

que l'a montré AZAM, très fréquents dans les psychoses traumatiques, en particulier dans les cérébropathies tardives.

4° Terminaison. — Les troubles psychiques du traumatisme sont en général *curables* et *passagers* comme tous ceux des intoxications et leur existence ne constitue pas, dans les shocks, un indice plus grave pour le *pronostic*. Les chances et la rapidité de la guérison varient d'ailleurs avec l'intensité de ces troubles et avec l'époque de leur apparition. Une confusion mentale simple, légère, est toujours moins grave qu'une confusion aiguë, une stupeur, un délire aigu. De même, on peut dire que plus la psychose est rapprochée du traumatisme, c'est-à-dire précoce, plus, en principe, elle est curable ; plus elle est tardive, plus elle est grave.

5° Traitement. — Le traitement doit viser l'état d'auto-intoxication et les symptômes. Il peut aussi être chirurgical, et MARIE et PICQUÉ ont cité des cas de psychose guérie à la suite de la première ou même de la seconde intervention opératoire dirigée contre le traumatisme ou ses suites.

ARTICLE IV

OPÉRATIONS CHIRURGICALES

1° Considérations générales. — Les psychoses consécutives aux opérations chirurgicales ou *psychoses post-opératoires* ont fait l'objet dans ces dernières années de travaux très nombreux, surtout en France, où la question a été discutée au Congrès d'Angers (1898), sur un très bon rapport de RAYNEAU, auquel je renvoie pour la documentation. Depuis, l'étude de ces psychoses a donné lieu à de nouvelles et importantes contributions.

De cet ensemble de travaux, il résulte que, pour certains aliénistes, il n'existe pas à proprement parler de psychoses post-opératoires et que les délires consécutifs aux interventions chirurgicales ne sont pas autre chose que des délires vésaniques, de forme quelconque, survenus chez des prédisposés à l'occasion d'une de ces interventions. C'est, ici encore, la conception

simpliste de la prédisposition vésanique, de la dégénérescence se suffisant à elle-même et expliquant tout.

Mais, pour la plupart des auteurs, parmi les délires consécutifs aux opérations chirurgicales, il en est qui méritent réellement le nom de *délires post-opératoires*.

Ces délires post-opératoires sont évidemment ceux qui sont dus avant tout à l'opération ou à ses conséquences. Or, par suite d'une confusion fâcheuse au point de vue de la clarté de la question, PICQUÉ appelle délires post-opératoires les délires vésaniques attribuables à l'hérédité. Quant à ceux provenant de l'opération, par ce fait qu'ils surviennent par la voie d'une infection ou d'une intoxication, ce ne sont pas pour lui des psychoses post-opératoires.

Cette opinion, bonne peut-être à établir que « la chirurgie ne crée pas de psychoses », ne saurait être admise, car elle tend à consacrer une erreur. C'est comme si l'on soutenait, en effet, que dans l'ensemble des psychoses des alcooliques, les vésanies héréditaires sont les vraies psychoses éthyliques, et les vraies psychoses éthyliques des psychoses purement issues de l'insuffisance hépatique. C'est encore comme si, dans l'ensemble des psychoses des nouvelles accouchées, on appelait psychoses puerpérales vraies les vésanies héréditaires, en rejetant les vraies psychoses puerpérales comme relevant de l'infection.

Les vraies psychoses opératoires sont en réalité, nous le répétons, celles qui sont dues, avant tout, à l'opération ou à ses suites ; quant aux vésanies, ce sont des folies ordinaires, quelconques, n'offrant rien de spécial, sinon d'être survenues à l'occasion d'une intervention opératoire, comme elles auraient pu survenir à l'occasion d'une autre circonstance banale, ou même en dehors de toute circonstance occasionnelle appréciable.

Ainsi que nous l'avons fait jusqu'ici pour toutes les psychoses symptomatiques, nous laisserons donc de côté les vésanies des héréditaires pour ne nous occuper que des véritables psychoses post-opératoires.

Ces psychoses post-opératoires, comme nous nous sommes efforcé de l'établir soit dans des travaux personnels (1893-1898), soit dans les thèses de nos élèves PEXOX (1893), GINOUX (1903), et

comme beaucoup d'auteurs, tels que PILCZ (1902), l'admettent aujourd'hui, résultent, indépendamment de toute tendance héréditaire à la folie, du shock chirurgical et de son retentissement auto-toxique sur l'organisme, ainsi que des infections opératoires.

2° Symptomatologie. — Les troubles psychiques post-opératoires peuvent être *élémentaires* et se borner à de l'*obtusion*, de la *torpeur* ou bien à de l'*excitation cérébrale* avec insomnie, rêves, cauchemars, hallucinations nocturnes.

Ils peuvent aussi se traduire par une véritable psychose qui revêt toujours le type de la *confusion mentale*. Quel que soit, en effet, l'aspect extérieur du malade, qu'il y ait abattement, dépression ou au contraire agitation et violence, cela tient simplement à la variété en cause de confusion mentale : *simple, délirante, aiguë, hallucinatoire, stupide, méningitique*. Mais au fond, on retrouve dans tous les cas l'élément fondamental de la maladie, c'est-à-dire l'obtusion, l'hébétude, la désorientation d'esprit.

Sur ce fond de confusion mentale existe le plus souvent un *délire onirique* plus ou moins intense, roulant sur les événements de la vie familiale ou professionnelle, basé sur des hallucinations généralement pénibles, zoopsiques, fantomatiques, terrifiantes, et tantôt simplement nocturne, tantôt nocturne et diurne, c'est-à-dire continu.

Lorsque l'état est aigu, il s'y joint des symptômes généraux, de l'élévation thermique, de la sécheresse de la langue et des lèvres et comme une sorte d'état typhoïdique, parfois grave.

La symptomatologie des troubles psychiques post-opératoires connue, il faut se demander s'il n'est pas possible d'établir parmi eux une division. Celle qui me paraît la plus rationnelle est la division chronologique, basée sur l'époque d'apparition des troubles psychiques.

Ces troubles psychiques se classent en effet pour ainsi dire d'eux-mêmes en *trois groupes*, analogues à ceux que nous avons admis pour les psychoses post-traumatiques : 1° les troubles psychiques *immédiats*, qui surviennent aussitôt après l'opéra-

tion ; 2° les troubles psychiques *secondaires*, qui éclatent du deuxième au dixième jour ; 3° enfin les troubles psychiques *tardifs*, qui apparaissent plusieurs semaines après.

a. *Psychoses post-opératoires immédiates.* — Les psychoses qui succèdent sans transition au sommeil anesthésique, me paraissent dues à l'intoxication chloroformique agissant à la faveur du shock. La promptitude du délire, sa disparition en général assez rapide, son caractère typique de *délire toxique hallucinatoire confus*, tout, jusqu'à la saveur prolongée de chloroforme accusée souvent par les malades, semble trahir, en effet, sa véritable origine.

b. *Psychoses secondaires.* — Les psychoses secondaires sont dues soit à la septicémie, à une infection accidentelle, soit surtout à une auto-intoxication déjà existante ou réalisée, chez certains individus moins résistants, par le shock opératoire. Ce sont les plus fréquentes et les plus typiques, ce sont les psychoses post-opératoires proprement dites.

Leur processus est exactement le même que celui de toute confusion mentale toxique ou infectieuse et ils sont précédés, accompagnés et suivis des mêmes particularités symptomatiques. C'est dire qu'en règle générale, leur apparition coïncide avec une *diminution parfois très notable de la quantité d'urine*, de l'état saburral, de la constipation ; qu'ils débutent par de la *céphalée*, de l'insomnie, de l'agitation ; qu'ils se traduisent par un fond constant d'*obtusion psychique*, avec *délire hallucinatoire onirique*, professionnel, zoopsique ou terrifiant, et que cet état de confusion mentale plus ou moins aiguë et parfois fébrile laisse après lui une hébétude plus ou moins longue avec *amnésie* habituelle de la crise. Ainsi que nous l'avons noté à diverses reprises dans les autres intoxications s'accompagnant de confusion mentale, l'évolution des troubles psychiques est habituellement ici aussi parallèle à l'évolution auto-toxique, en particulier à la courbe urinaire, dont le relèvement, qui peut aller jusqu'à la décharge polyurique, annonce et traduit l'amélioration mentale.

c. *Psychoses tardives.* — Les psychoses post-opératoires tardives sont le résultat d'un déficit de nutrition de l'organisme, sous l'influence de toutes les conditions qui peuvent le produire :

suppurations prolongées, décubitus, cachexie, fièvre, etc. Elles se présentent surtout alors, comme dans la psychose de la lactation ou dans la psychose traumatique tardive, sous la forme de confusion mentale simple ou asthénique, avec prédominance des symptômes de torpeur et d'hébétéude. Elles peuvent aussi, dans certains cas, reconnaître pour cause ou les pansements longtemps prolongés, surtout à l'iodoforme, ou la suppression d'un organe à sécrétion interne, tel que le corps thyroïde ou l'ovaire. Dans ce dernier cas, assez rare d'ailleurs mais dont j'ai observé des exemples, les troubles psychiques s'accompagnent généralement de phénomènes somatiques assez caractéristiques, en particulier des phénomènes vaso-moteurs qui s'observent si souvent à l'âge critique.

3° Pronostic. — Ainsi que nous l'avons vu pour les traumatismes, l'existence d'un délire post-opératoire n'est pas l'indice d'un pronostic grave ni quant à l'état général, ni quant au délire lui-même, qui le plus souvent *guérit* après une durée relativement courte. Ce n'est que dans certains cas, principalement lorsqu'il y a prédisposition, hérédité vésanique, qu'il peut persister, tourner en quelque sorte à la folie et nécessiter l'internement.

4° Étiologie. — Les psychoses post-opératoires surviennent surtout chez les *auto-intoxiqués* et les individus en imminence d'auto-intoxication tels que les hépatiques, les constipés, les artério-scléreux, les vieillards, etc. Il convient donc au plus haut point de s'assurer avant toute grande opération et à chaque instant pour ainsi dire durant la période qui la suit, de l'intégrité et du bon fonctionnement des grands organes éliminateurs.

Il faut tenir compte aussi dans l'étiologie de l'influence des causes antérieures, psychiques et physiques, de débilitation, comme les émotions et les fatigues de la *guerre*, par exemple, pour les soldats. Les dernières grandes guerres ont nettement confirmé le fait.

Les psychoses post-opératoires sont notablement plus fréquentes dans le *sexe féminin*. Elles sont très rares chez les enfants.

On a cherché à établir s'il existait des opérations plus aptes que d'autres à donner lieu à des troubles psychiques. Certains auteurs ont indiqué comme telles les *opérations gynécologiques* qui, par leur importance, leur durée, la quantité d'anesthésique employé, l'intensité de leur shock, leur siège, leurs conséquences possibles, etc., étaient les plus susceptibles d'exercer une action fâcheuse à ce point de vue. En réalité, la tendance à la psychose post-opératoire dépend bien moins de l'opération elle-même et de ses conditions que de l'intensité de son retentissement auto-toxique, c'est-à-dire en somme moins d'elle que de l'individu. C'est pourquoi l'on voit des sujets faire du délire post-opératoire pour l'opération la plus bénigne, la plus légère, tandis que d'autres n'en font pas pour les opérations les plus graves. L'exemple le plus probant de ce fait nous est fourni par l'opération de la *cataracte* qui, bien qu'étant une opération sans gravité, sans anesthésie générale, sans aucune des conditions considérées comme aggravantes, paraît être celle qui fournit le plus de délires post-opératoires. Pourquoi? Est-ce parce que c'est là qu'il y a le plus de prédisposés vésaniques? Assurément non; c'est tout simplement parce que la plupart des cataractés sont des *vieillards*, des *artério-scléreux*, à exutoires usés, fonctionnant mal, faisant pour un rien de la rétention toxique et, par suite, du délire auto-toxique.

Depuis que j'ai attiré l'attention sur ce mécanisme du délire post-opératoire, le délire consécutif à l'opération de la cataracte, que les oculistes avaient interprété de mille façons contradictoires, s'est trouvé expliqué, et certains d'entre eux, comme FROMAGET, ont publié des cas probants dans lesquels le délire, coïncidant avec une poussée de constipation ou un abaissement à 300 et 400 grammes du taux urinaire, disparaissait rapidement sous l'influence du traitement antitoxique approprié.

C'est le cas de répéter avec TROUSSEAU, qui semble avoir deviné la nature auto-toxique de la psychose post-opératoire : « *Quand un sujet âgé délire, s'agite à la fin de l'opération, qu'on s'inquiète !... Quand la langue se sèche, quand la quantité des urines diminue, quand surtout il y a anurie, qu'on s'alarme.* »

5° Diagnostic. — Comme toutes les psychoses auto-toxiques, cliniquement identiques entre elles, nous le savons, les psychoses post-opératoires peuvent être confondues, l'ont été et le sont encore souvent, avec les *psychoses alcooliques*. C'a été même pendant un temps la théorie régnante de considérer les délires post-opératoires, aussi bien que les délires de la pneumonie, les délires paludéens, et tant d'autres, comme des délires alcooliques. On en est revenu aujourd'hui. Mais telle est l'analogie des uns et des autres que, malgré la conception nouvelle des délires auto-toxiques, qui explique cette analogie, on a encore tendance à considérer un délire hallucinatoire post-opératoire, lorsqu'il survient, comme un délire alcoolique. La distinction, cliniquement difficile, se fait surtout par l'étude des antécédents, par le caractère plus confus du délire post-opératoire, par les symptômes concomitants d'auto-intoxication. Il faut également, comme le dit PILCZ, distinguer les psychoses post-opératoires des *démences* jusque-là latentes, mais écloses à la faveur des opérations, surtout chez les vieillards après la cataracte.

6° Traitement. — Le traitement des psychoses post-opératoires doit être essentiellement un traitement causal, c'est-à-dire celui de l'infection ou de l'auto-intoxication originelles.

ARTICLE V

INSOLATION

Le soleil et la chaleur ne se bornent pas à produire les psychoses de l'insolation aiguë. Leur action lente peut déterminer encore, surtout dans les climats tropicaux, des troubles nerveux et psychiques plus ou moins marqués que nous devons mentionner tout d'abord brièvement.

§ 1. — TROUBLES NERVEUX ET PSYCHIQUES
D'ORIGINE TROPICALE

Ces troubles nerveux et ces troubles psychiques élémentaires, dans la production desquels interviennent aussi tous les facteurs

étiologiques accumulés dans les colonies et qui sont connus sous le nom de *neurasthénie tropicale*, de *soudanite*, ont été signalés et décrits par nombre d'auteurs, en particulier par LAYET, TREILLE, LE DANTEC, ESCANDE DE MESSIÈRES. Ils atteignent de préférence les prédisposés névropathes, les individus de santé débile ou déjà altérée par le paludisme chronique, la diarrhée, la dysenterie, la syphilis, les maladies antérieures, enfin et surtout par l'alcool, l'opium ou la morphine.

L'influence psychique des pays chauds sur les colonaux peut ainsi conduire à des états nerveux variés, à des impulsions, à des actes de cruauté, de férocité vraiment extraordinaires, et dont nous avons eu, dans ces dernières années, des exemples aussi tristes que typiques.

Je renvoie plus particulièrement, pour les détails relatifs aux troubles nerveux et psychiques dus à l'influence des pays chauds, à la dernière édition du *Précis de pathologie exotique* de mon collègue LE DANTEC et à la toute récente brochure de notre ancien élève ESCANDE DE MESSIÈRES sur « la psychologie des colonaux ».

Je me borne à insister simplement sur la nécessité qu'il y a pour les gouvernements, les administrations, les familles, à n'envoyer aux colonies que des individus exempts de toute tare, surtout mentale, et aussi sur la nécessité qu'il y a pour les Européens résidant aux colonies d'observer plus encore qu'ailleurs les règles de l'hygiène et de la sobriété les plus rigoureuses. Un Européen prédisposé originellement par son hérédité, ou accidentellement par ses excès, qui va vivre aux colonies et qui s'y intoxique, est un homme perdu cérébralement.

§ 2. — PSYCHOSES D'INSOLATION

Nous n'avons pas souvent l'occasion, dans nos climats tempérés, d'observer des troubles cérébraux sous l'influence de l'insolation, bien qu'ils y soient moins rares qu'on le suppose. Dans les pays chauds, en revanche, ces troubles sont des plus fréquents et parfois des plus graves.

Les psychoses de l'insolation sont signalées sans détails dans

les traités de pathologie exotique. Il ressort cependant de ces indications classiques que le délire et les hallucinations existent à peu près constamment dans la seconde période ou période d'excitation de l'insolation (sunstroke des Anglais) et que, dans certains cas même, ils sont à ce point marqués qu'on admet une forme délirante de la maladie, désignée autrefois sous le nom de *calenture*.

Quant aux psychiatres, ils n'ont guère étudié, et cela se comprend, ce genre de psychoses et nous n'avons guère à signaler comme travaux spéciaux sur le sujet que celui de TH.-B. HYSLOP (1890) et le nôtre (1901). Nous basant, en ce qui nous concerne, sur l'ensemble des faits publiés et sur un cas personnel typique, nous avons montré que les psychoses d'insolation se traduisaient très nettement par des états de confusion mentale, c'est-à-dire par une symptomatologie identique à celle de toutes les intoxications externes ou internes.

1° Symptomatologie. — Nous passerons donc rapidement en revue, dans la symptomatologie des psychoses d'insolation, les principales formes de confusion mentale sous lesquelles elles se présentent : 1° le *délire hallucinatoire aigu*; 2° le *délire aigu*; 3° la *confusion mentale amnésique*; 4° le *syndrome paralytique*.

a. *Délire hallucinatoire aigu.* — Le délire hallucinatoire aigu revêt ici les mêmes caractères que partout ailleurs. Il est constitué par un état d'agitation désordonnée, violente, incoercible d'idées, de langage, d'actes, provoqué et entretenu par des hallucinations pénibles, terrifiantes. Sous l'influence de leurs visions, les malades sont dans un état d'effroi inexprimable et le plus souvent, pris d'affolement, de panopobie, ils courent impulsivement devant eux et vont jusqu'à se jeter par les fenêtres ou, s'ils sont à bord, dans la mer.

Cette particularité avait tellement frappé les médecins qui en furent témoins qu'ils y virent le principal symptôme de la maladie. C'est ainsi que NYSTEN définit la *calenture* « une espèce de délire furieux auquel les navigateurs sont sujets sous la zone torride : c'est une affection cérébrale caractérisée particulièrement par le désir de se jeter à la mer ».

En réalité, il n'y a rien là de spécial à l'insolation ; c'est une impulsion commune à toutes les psychoses toxiques à délire hallucinatoire terrifiant et que nous retrouverons notamment dans les psychoses de la période hyperthermique des infections aiguës : fièvre typhoïde, pneumonie, variole, scarlatine, érysipèle, etc. C'est l'impulsion aveugle de tout délirant qui fuit, épouvanté, devant ses redoutables visions.

Parfois même, comme dans un cas cité par RAYNEAU (1900), la fuite devient une véritable *fugue*, une crise d'*automatisme ambulatoire*, de caractère somnambulique, comme celles qui ont lieu dans la psychose alcoolique.

b. *Délire aigu.* — Le délire aigu n'est, nous le savons, que le délire hallucinatoire terrifiant à un degré plus marqué d'intensité, avec symptômes méningitiques, souvent mortels. Cette variété grave de confusion mentale est fréquentée dans l'insolation. Elle n'y offre pas des caractères spéciaux.

c. *Confusion mentale amnésique.* — Toutes les intoxications et toutes les infections aiguës donnent lieu, nous le savons aussi, à des psychoses habituellement suivies d'amnésie lacunaire et parfois aussi d'amnésie de fixation. Quelques-unes de ces intoxications et infections déterminent, comme par une sorte d'aptitude spéciale, des amnésies plus fréquentes et plus profondes. De ce nombre sont : l'*éclampsie*, la *polynévrite*, l'*insolation*.

L'observation que j'ai publiée et celle que LE DANTEC a signalée dans la récente édition de son ouvrage montrent de façon typique que l'amnésie peut, à la suite de l'insolation, être la manifestation dominante et se prolonger pendant plusieurs années.

Tantôt la confusion mentale revêt dès le début la *forme amnésique*, ainsi que cela a lieu fréquemment dans la polynévrite. D'autres fois, c'est à la suite d'un accès de *délire hallucinatoire* ou de *délire aigu* que la confusion mentale prend ce caractère.

Dans ce dernier cas, l'amnésie est tout d'abord *lacunaire*. Les malades ont totalement oublié la période aiguë de leur délire, ou bien il n'en surnage que quelques vagues débris dans leurs souvenirs. L'amnésie peut être alors également *rétrograde* et remonter plus ou moins en arrière. Mon malade avait oublié non seulement sa crise de délire hallucinatoire aigu, durant

laquelle il avait été traité dans un hôpital aux colonies, mais encore la majeure partie des dix-huit mois précédents, enveloppés d'un nuage des plus obscurs. La lacune amnésique était ainsi comme une période absente de la mémoire, précédée et suivie d'une véritable phase d'amnésie crépusculaire.

Mais la variété d'amnésie qui ne manque dans aucun cas et qui donne à l'état mental sa physionomie particulière, de même que dans la psychose polynévritique, c'est l'*amnésie antérograde, actuelle*, ou mieux l'*amnésie de fixation*. Chez mon malade, cette amnésie était poussée à un point extrême. Il fallait qu'il fût accompagné quand il sortait, car il oubliait dix fois en route où il se rendait ; il ne savait ce qu'il avait fait la veille ou le matin ; il ne pouvait répéter au bout d'un instant un mot, un nom, le mois, la date du jour qu'on venait de lui dire. Il commettait ainsi les pires bévues, paraissant absolument étranger à ce qu'il exécutait. Le malade de LE DANTEC et PITRES, jeune médecin de marine, présentait exactement les mêmes particularités, c'est-à-dire une *amnésie lacunaire*, une *amnésie rétrograde crépusculaire* remontant à cinq ans et une *amnésie de fixation* des plus marquées. Lorsque l'amnésie de fixation est profonde, comme dans les deux cas cités, elle se prolonge quelquefois pendant très longtemps. Mon malade, frappé d'insolation en juillet 1900, est resté pendant plus de trois ans hors d'état d'assimiler les faits présents et c'est à peine si aujourd'hui il est entièrement guéri.

Ces amnésies toxiques présentent bien des particularités qu'il serait intéressant d'étudier. Ainsi, mon malade qui avait appris l'anglais aux colonies, c'est-à-dire au cours d'une époque dont il avait perdu le souvenir, avait conservé cependant la connaissance de cette langue. D'autre part, tandis qu'il était incapable de fixer quoi que ce soit dans son esprit et de s'en souvenir un instant après, il pouvait apprendre de longues pièces de vers aussi facilement qu'autrefois et les réciter même au bout d'un certain temps.

L'amnésie de fixation s'accompagnait chez lui d'un degré marqué d'obtusion, de torpeur et même de somnolence.

d. *Syndrome paralytique*. — D'après J. MICKLE, l'insolation serait une cause assez fréquente de paralysie générale chez les

soldats anglais de l'Inde et son opinion s'appuie sur l'autorité de MEYER, VICTOR, BERSTEIN et autres. En ce qui le concerne, et sur 49 cas, HYSLOP n'en a trouvé qu'un seul dans lequel la paralysie générale était certaine ; mais le nombre de ceux qui simulaient la maladie était remarquable. Dans 14 cas, l'association de symptômes d'affaiblissement psychique et physique rendait le diagnostic d'une extrême difficulté. Il existait du tremblement de la langue, de la difficulté ou embarras de la parole, des anomalies pupillaires, de l'altération des réflexes (principalement exagérés), une écriture cassée et saccadée, une marche incertaine et faible, de la perte du contrôle vésical et rectal, des hallucinations ou perversions de tous les sens ou de quelques-uns (celui de l'odorat moins communément), de la mélancolie ou de l'hypocondrie, plus souvent encore de l'exaltation, de l'extravagance, de l'excitation ou même de la manie aiguë. Le diagnostic de paralysie générale paraissait, on le voit, s'imposer ; mais, après un certain temps, les signes physiques disparaissaient et le malade guérissait mentalement. Parfois, cependant, l'intelligence restait définitivement altérée et on voyait persister soit de la désorientation et des absences, soit plutôt des traces d'exaltation ou d'idées fixes avec tendances à la satisfaction et à la gaieté. Ces malades, avec ou sans troubles moteurs et sensoriels spéciaux, pouvaient rester des années dans cet état, sans changement notable d'une année à l'autre.

L'auteur insiste sur la fréquence et l'importance de la céphalalgie chez ces sujets, sur leur sensibilité à la chaleur, dont l'action suffit à réveiller leurs troubles psychiques.

2° *Étiologie et pathogénie*. — La cause des psychoses de l'insolation est nécessairement l'*action du soleil* frappant la tête, surtout au niveau de la nuque, principalement lorsque le sujet est immobile ou endormi. Mais il est d'autres facteurs adjuvants tels que la syphilis, l'artério-sclérose, l'état congestif et surtout l'*alcoolisme*. Beaucoup d'insolés, surtout dans nos pays, avaient bu ou étaient en état d'ivresse au moment où ils subirent l'action nocive du soleil, d'où difficulté pour le *diagnostic*.

Quant à la *pathogénie* des psychoses héliosiques, leurs caractéristiques

tères cliniques nous montrent nettement qu'elles sont dues à une *intoxication*. Cela est d'ailleurs en accord avec la théorie pathogénique de l'insolation actuellement prédominante, qui tend à en faire une intoxication, soit par action directe du calorique sur le système nerveux (calorique poison), soit par voie indirecte ou d'auto-intoxication.

Ce serait le même mécanisme que dans le shock traumatique, qui agit aussi par auto-intoxication. La psychose d'insolation rentrerait donc dans la catégorie des psychoses auto-toxiques par shock et cela explique ses analogies avec la psychose traumatique, qui avaient déjà frappé HYSLOP.

3° Pronostic, traitement. — Hormis les cas où il s'agit de délire aigu méningitique, les psychoses d'insolation ne se terminent pas par la mort. Elles ont cependant un *pronostic assez grave*, par suite des perturbations profondes et souvent très prolongées qu'elles entraînent dans la mémoire, perturbations auxquelles peut même se joindre une diminution définitive de l'état mental.

La récupération des souvenirs se fait toujours de façon très lente et graduelle et, chez les deux sujets qui nous ont servi de type tout au moins, par des images visuelles.

Le *traitement des accès de délire hallucinatoire et de délire aigu* se confond avec celui de l'insolation elle-même et doit par suite consister en réfrigération du corps, bains tièdes, glace sur la tête, révulsion sur l'intestin, antithermiques, etc.

Le *traitement des formes asthéniques et amnésiques* réclame les toniques et les stimulants, externes et internes. On peut, dans les cas d'amnésie persistante et rebelle, recourir à la *suggestion hypnotique*, mais, chez mon malade, les souvenirs antérieurs ne se réveillaient qu'en partie dans l'hypnose, et, quant aux suggestions, docilement acceptées, elles ne se réalisaient également que de façon incomplète, faute de se graver suffisamment, comme les perceptions à l'état de veille, dans le cerveau.

Le médecin major SABATIER (1905) préconise contre les accidents constituant le coup de chaleur l'extrait de capsules surrénales. De son côté le médecin major BONNETTE (1905), contre le

coup de chaleur dans les armées des pays tempérés, qu'il considère aussi comme un empoisonnement sanguin avec stase circulatoire dans les méninges et les poumons, conseille une série de moyens, parmi lesquels les tractions rythmées de la langue, la respiration artificielle, la saignée suivie d'injections de sérum artificiel, enfin, dans les cas de céphalée persistante, la ponction lombaire.