

comme lui, paraissent être, suivant l'expression de JANSELME (1904) à propos de la *maladie de Recklinghausen*, les multiples expressions d'une disposition tératologique.

GHELFI (1904), commentant un cas d'association du syndrome de BASEDOW et du *syndrome de Dercum*, se range à l'opinion de CARDUCCI et GAUTHIER qui classent dans un même groupe de maladies par altération fonctionnelle de la glande thyroïde l'*adipose douloureuse*, le *goitre exophtalmique* et le *myxœdème*.

C'est là, semble-t-il, l'opinion qui tend à prévaloir : la lésion de l'appareil thyro-parathyroïdien serait le fait primitif, ayant pour conséquence certaines maladies nerveuses ou des dystrophies ; le trouble fonctionnel de la glande retentirait sur le système nerveux dont la réaction modifierait secondairement l'innervation des organes ou l'équilibre de la nutrition.

Au reste le chapitre de l'empoisonnement de l'organisme par l'altération des glandes à sécrétion interne semble devoir s'ouvrir largement dans l'avenir et déjà l'étude des auto-intoxications d'origine *pinéale*, *pituitaire*, *surrénale*, etc., suit de près celle des auto-intoxications d'origine thyroïdienne.

On sait déjà que l'*acromégalie* ou maladie de PIERRE MARIE donne très souvent lieu à des *symptômes psychiques*, comme le prouvent les observations de TAMBURINI (1897), de S. GARNIER et SANTENOISE (1898), de JOFFROY (1898), de HUTCHINGS (1898), de DAVID BLAIR (1899), de PETERSON (1899), etc., et LAURENT BRUNET (1899) a déjà esquissé l'état mental des acromégaliques. On observe chez eux de la *dépression mélancolique*, de l'*hypochondrie*, des *idées de suicide*, des *idées de persécution*, de l'*excitation*, mais surtout de la *torpeur*, de l'*obtusion*, de la *narcolepsie* (SOCA), en un mot, de la *confusion mentale* voire même du *myxœdème* (MODENA, 1905).

D'autre part, BRISSAUD et MEIGE (1893, 1902), dont les importants travaux sur les dystrophies sont si connus, LAUNOIS, ROY, DUFRANE (1902, 1903), enfin LAUNOIS et ROY dans leur bel ouvrage récent (1904), ont étudié le *gigantisme*, dans lequel la *tristesse*, la *dépression mélancolique*, la *torpeur psychique* sont habituelles, et établi son identité nosologique avec l'*acromégalie*.

Ce sont là deux états morbides similaires de la croissance, deux syndromes pituitaires, deux types ou variétés de gigantisme : le *gigantisme infantile* et le *gigantisme acromégalique* (BRISSAUD), différant suivant que la dystrophie hypertrophique se produit avant ou après la soudure des épiphyses, avec, entre les deux, des états intermédiaires ou de transition.

On a également, en ce qui concerne la *maladie d'Addison*, mis en pleine évidence les symptômes d'*asthénie physique* et *mentale*, la *torpeur* et même des accidents plus graves tels que le *délire*, les *convulsions épileptiformes* et le *coma*. KLIPPEL (1899), qui a précisé cette *encéphalopathie addisonnienne*, a montré qu'au point de vue anatomique elle pouvait se caractériser par une *encéphalite diffuse à lésions subaiguës*.

Ici, comme dans le myxœdème, comme dans l'acromégalie, l'opothérapie par la glande surrénale ou l'adrénaline a déjà commencé de porter ses fruits.

SECTION II

AUTO-INTOXICATIONS GÉNÉRALES

Dans cette seconde partie du chapitre consacré aux psychopathies des auto-intoxications, nous envisagerons celles liées aux principales auto-intoxications générales : 1° *diathèses* ; 2° *surmenage* et *inanition* ; 3° *traumatismes* ; 4° *opérations chirurgicales* ; 5° *insolation*.

ARTICLE PREMIER

DIATHÈSES

La conception scientifique de la diathèse s'est aujourd'hui beaucoup modifiée et, sous l'influence de remarquables travaux, au premier rang desquels il convient de citer ceux du professeur CH. BOUCHARD, son domaine s'est précisé en même temps qu'a-moindri.

CH. BOUCHARD définit la diathèse : « Un trouble permanent des mutations nutritives qui prépare, provoque et entretient des maladies différentes comme formes symptomatiques, comme siège anatomique, comme processus pathologique. Le lien commun de ces maladies différentes, mais de même famille, la cause commune qui les engendre et qui les associe, c'est le trouble nutritif général, c'est la diathèse caractérisée par la nutrition retardante. La diathèse est un tempérament morbide. »

La diathèse ainsi conçue est représentée par l'*arthritisme* et l'*herpétisme*, interprétés un peu diversement suivant les auteurs, mais ayant entre eux les rapports les plus étroits et pouvant être considérés comme les deux ordres de manifestations, à peine dissemblables, d'une seule et même disposition morbide.

Nous désignerons donc cette diathèse sous le nom générique d'*arthritisme*, tout en rappelant — ainsi que nous l'avons vu plus haut à l'auto-intoxication hépatique — que certains auteurs la nomment aujourd'hui de préférence l'*hépatisme*.

Après avoir résumé les troubles psychiques de l'*arthritisme* en général, nous dirons successivement un mot de ceux liés à ses principales manifestations : *rhumatisme*, *goutte*, *diabète*, *dermatoses*.

§ 1. — ARTHRITISME EN GÉNÉRAL

1° Troubles psychiques élémentaires. — Les arthritiques présentent le plus souvent un caractère spécial. D'après LEMOINE, ce qui domine chez eux, c'est : 1° l'*inquiétude*, avec mobilité, besoin de remuer et de changer de place, grande sensibilité psychique, indécision, hyperémotivité, anxiété, tristesse; 2° la tendance à l'*hypocondrie*, qui peut se présenter ici soit sous la forme *nosophobique* (souci de la santé, maladies imaginaires), soit sous la forme dite *morale* (découragement, pessimisme, vie sans but, etc.); 3° l'*instabilité mentale*; 4° l'*irritabilité*.

Tout cela constitue le tableau de la *neurasthénie*, qui est en effet le plus souvent, comme on le sait, greffée sur un fond d'*arthritisme*.

La *neurasthénie*, chez les arthritiques, peut affecter toutes les formes et toutes les prédominances : gastro-intestinale, hépatique, génitale, cardiaque, psychique, etc. ; mais, quelles que soient sa forme ou sa prédominance, il est rare qu'elle ne s'accompagne pas, au moins par intervalles, d'*asthénie physique* et psychique, de tristesse, de pessimisme, d'*hypocondrie*, de tendance aux idées fixes, aux obsessions.

Il s'y joint aussi très fréquemment des troubles cardio-vasculaires, en particulier des troubles vaso-moteurs, des spasmes, de l'oppression, des malaises divers, avec angoisse, inquiétude, anxiété, sans parler de tous les autres symptômes *neurasthéniques* habituels.

Un point important à signaler, c'est la fréquence de l'association, chez les arthritiques, de la *neurasthénie* avec l'*artério-sclérose*. Nous reviendrons plus loin et avec quelques détails sur cette association en parlant de l'*artério-sclérose cérébrale*.

Les troubles névropathiques et psychiques des arthritiques, quels qu'ils soient, sont essentiellement mobiles et paroxystiques et soumis aux fluctuations de l'état physique. Ils peuvent s'aggraver ou au contraire s'atténuer et même disparaître sous l'influence de dérivations diverses, telles que les flux hémorroïdal et menstruel, les crises de diarrhée, de polyurie, de glycosurie, d'*hyperhydrose*, les accès d'*asthme* ou de migraine, les poussées d'*exanthèmes cutanés* ou de fluxion articulaire, etc.

On observe souvent, en effet, un *balancement* très net entre les accidents psychiques et les autres manifestations diathésiques, et cette particularité s'applique non seulement aux simples modifications de l'état mental ou moral, mais encore et surtout aux accidents névrosiques ou psychopathiques plus graves, qu'on appelait autrefois à tort pour ce motif : folie herpétique, darteuse, migraineuse, hémorroïdaire, asthmatique, etc.

2° Psychoses. — En dehors de ces troubles psychiques élémentaires, il peut survenir, dans l'*arthritisme*, de véritables *psychoses*. Le plus souvent il s'agit, dans ce cas, comme l'ont établi ROUILLARD, MABILLE et LALLEMANT, LEMOINE et HUYGHES, d'accès intermittents et quelquefois périodiques de *mélancolie*,

surtout de *mélancolie avec conscience*, caractérisés par de la torpeur physique et intellectuelle, de l'inquiétude, des idées fixes, de l'hypocondrie, du découragement, de la tendance au suicide et des troubles gastro-intestinaux, avec des stigmates de neurasthénie plus ou moins marqués, en un mot de ces états mixtes que nous appelons *neurasthénie mélancolique* ou *mélancolie neurasthénique*. On peut observer aussi des *crises d'excitation*, soit simple, soit alternant régulièrement avec la mélancolie. Ces accès psychopathiques accompagnent les diverses poussées de congestions locales ou, au contraire, alternent avec elles. MABILLE et LALLEMANT insistent beaucoup sur l'*intermittence* et la *périodicité* des troubles mentaux dans l'arthritisme, signes pour eux caractéristiques, à ce point qu'ils conseillent de rechercher l'existence de la diathèse dans l'ascendance et dans les antécédents personnels de tout malade chez lequel on voit une psychose et particulièrement la mélancolie survenir par accès. Les travaux de MABILLE et LALLEMANT paraissent établir, en outre, et c'est là un point des plus intéressants, que les accès de délire chez les arthritiques coïncident avec des modifications chimiques de l'organisme, notamment avec de l'hypoazoturie, de l'hypophosphaturie, de l'oxalurie, des variations notables dans le chiffre de l'urée, et en particulier avec de véritables *décharges d'acide urique*, qui annonceraient généralement la fin de l'accès.

Dans l'arthritisme s'accompagnant d'artério-sclérose, la mélancolie revêt fréquemment la forme *anxieuse*, avec idées obsédantes hypocondriaques pouvant aller jusqu'au *délire d'obstruction* et de *négation*. Ou bien il s'agit de *confusion mentale aiguë* susceptible de verser dans l'*état chronique* et la *démence* à travers une symptomatologie délirante et hallucinatoire à la fois multiple et diffuse.

Quant à la *paralysie générale*, elle paraît avoir des rapports étroits avec l'arthritisme. Bien des auteurs ont insisté déjà sur la fréquence de l'hérédité des tendances congestives dans la méningo-encéphalite chronique (LUNIER, DOUTREBENTE, BAILLARGER, BALL et RÉGIS, etc.), et d'autres ont appelé l'attention sur l'existence, chez les paralytiques généraux, de quelques-uns des stigmates de l'arthritisme, tels que hémorrhoides, migraine,

exanthèmes, diabète, fluxions articulaires, sueurs locales, etc., (CHARCOT, CHARPENTIER, LEMOINE), rétraction de l'aponévrose palmaire (RÉGIS).

Il y a donc des rapports évidents et fréquents entre l'arthritisme et la paralysie générale progressive. Quant à la nature de ces rapports, ils sont loin d'être éclaircis, et nous ne pouvons que signaler, sur ce point, l'opinion de LEMOINE et celle de KLIPPEL. Pour eux l'arthritisme serait cause prédisposante de la paralysie générale, à laquelle il préparerait le terrain par les congestions répétées et la surproduction de produits de désassimilation, et que développerait ensuite une cause occasionnelle, intoxication (alcoolisme, saturnisme) ou infection (syphilis, impaludisme).

3° Diagnostic. — Le diagnostic des troubles psychiques liés à l'arthritisme ne présente généralement pas de difficultés. Rappelons seulement que dans la majorité des cas de *neurasthénie émotive* et de *psychose intermittente*, surtout de *mélancolie avec conscience* ou *anxieuse* avec délire de négation, on doit songer à cette diathèse et en rechercher la filiation et les stigmates chez le malade, sans omettre les renseignements précieux fournis par l'analyse complète et fréquente de l'urine.

4° Pronostic. — Le pronostic des psychoses d'origine arthritique est variable suivant les cas. Même lorsqu'il s'agit d'un accès aigu, il ne faut pas oublier que le propre des manifestations diathésiques, mentales ou physiques, c'est l'*intermittence*, et qu'on se trouve souvent ainsi en face d'une psychose en apparence curable, mais en réalité désespérante par le retour périodiquement fatal de ses accès.

5° Traitement. — Le traitement doit s'adresser avant tout à la diathèse. L'état général du malade et de ses fonctions organiques, en particulier des fonctions gastro-intestinale et hépatique et de la fonction circulatoire; la composition du sang, de la sueur, surtout de l'urine; l'apparition d'un flux habituel (hémorrhoides), d'un exanthème, d'une crise d'asthme, d'une migraine, constituent autant d'indications précieuses pour le

traitement. Il m'est arrivé à plusieurs reprises, depuis que la pathogénie des psychoses arthritiques est mieux établie, d'améliorer rapidement et sérieusement leurs manifestations par les alcalins à haute dose, la médication salicylée et lithinée, les antiseptiques, les purgations répétées, le lavage de l'estomac, etc., et c'est même par un traitement anti-arthritique préventif qu'on peut le mieux espérer rompre la périodicité, sans cela fatale, de certaines psychoses par accès ou circulaires.

§ 2. — RHUMATISME

Les troubles psychiques du rhumatisme, signalés pour la première fois par LEURET en 1865, ont été surtout étudiés depuis par MESNET, GRIESINGER, MOREL, FLEMING, FRASER, SIMSON, SIMON, MARÉCHAL, BALL et FAURE, etc.

Ils diffèrent suivant qu'ils se manifestent dans le *rhumatisme chronique* ancien, en dehors des épisodes aigus de la maladie, ou qu'ils se lient aux *accès aigus du rhumatisme*.

Les troubles psychiques liés au *rhumatisme chronique* consistant, le plus souvent, en modifications du caractère, rentrent dans l'état mental de l'arthritisme, décrit plus haut. Nous n'avons donc pas à y revenir ici.

1° Symptomatologie. — La véritable *psychose rhumatismale* est celle qui survient au cours des *épisodes aigus du rhumatisme*. Elle peut apparaître, exactement comme celles des maladies infectieuses aiguës auxquelles elle ressemble du reste de point en point, soit au début de l'accès, soit durant la phase fébrile, soit enfin au cours de la convalescence.

Quel que soit le moment de son apparition, la psychose rhumatismale affecte le type de la *confusion mentale*, sous l'une quelconque de ses variétés.

Déjà avant que la confusion mentale fut connue, isolée et classée, comme aujourd'hui, les observateurs avaient noté dans le rhumatisme aigu des particularités psychiques qui sont précisément celles regardées aujourd'hui comme la caractérisant. « Le plus souvent, disions-nous dans la précédente édition de

cet ouvrage, il existe une *torpeur* plus ou moins profonde avec délire et hallucinations caractéristiques. Les malades ont des *visions terrifiantes*; ils voient tout en feu (MESNET); ils sont poursuivis par des bêtes féroces (VAILLARD); ils voient des vers ramper sur leur lit (BURROWS); ils se croient morts. Les *hallucinations de l'ouïe*, plus rares, revêtent le même caractère effrayant, et consistent habituellement en des malédictions et des injures. Il s'y joint presque toujours de l'*excitation*, accompagnée parfois d'*impulsions* subites et violentes. Le fond de l'état mental est constitué par une *obtusion intellectuelle* plus ou moins grande, et même, dans certains cas, par une diminution des facultés qui peut persister et devenir permanente. »

Il est difficile, on le voit, de ne pas reconnaître là les principaux caractères de la confusion mentale.

Ainsi que cela a lieu dans les psychoses infectieuses aiguës, la confusion mentale revêt d'habitude une forme clinique différente suivant le moment où elle apparaît. Lorsque c'est tout à fait au début de l'accès de rhumatisme, avant même la poussée articulaire et fébrile, ce qui est rare, elle se manifeste par de la *confusion agitée*, violente, qui peut être prise pour un accès de *manie aiguë*; lorsqu'elle survient dans le cours de l'accès aigu de rhumatisme, durant la période fébrile, c'est sous forme ou de *confusion mentale hallucinatoire*, avec *délire onirique* d'acuité variable, ou de *confusion stupide*, ou même, dans les cas graves, de *confusion méningitique*, c'est-à-dire de *délire aigu*; lorsque enfin, c'est après la cessation de la fièvre, dans la phase de défervescence de l'accès ou au cours de la convalescence, il s'agit alors de *confusion mentale simple*, avec ou sans *délire onirique*, léger et par bouffées, avec surtout une *obtusion mentale*, une désorientation, une *amnésie* des plus marquées.

Il arrive parfois, toujours comme dans les psychoses infectieuses, que la poussée délirante, chez les rhumatisants, coïncide par une sorte de *métastase* avec la disparition des manifestations articulaires, d'où une *alternance* qui peut se reproduire successivement plusieurs fois.

2° Terminaison. — La psychose rhumatismale *guérit* dans

la plupart des cas et ce n'est que lorsqu'il s'agit de délire aigu méningitique, c'est-à-dire de rhumatisme cérébral grave, que la mort peut avoir lieu. Notons toutefois que, ainsi qu'il arrive à la suite des confusions mentales très profondes et très longues, il peut rester ici, après guérison, une certaine *obnubilation* de l'intelligence qui persiste plus ou moins longtemps, parfois même définitivement.

Notons enfin que la psychose rhumatismale a tendance à se reproduire dans les accès ultérieurs de rhumatisme.

3° Diagnostic. — Il faut se garder, bien entendu, ce qui est arrivé dans certains cas, de confondre un accès de psychose rhumatismale avec une *vésanie* ou un *délire alcoolique* et de faire interner le malade. On évitera cette confusion en surveillant soigneusement l'état général des délirants et les manifestations infectieuses locales possibles, et en songeant toujours à une intoxication ou à une infection, quand on se trouve en présence d'une confusion mentale, quelle qu'en soit la forme.

4° Traitement. — Le traitement de la psychose rhumatismale est avant tout celui du rhumatisme aigu lui-même. Il varie d'ailleurs, comme indications spéciales, suivant son type clinique et surtout suivant la phase du rhumatisme à laquelle il se rattache. Dans la psychose de la convalescence, il est nécessaire d'insister, mais avec prudence et en allant progressivement, sur le traitement tonique et reconstituant.

§ 3. — GOUTTE

Un grand nombre d'auteurs, tels que SYDENHAM, TODD, GARROD, GAIRDNER, LORRY, CLOUSTON, BESNIER, LÉCORCHÉ, SÉNAC, BALL, BOUCHARD, CHARCOT, etc., ont signalé et décrit les troubles nerveux et psychiques qui peuvent survenir chez les goutteux. Ces troubles ne sont autres que ceux que nous avons indiqués à propos de l'état mental et des névroses des arthritiques. KOVALEWSKY a insisté récemment sur la fréquence, dans la goutte, de la migraine, de l'épilepsie, de l'angine de poitrine et surtout de l'anxiété précordiale dont il reconnaît trois variétés.

Quant à la psychose de la goutte proprement dite, elle est assez rare et il en a été peu question jusqu'à ce jour.

La plupart des cas cités, soigneusement relevés par MABILLE et LALLEMANT, se rapportent à des crises délirantes survenant durant l'accès de goutte ou alternant au contraire avec des manifestations goutteuses.

Lorsque la psychose éclate à l'occasion d'un accès de goutte, il s'agit presque toujours, comme dans le rhumatisme, d'une *confusion mentale aiguë*, ordinairement *hallucinatoire*. Lorsque, au contraire, la psychose alterne avec les symptômes de la diathèse, elle revêt ordinairement la forme de *confusion mentale simple*, avec *torpeur* intellectuelle et physique, *dépression*, *hébétéude*, *idées hypocondriaques*, tendance au *suicide*. C'est alors surtout qu'on peut voir se produire un *balancement* plus ou moins périodique entre les manifestations psychopathiques et les accidents articulaires, les dermatoses, les crises d'asthme, etc.

§ 4. — DIABÈTE

Les troubles psychiques du diabète ont été parfaitement mis en lumière par MARCHAL DE CALVI, LEGRAND DU SAULLE, DE SANTOS, LASÈGUE, COTARD, LÉCORCHÉ, FASSY, MABILLE et LALLEMANT, JERZYKOWSKI, KEITH CAMPBELL, J. VERGELY, OBERTHÜR et CHENAIS, etc. Ils se bornent presque toujours à des modifications plus ou moins profondes de l'intelligence et du moral et n'aboutissent que rarement à la psychose confirmée.

1° Troubles psychiques élémentaires. — L'état mental des diabétiques se traduit en général par de l'*hypocondrie*, de la *torpeur*, de l'*hébétéude*, de l'*amnésie* (BERNARD et FÈRÉ), une *somnolence* quelquefois invincible, des *crainces de ruine* ou de *malheur*, des *préoccupations sans motif*, de la *tendance au suicide*. L'hypocondrie affecte nécessairement ici un caractère particulier ; elle a pour objet la présence du sucre dans l'urine et pousse les malades à l'examiner, à la goûter, à multiplier les analyses, à disserter sur le chiffre de la glycose et la composition du régime alimentaire, à l'exclusion de tout autre sujet.

Il est à remarquer que cette hypocondrie est en raison directe de la quantité de sucre excrétée, car elle s'améliore dès que la dose de sucre diminue. Alors les malades redeviennent gais, dispos, confiants, moins soucieux d'eux-mêmes et plus accessibles aux préoccupations d'autrui. Quant aux craintes de ruine, elles ont pour effet de rendre les malades avarés, parcimonieux à l'excès, obsédés par l'idée de faillite inévitable et par le désir de la mort qui peut seule les soustraire au déshonneur. La torpeur, elle, se caractérise par la fatigue intellectuelle, la crainte de l'effort psychique, « la perte d'appétit pour la pensée » (LASÈGUE), ainsi que par l'inertie physique, souvent complète (J. VERGELY).

Ce qu'il y a de caractéristique chez les diabétiques, c'est la concordance des fluctuations de l'état mental avec celles du sucre de l'organisme et l'influence pour ainsi dire barométrique de la composition de l'urine sur les dispositions psychiques.

2° Psychoses. — Ainsi qu'on l'a justement fait remarquer, il convient de distinguer, dans les psychoses survenant chez les diabétiques, deux ordres de cas : les *vésanies* dues à l'hérédité, qui n'ont avec le diabète qu'un rapport de coïncidence, et les *psychoses diabétiques* proprement dites. Ce sont ces dernières seulement qui nous intéressent ici.

Les *psychoses diabétiques* se manifestent souvent, comme toutes les psychoses diathésiques, par des accès de *mélancolie* soit *simple*, soit *anxieuse* et *délirante*, à type *rémittent* ou *intermittent*.

Ces accès de mélancolie coïncident d'habitude avec les poussées glycosuriques et s'aggravent avec leurs maxima ; d'autres fois au contraire ils alternent en quelque sorte avec celles-ci et, comme dans un cas cité par COTARD, ils cessent au moment où le sucre fait son apparition.

Mais la psychose diabétique peut aussi se traduire par de la *confusion mentale* et du *délire onirique hallucinatoire*. Il suffit de relire pour s'en convaincre les descriptions données par les auteurs, même anciens. LASÈGUE, notamment, a fait cette observation très juste que le délire est *nocturne*, *hallucinatoire* et ressemble au délire ultime des cardiaques. J. VERGELY, de son côté, résumant les principaux travaux parus, trace du délire diabétique

le plus commun le tableau suivant, auquel il est difficile de ne pas reconnaître un délire de rêve hallucinatoire, d'état second : « Le malade se parle à lui-même de ce qui l'intéresse ; il se raconte des histoires à ce sujet et il s'écoute mieux qu'il n'écoute les gens qui lui parlent. Puis peu à peu, le délire augmentant, il parle à ceux qui l'entourent de son idée qui l'obsède de plus en plus, à laquelle il rapporte tout, aux fins de laquelle il conforme ses actes. A un degré plus fort, il s'entretient de son idée avec des personnes qui ne sont pas présentes, avec des personnes imaginaires même ; il parle à haute voix, discute, et cela souvent d'une façon à peu près incohérente. LEGRAND DU SAULLE et LASÈGUE qui ont bien étudié ce délire des diabétiques citent des exemples remarquables de ces faits ; nous ne retenons que l'histoire du malade de LASÈGUE qui voyait la lune à travers la fenêtre et croyait à des illuminations. Une malade de KEITH CAMPBELL avait des hallucinations de la vue, se croyait morte, voyait sa tête coupée, son corps mort, etc. »

Ces détails et ces faits sont typiques et on ne saurait douter que le diabète s'accompagne fréquemment de confusion mentale avec délire hallucinatoire onirique.

S'il en est ainsi pour le diabète ordinaire, on comprend que cela soit plus vrai encore pour le *coma diabétique*. Il existe en effet une forme de coma diabétique dite forme cérébrale dans laquelle le délire est l'élément dominant. Nous la résumerons d'après la description de J. VERGELY.

Le délire apparaît le plus souvent à la période d'invasion du coma diabétique et se traduit par de la loquacité, de l'incohérence du langage, de la gaieté excessive, de l'agitation désordonnée, de l'insomnie. Le malade se lève à tout instant de son lit, se débat, et on a la plus grande peine du monde à le maintenir couché, ses forces paraissent décuplées ; puis surviennent des périodes d'engourdissement, de torpeur, de somnolence d'où il est difficile de le tirer. Fréquemment aussi on constate des hallucinations variées de la vue et de l'ouïe ; le sujet est en butte à des gens qui le poursuivent et cherche à leur échapper. Il entend des bruits, des coups de pistolet, des cris, des pleurs, des vociférations. « Comme dans le délire alcoolique ; dit VERGELY,

il voit des animaux. Il a quelquefois du délire professionnel ; on assiste à une véritable attaque de delirium tremens. »

Ce délire, qui est bien un délire toxique dû à l'empoisonnement acétonémique, ne dure généralement que quelques jours et lorsque le malade succombe, ce qui est l'ordinaire, il ne tarde pas à faire place au coma proprement dit.

Un certain nombre de paralytiques généraux présentent, temporairement ou de façon durable, au début ou dans le cours de leur maladie, du sucre dans l'urine. Mais le diabète vrai peut-il produire la *paralytie générale*? On n'a jusqu'ici cité, en faveur de cette opinion, que des cas bien peu probants et celui de LAUBENHEIMER, dans lequel le diabète paraît avoir agi à l'exclusion de toute autre cause connue, paraît avoir bien plutôt affecté les allures d'une pseudo-paralytie générale avec régression des symptômes, comme le dit son auteur lui-même, que celles d'une vraie paralytie générale.

Les troubles psychiques du diabète ne sont pas toujours d'un *diagnostic* facile et il faut savoir les reconnaître. Aussi ne faut-il jamais négliger l'examen somatique, en particulier l'examen de l'urine, chez tout individu qui délire, particulièrement s'il s'agit d'un arthritique et d'une psychose mélancolique intermittente ou confusionnelle. C'est un point sur lequel OBERTHÜR et CHENAIS ont tout récemment insisté encore avec raison.

Le *traitement* de ces troubles psychiques offre ceci de particulier qu'il relève, dans une certaine mesure, de celui du diabète et on a cité plusieurs cas probants de délire cédant assez rapidement au régime et à la médication anti-diabétique.

§ 5. — DERMATOSES

Les dermatoses qui se rattachent à la diathèse herpétique, telles que l'eczéma, peuvent, comme les grandes manifestations de cette diathèse, s'accompagner de troubles psychiques.

Le mécanisme est le même, car les maladies cutanées sont généralement considérées aujourd'hui comme le résultat d'intoxications diverses, en particulier d'auto-intoxications, et, d'autre

part, il résulterait de recherches récentes (DESGREZ et AYRIGNAC), que les maladies cutanées exercent à leur tour une influence retardante marquée sur les échanges nutritifs.

1° Troubles psychiques élémentaires. — Les individus atteints de dermatoses présentent souvent des troubles psychiques élémentaires, plus souvent même peut-être encore que les diathésiques à manifestations non cutanées. L'irritabilité, la tristesse, les changements d'humeur, l'hypocondrie sont particulièrement fréquents chez eux. L'hypocondrie se fixe naturellement, dans bien des cas, sur la maladie cutanée, au point de devenir parfois une phobie, une obsession (dermatophobie). Le malade ne songe qu'à son mal, à son « infirmité », il consulte partout et fait toutes sortes de traitements ; finalement, il devient sombre, misanthrope, et peut même finir par le suicide.

2° Psychoses. — Les psychoses des dermatoses existent, mais elles se confondent, le plus souvent, avec les psychoses de la diathèse elle-même.

Quoi qu'il en soit, deux cas peuvent se présenter : 1° ou bien le trouble psychique évolue en sens inverse de la manifestation cutanée ; 2° ou bien au contraire il marche de pair avec elle.

1° Le premier cas est le plus fréquent. C'est en effet surtout entre les dermatoses et les psychoses que se réalise ce *balancement* qui a été observé de tout temps dans les diathèses.

Il n'est pas rare de voir, et j'en ai personnellement observé des exemples, des herpétiques eczémateux chez qui l'exanthème disparaissant rapidement, par effet naturel ou thérapeutique, il survient, par une sorte de répercussion métastatique, eût-on dit autrefois, par brusque rétention toxique, peut-on dire aujourd'hui, des accidents psychiques. Cela a été signalé dans toutes les dermatoses et tout récemment encore par ANGLADE et DUBREUILH (1905) dans l'érythème polymorphe.

Ces accidents psychiques sont alors plus ou moins aigus et se traduisent d'habitude par un accès de *confusion mentale agitée* ou de *délire confus hallucinatoire*, parfois même, mais rarement, par un véritable *délire aigu* ou de la *stupeur*.

D'autres fois, c'est le contraire qui se produit, c'est-à-dire que

l'apparition, chez un sujet atteint de troubles psychopathiques, d'une poussée d'exanthème a pour effet d'amender ou même de faire disparaître ces troubles psychopathiques, souvent du jour au lendemain.

Ou bien c'est une sorte de balancement régulier qui s'opère entre les manifestations cérébrales et les manifestations cutanées, les unes remplaçant les autres et réciproquement. Il s'agit alors soit d'un *état maniaque*, soit plutôt d'un *état mélancolique intermittent*, ou même d'une *psychose circulaire*.

2° Dans le cas où les troubles psychiques accompagnent la dermatose, ils surviennent ordinairement au début, durant la phase d'éruption et consistent dans une poussée d'*excitation* vite calmée, ou, plus fréquemment encore, dans un *accès de mélancolie inquiète, anxieuse*, avec tendance au suicide, rarement délirante, le plus souvent avec conscience.

Le *diagnostic* de psychose dermatique se fait à la fois par sa forme clinique et par ses rapports, quel qu'en soit le caractère, avec la dermatose.

Le *pronostic* est, de façon générale, assez favorable, surtout dans les cas aigus, et quand il ne s'agit pas de psychoses intermittentes ou circulaires.

Quant au *traitement*, il doit être évidemment avant tout celui de la diathèse et en particulier celui des rapports de l'exanthème avec la psychose. Il y a souvent intérêt, par conséquent, en dehors du traitement général de l'auto-intoxication, à essayer de rappeler, par des moyens appropriés, mais sans danger, cet exanthème ou à le remplacer par un exutoire qui en tienne lieu.

ARTICLE II

SURMENAGE ET INANITION

Dans un récent article (1904), TOUPET et LEBRET disent que les *délires d'inanition* ont été rarement observés et sont surtout connus par la thèse de SAVIGNY qui les signale chez les naufragés

de la *Méduse*, dont il avait partagé les souffrances en qualité de médecin.

Les troubles psychiques de l'inanition et l'influence de l'inanition sur les éléments anatomiques du système nerveux ont en réalité sollicité depuis longtemps l'attention. Il suffit de rappeler les travaux de BECQUET sur le délire d'inanition dans les maladies (1866), les recherches de CHOSSAT sur l'inanition, de MONTI sur l'altération du système nerveux dans l'inanition (1895), de KARL SCHAEFFER sur l'altération des cellules nerveuses dans l'inanition (1897), l'auto-observation de WEYGANDT, enfin le tout récent travail de MATHIEU et ROUX (1905). Je mentionne surtout la thèse de mon élève LASSIGNARDIE sur *l'état mental dans l'abstinence* (1897), dans laquelle, laissant de côté le délire d'inanition dans les maladies, où sa pathogénie est complexe, il étudie de façon précise les troubles psychiques dans l'abstinence soit volontaire, comme celle des grands mystiques ou des grands jeûneurs (SUCCI, MERLATTI), soit surtout involontaire, comme celle des grands naufragés.

Au récit déjà connu de SAVIGNY, il a pu ajouter un document clinique important : la description inédite des troubles psychiques survenus chez les naufragés de la *Ville-de-Saint-Nazaire* par le médecin du bord, le Dr MAIRE, ancien interne d'un asile d'aliénés.

1° *Symptomatologie*. — Du rapprochement de tous les faits, de toutes les observations, LASSIGNARDIE a tiré des considérations générales et des conclusions pleines d'intérêt, se résumant en ceci que les troubles psychiques de l'inanition sont exactement semblables à ceux des intoxications.

A un premier degré, c'est, après une angoisse passagère, une exaltation curieuse de la lucidité, de la mémoire, de l'imagination ; puis, des modifications du caractère, de la méfiance, de l'égoïsme, de l'irritabilité, de l'excitation, de l'obnubilation intellectuelle, de l'aboulie, de l'impulsivité ; enfin du mauvais sommeil, des rêves, des cauchemars, des illusions, des hallucinations, de l'onirisme délirant, se continuant le jour dans certains cas.