dès le début aux symptômes de la névropathie, de façon à constituer une sorte d'association ou d'état mixte. Plus souvent encore, la neurasthénie ouvre la scène et, après une période plus ou moins longue, elle aboutit à une véritable psychopathie.

Dans tous les cas, quelle que soit la névrose à laquelle ils se lient et le moment où ils apparaissent, ces troubles psychiques sont ceux de toutes les psychoses toxiques, d'origine externe ou interne, c'est-à-dire essentiellement représentés par de l'asthénie, de l'aboulie, de l'obtusion, de la torpeur, des

rêves, des cauchemars, de l'onirisme hallucinatoire, des idées fixes. »

§ 2. — PSYCHOSES DU PALUDISME

Nous avons eu et nous aurons encore maintes fois l'occasion, dans le cours de cet ouvrage, de montrer l'influence fâcheuse qu'a exercée sur les progrès de la Psychiatrie l'idée que le délire hallucinatoire nocturne, à visions professionnelles ou terrifiantes, appartenait en propre à l'alcoolisme, et de dire de combien d'erreurs cette idée avait été la cause dans la pratique.

C'est grâce, en effet, à cette conception doctrinale systématique et exclusive que les psychoses des traumatismes, des opérations, de la pneumonie, de la fièvre typhoïde, de l'insolation, du paludisme, etc., ont pu être considérées comme n'étant pas autre chose que des psychoses éthyliques.

Il a fallu arriver jusqu'à ces dernières années pour s'apercevoir que le délire de rêve hallucinatoire, c'est-à-dire le délire onirique, constituait la formule non pas d'une intoxication particulière, l'alcoolisme, mais de toutes les intoxications et infections de l'organisme, quelles qu'elles soient et d'où qu'elles viennent.

Encore l'accord n'est-il pas entièrement fait sur cette notion nouvelle, car certains médecins continuent de penser qu'il n'existe pas de véritables psychoses paludiques, pneumoniques, traumatiques et qu'il y a seulement dans ces états morbides, comme dans tous les similaires, deux sortes de troubles mentaux : 1° les folies ou vésanies dues à la prédisposition, à la dégénérescence ; 2° les délires alcooliques.

Mais, peu à peu la vérité s'impose, car, en présence de confusion mentale et de délires oniriques typiques chez des sujets atteints de maladies telles que le paludisme et qui furent toujours d'une sobriété absolue — j'en ai vu bien des exemples — on ne pourra persister longtemps à mettre cette confusion mentale ou ces délires sur le compte de l'alcoolisme ; force sera bien de reconnaître que le paludisme, comme toute intoxication, détermine par lui-même des psychoses analogues à celles de

l'alcoolisme. CARRIVE a même montré récemment (1903) que le paludisme pouvait produire l'insuffisance hépatique avec diabète par anhépatie et délire, c'est-à-dire des troubles psychiques par un mécanisme pathogénique analogue à celui qui est attribué par KLIPPEL à l'alcoolisme.

Ces brèves considérations nous ont paru nécessaires pour légitimer la place que nous donnons ici au paludisme, parmi les exo-intoxications, et la division que nous faisons de ses psychoses en *psychoses du paludisme aigu* et du *paludisme chronique*.

1° Paludisme aigu. — Les troubles psychiques du paludisme aigu peuvent se manifester soit durant l'accès fébrile, soit à la fin de l'accès.

a. *Troubles psychiques de l'accès fébrile.* — Les psychoses de l'accès fébrile du paludisme consistent en une *confusion mentale hallucinatoire*, d'acuité variable.

Au degré le plus léger, il s'agit d'une sorte de subdélire, sans perte totale de la conscience, plutôt que d'un véritable délire, survenant principalement à la période de chaleur et disparaissant peu après, à la période de sueur. Les malades ont des hallucinations fugaces ; ils parlent et bavardent de façon incessante et décousue, parfois même ils cherchent à sortir de leur lit, mais l'agitation reste modérée.

A un degré plus élevé, le *délire onirique* est réalisé dans sa forme la plus nette et la plus typique. Les malades vivent un rêve, le plus souvent professionnel, d'autres fois terrifiant, avec réaction motrice et agitation plus ou moins violente suivant les cas. Mais il est encore possible par une secousse brusque, une interpellation énergique, de les arracher pour un instant à leur délire et de les ramener à la réalité.

« Le délire paludéen est un *délire de rêve*, dit mon élève et ami le Dr J. PONTY, de la Marine, dans les notes qu'il m'a remises. Un févreux est couché, vous vous approchez de lui, vous lui parlez doucement, il ne vous répond pas. Ses yeux sont fixés sur un être imaginaire avec lequel il cause. Secouez-le, parlez-lui brusquement, il se retourne, étonné, un peu hébété, comme tout individu qui se réveille, et il vous parle, vous reconnaît.

« Cette sensation très nette du réveil à un appel brusque, je l'ai moi-même très bien ressentie plusieurs fois pendant les nombreux accès de fièvre, surtout les accès de longue durée, les accès rémittents, que j'ai eus, pendant les vingt-six mois que j'ai vécus à Madagascar.

« Et, chose typique, on se rappelle son délire, on le raconte comme un rêve.

« Le délire paludéen est surtout aussi un *délire professionnel*. Les tirailleurs indigènes que j'ai vus dans leur délire se levaient presque tous, réclamant leur fusil, leur baïonnette pour se précipiter sur l'ennemi, le « fohavalo », qu'ils combattaient tous les jours. »

A ce degré le délire est plus long ; il persiste jusqu'à la fin de la fièvre et peut même se prolonger au delà. Il n'est pas rare de le voir reparaitre, exactement dans les mêmes conditions et sous la même forme, à chaque nouvel accès.

Le délire de l'accès paludique peut être plus intense encore et revêtir le type du *délire aigu*, avec tout son tableau symptomatique de cris, d'actes désordonnés, de violences, d'agitation terrible. Il se termine souvent alors par la mort dans les convulsions et le coma.

Ces formes tout à fait aiguës de délire s'observent non seulement dans les accès simples, mais aussi et surtout dans les accès *pernicieux*, particulièrement dans la forme appelée pour ce motif *accès pernicieux délirant*. Ici, le délire éclate généralement dès le début de l'accès, constituant pour ainsi dire son premier stade (LE DANTEC). Il est bruyant, agité, extrêmement violent et se termine par un état de somnolence plus ou moins profonde, quelquefois même par un stade comateux.

Le délire, quoique plus rarement, s'observe aussi dans l'*accès pernicieux algide*.

On sait que dans les cas d'accès pernicieux les auteurs ont constaté une teinte gris foncé très marquée de la substance corticale du cerveau, avec capillaires injectés, parfois bourrés de pigment mélanique (MARINESCO) et une grande abondance d'hématozoaires de LAVERAN, sous leur petite forme amibienne, avec ou sans pigment.

b. *Troubles psychiques post-fébriles*. — De même que dans tous les états fébriles, en particulier dans les infections aiguës, le délire paludéen post-hyperthermique survient soit au moment même de la défervescence, de la chute de la température, soit plus tard, lors de la terminaison de l'accès lui-même.

Le *délire de la défervescence* peut être aussi une *confusion mentale hallucinatoire aiguë*, avec excitation plus ou moins vive, mais d'ordinaire il se présente sous l'aspect de la *confusion mentale aiguë avec stupeur*, de *stupidité aiguë* avec phénomènes prédominants de désorientation, d'hébétude, de torpeur. Dans ce cas, au lieu d'être tout à fait transitoire, il se prolonge plus ou moins longtemps.

La *psychose de la convalescence*, qui apparaît généralement à la fin de l'accès, est presque toujours une *confusion mentale asthénique*, avec pseudo-démence et dépression mentale et physique, accompagnée le plus souvent de *délire onirique* ou purement nocturne, ou nocturne et diurne, suivant son intensité, mais généralement de courte durée.

Le malade, une fois revenu à lui, a perdu le *souvenir* de son délire, au moins dans les cas aigus. Il reste parfois aussi un peu *obtus*, un peu hébété, ainsi que cela a lieu souvent à la suite des psychoses toxiques à base de confusion mentale, mais il ne s'agit là que d'un trouble passager et non d'une diminution durable ou même définitive, comme à la suite d'infections graves, de la fièvre typhoïde, par exemple.

Il peut aussi présenter des *idées fixes* qui ne sont autres que des reliquats du rêve délirant restés implantés dans la conscience, c'est-à-dire des *idées fixes post-oniriques*, comme je les ai appelées. POHY a observé un résidant de première classe des colonies qui, au sortir d'un délire paludéen, demeurait convaincu que sa femme et ses enfants étaient morts en France et remerciait le docteur « de sa visite de condoléance ».

2° **Paludisme chronique**. — Les psychoses du paludisme chronique se manifestent soit au cours d'accès, soit en dehors de tout accès.

a. *Psychoses d'accès*. — Les psychoses d'accès dans le palu-

disme chronique sont liées à des retours d'accès et quelquefois même peuvent remplacer les accès à titre, pour ainsi dire, d'équivalents psychiques et à la façon des équivalents herpétique, ortié, névralgique, etc.

Une particularité importante à signaler, c'est que l'accès ici ne se présente pas toujours au complet et avec tous ses symptômes. Souvent, au contraire, surtout dans les paludismes chroniques anciens, l'accès tend peu à peu à perdre sa physionomie spécifique et il n'en reste plus à la longue que des vestiges, assez significatifs toutefois si l'on y prête attention. Ce sont ces psychoses d'accès, complets ou incomplets, du paludisme chronique que j'ai principalement observées chez mes malades.

Invariablement, la psychose est précédée par une *céphalée* pénible, à siège fixe. Puis, l'accès paludique survient avec ses stades bien nets de frisson, de chaleur, de sueur ou simplement avec l'un d'eux, le stade de frisson en particulier. C'est dans ces conditions et à un moment plus ou moins rapproché du début, que le malade se met à délirer.

Son délire est un *délire onirique* typique constitué par un rêve en action, vécu, roulant sur des scènes soit professionnelles, soit fantastiques, soit pénibles ou terrifiantes. Parfois, ce délire onirique réalise de point en point une véritable crise de *somnambulisme*, analogue à celles de l'hystérie.

Une particularité intéressante et que j'ai constatée dans la plupart des cas de ce genre, c'est que le délire reporte chaque fois le sujet à l'époque de sa vie où il fut pris de paludisme, et souvent, c'est la même scène qui revient, invariablement. Un de mes malades, ancien soldat de la campagne de Tunisie, se revoyait, à chaque retour de son délire paludique et bien des années après, bataillant avec les kroumirs; il conversait avec ses camarades qu'il appelait par leur nom, faisait le coup de feu, etc. Un autre revoit toujours une scène de meurtre dont il fut témoin au régiment; le meurtrier lui apparaît menaçant, et il s'échappe affolé, dans un état absolument somnambulique, ne se souvenant plus de rien après, sauf dans l'état d'hypnose où j'ai pu le plonger comme beaucoup de délirants oniriques atteints d'intoxications ou d'infections les plus variées.

Le délire paludique d'accès est en général de *courte durée*, comme tous les délires toxiques; il est rare qu'il se prolonge au delà de quelques jours.

D'ordinaire il se *reproduit*, exactement dans les mêmes conditions et avec les mêmes caractères, à *chaque accès* ou tout au moins à chaque accès d'une certaine intensité.

Sa disparition laisse le malade un peu *confus*, *hébété*, avec un certain degré de *céphalée* et une *amnésie* du délire plus ou moins complète suivant le cas.

b. *Psychoses non liées à des accès*. — Il existe aussi dans le paludisme chronique des psychoses indépendantes des accès. Ces psychoses sont peu connues, parce qu'il est difficile de les distinguer des folies proprement dites ou vésanies survenant chez des paludéens.

Il s'agit, en général, de psychoses durables à délire variable, polymorphe, fait surtout d'idées de persécution et de grandeur, reconnaissables à leur forme habituellement dépressive, anxieuse, mais surtout, au fond d'asthénie physique et psychique, de confusion mentale, de manifestations oniriques, sur lequel elles reposent.

Ces psychoses qui peuvent affecter un type rémittent, intermittent ou même circulaire, tournent parfois à la longue à la chronicité. Ce sont elles qui succèdent surtout à une des névroses paludiques, en particulier à la neurasthénie. Il est intéressant de noter, avec RONCORONI et IRELAND, qu'il en fut ainsi chez LE TASSE, devenu délirant à trente ans, après un stade très net de neurasthénie, provoqué par les fièvres quartes des marais du Pô.

On peut observer encore, parmi les psychoses du paludisme chronique, la *confusion mentale stupide* et la *démence*.

LEMOINE, REY, MARANDON DE MONTYEL ont signalé aussi la *paralyse générale*.

3° **Diagnostic, traitement**. — Nous venons de mentionner la difficulté qu'il peut y avoir à distinguer les psychoses du paludisme chronique, non liées à des accès, des folies pures ou vésanies et nous avons indiqué les caractères qui les en séparaient. Mais le diagnostic le plus difficile consiste à différencier les

psychoses paludiques des *psychoses alcooliques*, auxquelles elles ressemblent exactement, surtout lorsqu'on n'est pas absolument certain de la sobriété du sujet. Quelques particularités pourront aider cependant à résoudre ce problème. La crise de délire paludique survient sans cause occasionnelle ou à la suite d'un refroidissement, d'une émotion. Elle est précédée d'une céphalée très vive et caractéristique, qui persiste pendant toute sa durée et souvent même après. Elle est constituée par des scènes de rêves plus professionnelles et plus fantasmagoriques que zoopsiques, se rattachant dans bien des cas à un événement de la vie antérieure qui sert chaque fois de point de départ ou de thème au délire. Elle a, avec l'accès fébrile, lorsqu'il existe, des relations chronologiques et nosologiques évidentes et dans les accès aigus, tout au moins, la recherche de l'hématozoaire est positive. Elle est habituellement, comme toutes les manifestations paludiques, favorablement influencée par la quinine. L'examen de la rate, du foie, des urines peut enfin fournir d'utiles indications.

Chez un certain nombre de malades, il existe simultanément du paludisme et de l'alcoolisme. Le diagnostic différentiel se complique d'autant plus, dans ce cas, que les deux facteurs peuvent être en cause et il ne reste plus alors qu'à essayer de déterminer, à la fois par les antécédents et par l'ensemble des manifestations morbides, lequel des deux a exercé sur le délire une action prépondérante.

Le *traitement* des psychoses paludiques, en dehors des médicaments nervins habituels, est celui du paludisme lui-même.

CHAPITRE II

PSYCHOPATHIES DES AUTO-INTOXICATIONS

La doctrine des auto-intoxications, si admirablement formulée par CH. BOUCHARD, a trouvé dans la psychiatrie l'un de ses champs d'application les plus importants et les plus féconds, si bien que le chapitre des psychopathies auto-toxiques peut dès aujourd'hui être esquissé, sinon écrit, dans les ouvrages classiques.

Ce chapitre comprend une infinité d'états morbides qui encombraient auparavant, disséminés sous des étiquettes diverses, le cadre nosologique, et qui actuellement se trouvent réunis par leur communauté d'origine et de symptômes en une synthèse logique et naturelle. Telles sont par exemple les anciennes *folies sympathiques*, les anciennes *folies viscérales*, les anciennes *folies diathésiques* et bien d'autres encore dont le nombre s'augmente tous les jours.

On ne saurait s'étonner de cette propagation si rapide et si efficace des théories de BOUCHARD dans le domaine de la psychiatrie, car déjà les premiers observateurs de l'antiquité — il est bon de le rappeler, — avaient vu dans certaines psychoses, comme les psychoses viscérales, les psychoses de la puerpéralité et de la lactation, etc., le résultat de l'empoisonnement de l'organisme par l'altération des humeurs intérieures, en particulier de la bile et du sang : de sorte que nous confirmons aujourd'hui sur ce point, par des explications plus rationnelles et plus scientifiques, les vues humorales des fondateurs de la Médecine.

Ce qui ressort principalement de l'ensemble des travaux effectués depuis quinze ans, c'est que les psychopathies dues à