

CHAPITRE III
PSYCHOPATHIES DES INFECTIONS

Ce chapitre est consacré aux psychoses des infections, divisées en deux sections : 1° les *infections aiguës* ; 2° les *infections chroniques*.

SECTION PREMIÈRE
INFECTIONS AIGUES

Après quelques considérations générales sur les psychoses des infections aiguës, nous dirons un mot successivement des psychoses dans chacune des principales de ces infections.

§ 1. — GÉNÉRALITÉS

Les psychoses des maladies infectieuses aiguës offrent ceci de particulier que non seulement elles ressemblent à toutes les psychoses toxiques, au grand groupe desquelles elles appartiennent, mais encore qu'elles sont identiques les unes aux autres.

1° Moment d'apparition, division. — Dans toutes les infections aiguës, les troubles psychiques peuvent apparaître à quatre moments distincts : 1° au *début*, avant tout autre symptôme, pour ainsi dire ; 2° à la *phase d'hyperthermie* ; 3° à la *phase de défervescence* ; 4° enfin à un moment quelconque de la *convalescence*. D'où, au point de vue chronologique, quatre variétés de psychoses dans les infections aiguës, susceptibles à la rigueur de se réduire à deux principales : 1° les *psychoses de la période aiguë* ou psychoses infectieuses proprement dites, comprenant les *psychoses préfébriles* et les *psychoses fébriles* ; 2° les *psychoses*

de la *période terminale* ou psychoses post-infectieuses, comprenant les *psychoses de la défervescence* et les *psychoses de la convalescence*.

2° Symptomatologie. — Le type clinique des psychoses, dans toutes les infections aiguës, est la *confusion mentale*, c'est-à-dire la psychose caractéristique des états d'empoisonnement de l'organisme.

Durant le *stade fébrile*, la psychose infectieuse revêt ordinairement l'une des formes de la confusion mentale aiguë, en particulier la forme de *délire onirique hallucinatoire*, ou celle de *délire aigu méningitique*, parfois mortel.

Le délire onirique hallucinatoire se traduit par des rêves en action, vécus, mouvementés, faits de scènes professionnelles, familiales, ou purement fantastiques, de visions parfois agréables, célestes, mais le plus souvent pénibles, terrifiantes, où vivent, passent et s'agitent comme en des tableaux cinématographiques des animaux, des personnages grotesques, des fantômes, des démons, des assassins ; plus rarement il existe des hallucinations et des illusions de l'ouïe, du goût, des craintes d'empoisonnement, de l'érotisme, du mysticisme, etc. Cet état onirique ou de somnambulisme aigu, pour ainsi dire, s'accompagne d'une agitation plus ou moins vive, parfois de paroxysmes violents et souvent aussi d'impulsions panophobiques, au cours desquelles les malades, affolés par leurs terreurs hallucinatoires, se lèvent brusquement de leur lit et cherchent fébrilement à se cacher ou à s'enfuir par la première issue venue. C'est là la raison habituelle des précipitations par la fenêtre, si communes dans toutes les psychoses d'intoxication ou d'infection aiguës, et vis-à-vis desquelles il faut par suite être prévenu.

Durant le *stade post-fébrile* et de la *convalescence*, on a affaire principalement à la *forme asthénique* de la confusion mentale, variable de degré et de durée, mais constituée essentiellement par du désarroi intellectuel, de l'obnubilation, de la stupidité, de la pseudo-démence avec ou sans délire et agitation.

L'amnésie de fixation y est d'ordinaire très marquée et dans certains cas même peut dominer la scène au point de légitimer

la création d'une variété *amnésique* de confusion mentale. C'est ce qui a lieu notamment dans les accidents polynévritiques.

Une autre forme de confusion mentale qui est susceptible de s'observer dans toutes les infections aiguës, soit dans la période hyperthermique, soit surtout dans la convalescence, c'est la forme à *syndrome paralytique*, caractérisée par les symptômes mentaux et somatiques de la paralysie générale. Le tableau clinique est le même et cet état ne diffère de la paralysie générale classique que par son évolution rapide et sa tendance naturelle à la régression, à la guérison.

Ce sont là de véritables paralysies générales *régressives* ou *temporaires* (RÉGIS) qui s'arrêtent et rétrocedent parce que les lésions aiguës qui les produisent s'arrêtent et rétrocedent aussi le plus souvent.

3° Anatomie pathologique, pathogénie. — Les lésions cérébrales dans les psychoses des infections aiguës sont, en effet, celles de la paralysie générale, c'est-à-dire des lésions de *méningo-encéphalite diffuse*, mais de méningo-encéphalite diffuse aiguë.

Elles consistent en œdème du cerveau, vascularisation active, altération à divers degrés des cellules et des fibres, prolifération de la névroglie.

Il s'y joint parfois des lésions des viscères, en particulier du cœur, du foie et des reins. Au point de vue *pathogénique*, les psychoses des maladies infectieuses aiguës sont le résultat, ainsi que CHARDON l'a bien indiqué dans sa thèse (1899) : 1° soit de l'action directe des microbes localisés dans les centres nerveux ; 2° soit de l'action des produits sécrétés par les microbes ou toxines ; 3° soit de l'auto-intoxication secondaire résultant de l'atteinte des viscères ou de la non-élimination des poisons.

4° Diagnostic. — Les psychoses du début des infections aiguës, celles qui éclatent avant toute autre manifestation morbide bien évidente, risquent d'être prises pour de la *folie ordinaire*, de la *vésanie*, notamment pour un accès de *manie*. L'erreur a été fréquemment commise, elle l'est encore et sa conséquence presque obligée est l'internement regrettable dans un asile

d'aliénés d'un malade à la phase initiale d'une fièvre typhoïde, d'une pneumonie, d'une grippe, etc. C'est en grande partie pour obvier à des méprises de ce genre que les chefs de service ont en tous lieux demandé l'organisation dans chaque grand hôpital de salles ou chambres d'observation spéciales, et que le Congrès des Aliénistes et Neurologistes français a émis, en 1901, un vœu unanime en faveur de cette création, qui permettrait « de ne transférer les malades délirants et agités des hôpitaux dans les asiles, qu'après aliénation mentale confirmée ».

Quoi qu'il en soit, il est des signes qui peuvent permettre au médecin d'établir le diagnostic de psychose infectieuse préfébrile et qui, en tous cas, l'obligent à temporiser. Ce sont : la *céphalée* prémonitoire, les modifications de l'urine et du taux urinaire, l'état saburral, la constipation opiniâtre, l'apparition de la fièvre, la brusquerie du délire, son caractère onirique, hallucinatoire, confus, son acuité. C. ROUGÉ a insisté récemment sur ce diagnostic (1903).

Une autre erreur bien souvent commise, c'est celle qui consiste à voir dans le *délire infectieux* un *délire alcoolique*. Elle sera évitée si l'on a présent à l'esprit que le délire onirique à hallucinations professionnelles ou terrifiantes n'est pas, comme on l'a cru longtemps, le monopole exclusif de l'alcoolisme, mais bien la manifestation psychopathique ordinaire de toute intoxication et de toute infection. La constatation de ce délire signifie donc non pas alcoolisme, mais simplement intoxication ou infection. C'est à l'ensemble des autres symptômes à indiquer ensuite de quelle sorte d'empoisonnement, interne ou externe, il s'agit.

Il y a lieu enfin de distinguer, suivant les cas, la psychose infectieuse de la *méningite*, de la *démence vraie*, du *délire systématisé*, de la *paralysie générale progressive*. Cette distinction n'offre pas en général de très sérieuses difficultés.

5° Pronostic. — Au point de vue du *pronostic*, on peut dire que, malgré leurs réactions souvent désordonnées et violentes, et malgré certains signes de déchéance en apparence graves, les psychoses des infections aiguës aboutissent le plus souvent

à la guérison, sauf le délire aigu méningitique, qui se termine parfois par la mort.

Il faut ajouter aussi que leur guérison n'est pas toujours bien complète et qu'elles laissent fréquemment après elles les sujets diminués et en état d'*infériorité psychique*, particulièrement en ce qui concerne la *mémoire*, indépendamment de l'*amnésie lacunaire*, qui est à peu près la règle en pareil cas.

6° Traitement. — Au point de vue *thérapeutique*, le traitement *anti-infectieux*, *antiseptique*, général ou local, donne souvent ici d'excellents résultats. C'est donc à la cure de l'infection ou de l'auto-intoxication qu'il faut surtout recourir pour combattre et guérir le trouble mental.

Parmi les indications spéciales, celle qui s'impose avant tout est de procurer au malade un *sommeil* assez profond et assez prolongé pour que les troubles délirants et hallucinatoires ne puissent s'y manifester. Le chloral, le bromidia, mais surtout le véronal donnent à cet égard les meilleurs résultats.

7° Division. — Nous allons maintenant rapidement passer en revue, dans des articles distincts, les psychoses des maladies infectieuses aiguës suivantes : *Fièvre typhoïde* et *Typhus exanthématique* ; *Grippe* ou *influenza* ; *Pneumonie* ; *Polynévrite périphérique* ; *Fièvres éruptives* (*Variole* et *Vaccine* ; *Rougeole* ; *Scarlatine*) ; *Diptérie* ; *Erysipèle* ; *Choléra* ; *Rage*.

§ 2. — FIÈVRE TYPHOÏDE

La psychose de la fièvre typhoïde est le type des psychoses liées aux maladies aiguës infectieuses, et elle est, comme l'ont établi NASSE, SCHLAGER, CHRISTIAN, relativement assez fréquente.

1° Psychoses de la période aiguë. — La psychose de la période fébrile ou psychose *perityphique* (MARANDON DE MONTYEL) peut éclater dès le *début* de la maladie, à la phase initiale, et revêt le plus souvent alors la forme de *confusion mentale* avec *violente agitation*, c'est-à-dire les caractères de la *psychose hallucinatoire* ou même du *délire aigu*. Lorsque le délire apparaît

ainsi au début même de la fièvre typhoïde, il peut en masquer plus ou moins les symptômes et entraîner de ce chef l'internement du malade dans un asile d'aliénés. Ce fait a été signalé depuis longtemps par les auteurs.

Mais ce n'est pas seulement dans la période initiale de la fièvre typhoïde que peuvent se manifester des troubles psychiques ; ils peuvent également survenir dans la *période d'état*. Ces délires de la période d'état sont encore mal connus et on en a cité de formes diverses consistant surtout en *psychoses aiguës* avec hallucinations terrifiantes (THORE, CHRISTIAN), idées de persécution (BARIÉ), délire mystique (CHÉRON, JOFFROY, BARIÉ, GLOVER) ou même délire méningitique (LIEBERMEISTER cité par KRAEPELIN, RAYMOND). GLOVER soutient avec RAYNAUD que le type ordinaire du délire à la période d'état, chez l'individu non prédisposé, est représenté par un état mélancolique avec délire d'action ou par une stupeur profonde avec excitation mentale considérable. Chez le prédisposé vésanique il s'agirait le plus souvent d'un véritable délire aigu d'une gravité extrême, avec agitation musculaire, incoordination, crises convulsives toniques et cloniques, albuminurie, collapsus à la période terminale.

Il est facile de voir, au fond de toutes ces constatations en apparence différentes, qu'il s'agit là des manifestations variées d'un seul type de psychose, la *confusion mentale*, se présentant, au cours de la fièvre typhoïde, sous l'une de ses formes aiguës : *délire hallucinatoire*, *stupeur*, *délire aigu*.

2° Psychoses de la convalescence. — Les travaux, en ce qui concerne les *délires post-typhiques*, ont été plus nombreux et plus concordants. Depuis très longtemps déjà on a constaté en effet qu'un état psychopathique pouvait survenir à la suite de la fièvre typhoïde, soit durant la convalescence, soit plus ou moins longtemps après et que cet état psychopathique se caractérisait essentiellement par une *obtusio* profonde et parfois absolue de l'intelligence, à laquelle se joignaient souvent des idées délirantes variées, notamment des *idées de grandeur*, du délire ambitieux, rappelant par son caractère absurde et diffus celui de la *paralysie générale* (SAUVET, LEUDET, MARCÉ, DELA-

SIAUVE, MUGNIER, BÉHIER, CHRISTIAN, LIOUVILLE, BARBELET, RÉGIS, MARANDON DE MONTYEL, MAX SIMON, GLOVER, KRAEPELIN etc.). MARCÉ (1862) a insisté particulièrement sur le délire ambitieux et DELASIAUVE (1864) sur l'obtusion. DELASIAUVE faisait remarquer déjà que malgré l'agitation et la dépression, qui ont fait attribuer bien des cas de psychose post-typhique à la manie et à la mélancolie, il s'agit en réalité de *confusion mentale*.

Tous les auteurs, depuis, ont mis en relief cette obtusion, qui est le signe le plus évident de l'épuisement, de l'asthénie de l'organisme à ce moment, d'où le nom de *psychose asthénique* donnée par KRAEPELIN à la psychose de la convalescence des infections graves.

Il n'est pas douteux en effet, que ce qui domine là c'est la confusion mentale, la pseudo-démence constituée par une « obtusion intellectuelle extrême et une abolition complète de la mémoire qui impriment aux conceptions délirantes, de quelque nature qu'elles soient, un cachet d'absurdité spéciale. Les malades délirent d'une façon naïve et leur psychose rappelle les psychoses séniles ; on croirait entendre radoter de jeunes vieillards. Il n'y a pas chez eux de systématisation, ils émettent les conceptions les plus absurdes sans qu'elles se rattachent dans leur esprit à une association d'idées logiquement agencée. Ils parlent de leurs hallucinations, les racontent comme des faits divers, telles qu'ils les subissent, sans chercher à les comprendre ou à les interpréter. Cette stupeur de l'intelligence se reflète sur le visage et le regard paraît hébété » (RÉGIS, 1882). A cet état peut se joindre parfois de la catalepsie symptomatique, de la catatonie.

Les *idées délirantes ambitieuses* dont nous avons parlé présentent ce caractère curieux de persister parfois après la guérison complète de la fièvre typhoïde et des autres troubles psychiques. Divers auteurs (BALLET, DUFOUR 1899, ROUGÉ 1905), en ont cité des exemples et DELASIAUVE avait même déjà noté que ces impressions délirantes, qui survivent à l'amélioration cérébrale, peuvent devenir la base d'une sorte de délire systématisé. J'ai montré que ces idées délirantes, qui d'ailleurs peuvent revêtir une forme quelconque, sont le résultat de la persistance, dans

la conscience, des conceptions prédominantes du délire onirique ou rêve somnambulique infectieux, et qu'elles sont identiques par suite, aux idées fixes post-somnambuliques ou hypnotiques, d'où le nom d'*idées fixes post-oniriques* que je leur ai donné. J'ai montré aussi que ces idées fixes post-oniriques, souvent durables et tenaces, étaient, comme les idées fixes post-somnambuliques, justiciables de la suggestion hypnotique. MARSAT, dans sa récente thèse (1902), a confirmé le fait.

Ce qu'il convient d'ajouter ici, c'est que la fièvre typhoïde est la maladie infectieuse aiguë à la suite de laquelle on observe le plus souvent ces idées fixes post-oniriques, véritables reliquats monodéiques de l'accès délirant.

C'est aussi l'une de celles — le fait est devenu proverbial — à la suite desquelles l'*amnésie* est la plus profonde et la *diminution du niveau mental* la plus évidente et la plus persistante, au moins dans bien des cas.

Ajoutons que les psychoses post-typhiques s'observent aussi chez l'enfant (COMBY 1896, DIEUZAIDE 1903).

Dans les psychoses de la fièvre typhoïde, comme dans les psychoses de toutes les autres infections aiguës, on a signalé des lésions de *méningo-encéphalite* dont la ressemblance avec celles de la paralysie générale a depuis longtemps frappé les auteurs (CHÉDEVERGNE 1863, A. VOISIN 1883).

3° Cérébro-typhus. — Les symptômes de confusion mentale aiguë qui constituent les psychoses dans la fièvre typhoïde se manifestent non seulement dans les formes ordinaires d'infection typhique, mais encore et surtout dans les formes cérébrales, en particulier dans celle désignée par AUDEMARD, élève de PIERRET, sous le nom de *cérébro-typhus* sans dothiéntérie (1898). La séro-réaction de WIDAL permet de reconnaître la nature et l'origine de cette *typho-psychose*, et par suite, comme le fait justement remarquer AUDEMARD, d'éviter les internements intempestifs ou prématurés.

4° Typhus exanthématique. — La *confusion mentale* et ses diverses variétés, mais surtout le *délire onirique* sont également les psychoses habituelles du *typhus exanthématique*. J'ai observé

plusieurs cas très nets de confusion mentale avec délire onirique professionnel et hallucinatoire dans la dernière épidémie de typhus de Bordeaux, il y a quinze ans.

§ 3. — GRIPPE OU INFLUENZA

Si l'on en excepte quelques cas rares et isolés, notés antérieurement, ce n'est guère que depuis les grandes épidémies récentes que les troubles psychiques de l'influenza ont été étudiés. Citons, parmi les travaux les plus importants sur le sujet, ceux de KRAEPELIN, LADAME, JOFFROY, KIRN, ALTHAUS, PIERRET et PARET, KRYPIAKIEWICZ, SAVAGE, TOULOUSE, etc.

Comme pour la fièvre typhoïde et pour toutes les infections aiguës, nous avons à examiner dans la grippe les psychoses de la période fébrile ou *psychoses pergrippales* et les psychoses de la convalescence ou *psychoses post-grippales*.

1° Psychoses de la période aiguë. — La grippe, de même que les autres maladies infectieuses aiguës, débute parfois par une crise de délire (REVILLIOD, EWALD, ALTHAUS) qui, par cela même qu'il ouvre la scène morbide, peut faire croire à une folie commençante et amener l'internement. Nous avons vu plus haut, aux généralités, comment l'erreur peut être évitée.

Les *psychoses pergrippales* vraies, celles de la période fébrile ou d'état, ont été distinguées par KIRN (1891) en *délires fébriles* ou *psychoses transitoires aiguës*, caractérisées par de l'excitation ou de la dépression avec illusions, hallucinations, cris, parfois symptômes de méningite et en *psychoses proprement dites*, débutant brusquement à l'apogée de la fièvre, se traduisant par des aspects divers, agitation ou dépression, idées mélancoliques, idées de grandeur, ressemblant parfois au délire alcoolique et se terminant ordinairement au bout de quelques semaines par la guérison.

Il n'y a pas lieu, pensons-nous, de maintenir cette distinction, basée d'ailleurs sur de simples nuances, difficilement appréciables. Ce qu'il importe surtout d'indiquer, c'est que les psychoses grippales de la période fébrile se traduisent par de la

confusion mentale, en particulier par du *délire hallucinatoire aigu* ou du *délire aigu*.

Comme toujours, ces manifestations délirantes, exclusivement nocturnes ou à paroxysmes nocturnes, sont constituées par des scènes de rêve vécues et coïncident avec de l'oligurie et une céphalée souvent très pénible, rappelant presque celle de la méningite.

L'agitation est dans certains cas des plus violentes et le malade, principalement dans les paroxysmes de la nuit, parle, crie, s'épouvante et cherche à se lever, à s'échapper par la porte ou la fenêtre, pour fuir les dangers imaginaires que lui créent ses terrifiantes visions.

La crise délirante peut être très légère et très brève et se borner à quelques rêvasseries hallucinatoires, revenant, durant quelques nuits seulement, à l'entrée ou au sortir du sommeil. Elle peut aussi être continue, prolongée et très intense. Rarement cependant le délire aigu grippal se termine par la mort.

2° Psychoses de la convalescence. — KRAEPELIN reconnaît quatre types dans les psychoses post-infectieuses en général : 1° le *délire de collapsus*; 2° la *démence* ou *délire hallucinatoire avec stupeur* (hallucinatorische Verwirtheit); 3° la *démence* ou *délire asthénique* (asthenische Verwirtheit); 4° la *démence aiguë* ou *stupidité*. Ces divers types s'observent dans la convalescence de la grippe; ce ne sont d'ailleurs, sous d'autres noms, que certaines des variétés que nous avons admises à la confusion mentale, en particulier les variétés dans lesquelles dominent la torpeur et l'obtusion, c'est-à-dire des *psychoses asthéniques*.

On sait combien fréquemment la grippe laisse après elle un état d'asthénie physique et mentale profond, persistant, tenace: il n'y a donc pas lieu de s'étonner si les psychoses de la convalescence revêtent essentiellement un caractère *asthénique*. Les malades sont hébétés, stupides, désorientés, avec, sur ce fond de pseudo-démence, de l'agitation, du délire onirique, des hallucinations et un état physique qui traduit, comme l'état psychique de dénutrition, l'épuisement de l'organisme.

Parmi les psychoses post-grippales, il faut faire une place à

part à la *paralysie générale*. La grippe est en effet l'infection aiguë qui donne lieu de la façon la plus fréquente et la mieux caractérisée au syndrome paralytique. Beaucoup d'auteurs ont cité des cas de ce genre, dans lesquels rien ne manquait au tableau clinique : embarras de la parole, tremblement ataxiforme de la langue et des lèvres, inégalité des pupilles, exagération des réflexes tendineux, affaiblissement mental, délires absurdes et incohérents, etc. Mais, et c'est en cela que réside la différence, le syndrome paralytique, dans la grippe, comme dans toutes les infections aiguës, n'est ni stable, ni progressif; les symptômes somatiques même, tels que la dysarthrie et l'inégalité pupillaire, varient d'une journée à l'autre, voire dans la même journée, et le plus souvent, de cet ensemble si menaçant, il ne reste plus rien ou que fort peu de chose au bout de quelques semaines. Le cas de KRYPIAKIEWICZ, dans lequel la démence et la parésie s'accrochèrent progressivement est, à ce point de vue, exceptionnel, de même que le cas plus récent de G. BORIE, de Cumberland, terminé en sept mois par la mort, dans lequel le malade avait contracté la syphilis après l'influenza. La paralysie générale de la grippe, si elle est une *vraie* et non une *pseudo-paralysie générale*, est donc bien le type de ces paralysies générales *régressives* ou *temporaires* auxquelles donnent lieu les infections aiguës.

3° Pathogénie, anatomie pathologique. — Les psychoses de la grippe ont la même origine que toutes les psychoses des maladies infectieuses aiguës : elles sont dues soit à l'action directe des microbes ou de leurs toxines, ce qui a lieu surtout dans les périodes aiguës, soit aux auto-intoxications secondaires, si fréquentes dans la convalescence, soit enfin à la dénutrition et à l'épuisement.

Quant aux *lésions anatomiques*, sur lesquelles ont insisté PIERRET (1893) et CAMIA (1900), elles sont celles des méningo-encéphalites aiguës diffuses d'origine infectieuse, microbienne. PIERRET, qui les a fort bien décrites, les résume ainsi, d'après un cas typique, avec PARET : stase des globules dans les vaisseaux, diapédèse et accumulation de globules blancs dans les

gaines, émigrations lointaines des globules blancs qui se rencontrent disséminés dans tous les espaces où ils ont accès. Dans la substance blanche, comme dans la substance grise, on les observe avec leurs caractères histochimiques, tantôt rangés à la file, tantôt formant des groupes. Autour des cellules nerveuses ayant le plus souffert dans leur nutrition, on les voit réunis, contrastant par leur vitalité avec la cellule elle-même, au protoplasma trop clair, réticulé, et au noyau déformé qui tend à devenir excentrique. Sur des coupes traitées par l'acide osmique, on peut constater que beaucoup de leucocytes sont chargés de très fines granulations graisseuses, et il a semblé même à PIERRET voir des bacilles très petits dans le voisinage de quelques cellules nerveuses.

4° Pronostic. — Les psychoses grippales, aussi bien celles de la période aiguë que celles de la convalescence, aussi bien celles qui affectent des formes d'apparence grave, comme le syndrome paralytique, que les simples confusions asthéniques et les délires oniriques purement nocturnes, sont habituellement *curables* et ce n'est qu'exceptionnellement, dans certains cas de délire aigu fébrile, qu'elles peuvent aboutir à la mort.

Mais l'intoxication ou, comme dit PIERRET, l'*intoxication grippale* a une action particulièrement neurasthénisante, épuisante. Il s'ensuit que, bien que curables, les psychoses de la grippe *durent* souvent plus longtemps que celles des autres infections.

Elles sont, comme celles-ci, suivies d'une *amnésie* plus ou moins complète et d'une *asthénie mentale* plus ou moins intense et durable, moins marquées cependant qu'à la suite de la fièvre typhoïde.

Elles peuvent atteindre les *enfants* (KALISCHER, 1896), comme les adultes.

§ 4. — PNEUMONIE

Nous avons déjà eu l'occasion de dire que toutes les psychoses des auto-intoxications et des infections, par cela même qu'elles ressemblent au délire alcoolique, avaient été souvent confondues avec lui.

Cela est plus particulièrement vrai pour certaines d'entre elles : les psychoses du *paludisme*, des *traumatismes chirurgicaux*, de la *pneumonie*, etc., et encore aujourd'hui, beaucoup admettent par tradition que le délire de la pneumonie, de la pneumonie du sommet surtout, n'est pas autre chose qu'un *délire alcoolique*. Or, s'il est exact que les alcooliques présentent une aptitude spéciale à délirer sous l'influence des maladies qui les atteignent, pour la bonne raison qu'ils sont en état de chimisme instable et constamment prêts à faire de l'auto-intoxication, cette aptitude ne leur appartient certes pas en propre et on peut affirmer que dans la très grande majorité des cas de psychoses infectieuses, la cause réelle du délire, c'est l'infection.

Il existe donc de véritables psychoses de la pneumonie, dans lesquelles nous pouvons distinguer, comme pour les précédentes : 1° les *psychoses de la période aiguë* ; 2° les *psychoses de la convalescence*.

1° Psychoses de la période aiguë. — Il n'est pas rare que la pneumonie *débute par du délire*, délire habituellement brusque, agité, hallucinatoire, violent. « Il peut arriver alors que l'individu soit transporté dans un asile d'aliénés. Mais la pneumonie qui se déclare bientôt, vient en aide pour faire cesser la méprise » (POTAIN, 1897). Pas toujours cependant, car on a cité des faits, celui de DESPLATS (1902), par exemple, où une pneumonie s'est manifestée seulement par un accès de délire aigu et l'élévation de la température. Il faut donc se méfier toujours des accès de délire hallucinatoire aigu qui surviennent brusquement, s'accompagnent de céphalée, de troubles généraux et sont rapidement suivis de fièvre. Il y a, sous roche, quelque intoxication ou quelque infection qui ne tarde pas à éclater.

Le *délire de la période d'état* de la pneumonie est très fréquent ; pour certains auteurs il serait même presque de règle (CALANDRUCIO 1895, BRANCATI 1902). Ce délire revêt habituellement l'une des *formes les plus aiguës de la confusion mentale*, en particulier la forme du *délire aigu méningitique*. « Le soir, le malade commence un peu à divaguer ; cette divagation, d'abord passagère, ne tarde pas à persister. Le sujet est pris de malaise,

d'anxiété, d'agitation ; puis vient l'état somnolent et ensuite comateux. Alors les pupilles peuvent être modifiées, soit dilatées, soit contractées. Le strabisme n'est pas rare ; dans les cas graves, on observe le prolapsus de la paupière supérieure, parfois la paralysie du facial. Pour le pouls, il n'y a rien de constant ; on peut le trouver accéléré. Il y a aussi une forme apoplectique dans laquelle le malade perd connaissance, tombe dans le coma. La gravité de cette forme est excessive ; la maladie dure peu, deux ou trois jours et se termine ordinairement par la mort » (POTAIN).

Le délire de la période d'état de la pneumonie peut affecter aussi le type de *délire hallucinatoire aigu*, très semblable au *delirium tremens* et caractérisé comme lui par des visions terrifiantes d'animaux, de fantômes, de démons, d'assassins, des actes et des fugues panophobiques, de l'agitation violente, de la trémulation générale, etc. Rarement cette agitation fait place à de la *stupeur* ou alterne avec elle.

On peut observer dans le délire onirique de la pneumonie, comme dans celui de toute intoxication ou infection, une sorte d'état second *ecmnésique* faisant revivre le malade à une période ancienne de son existence. « THE LANCET » a récemment cité un cas curieux de ce genre.

2° Psychoses de la convalescence. — Les *psychoses de la convalescence* de la pneumonie ont été bien étudiées depuis BAILLARGER, THORE, MUGNIER, par divers auteurs récents, en particulier par MAIRET (1887), FRAENKEL, RAYMOND (1893), CALANDRUCIO (1895), CORONADO (1895), MOIZARD (1896), FONTAINE (1898), etc.

Il résulte de leurs observations et de leurs travaux, très concordants, que la psychose de la convalescence de la pneumonie survient presque toujours *au moment de la chute de la fièvre*, de la *déferescence* et c'est là une particularité intéressante, car dans la plupart des maladies infectieuses aiguës, c'est pendant la convalescence proprement dite et quelquefois même assez tardivement, qu'apparaissent les troubles psychiques. Aussi a-t-on vu dans ce délire un phénomène critique de la pneumonie.

Cette psychose de la déferescence a des caractères à peu près