

toujours identiques. Elle est essentiellement constituée par une *confusion mentale aiguë avec hallucinations* multiples et agitation très vive.

MAIRET en a donné une bonne description générale. Elle éclate, fait-il remarquer, d'une manière brusque, dès les premiers moments de la convalescence, alors que la fièvre est tombée. Elle débute le plus ordinairement par des hallucinations et illusions de la vue et de l'ouïe. Les malades voient passer devant eux ou contre le mur des personnages fantastiques, des moines, des soldats, des fantômes qui défilent comme dans un panorama mouvant ou en des tableaux cinématographiques. Ils s'imaginent que ce sont des morts, des damnés ; c'est le diable qui leur fait voir tout cela, qui les possède. A d'autres moments, au contraire, ils aperçoivent des personnages célestes, se croient inspirés de Dieu et prêchent des heures entières bruyamment, entrecoupant leurs discours d'ignobles sottises, de propos érotiques, d'actes de salacité. Ils entendent aussi des bruits de cloche, des glas, des voix accusatrices ou menaçantes, et c'est alors qu'affolés, ils se précipitent violemment hors du lit pour se défendre contre ces dangers imaginaires ou pour les fuir, en se cachant derrière les meubles, en s'élançant vers la porte ou vers la fenêtre qu'ils enjambent parfois dans une de ces crises de panopobie impulsive.

Très souvent aussi il y a des hallucinations ou des illusions du goût, créées ou entretenues par un état saburral intense et d'où naissent des idées morbides d'empoisonnement, assez actives et assez tenaces parfois pour provoquer un refus complet de tout aliment, de toute boisson, de tout remède.

Ces symptômes de délire hallucinatoire, nocturne ou nocturne et diurne, suivant leur degré, s'accompagnent d'une agitation motrice considérable, parfois suivie de stupeur. L'insomnie est la règle ; l'état général est précaire, la dénutrition très marquée.

C'est d'ailleurs à cette dénutrition, à cet épuisement de l'organisme et à l'inanition qui en résulte que MAIRET et FRAENKEL ont attribué le délire de la défervescence de la pneumonie. CALANDRUCCIO, FONTAINE rapportent ce délire *précritique*, comme

l'appelle le dernier de ces auteurs, à l'action des toxines pneumococciques, faisant remarquer que c'est le moment où ces toxines sont à leur maximum d'abondance et de virulence et où, par contre, l'organisme et le cerveau épuisés par l'infection sont à leur minimum de résistance. FONTAINE observe aussi que ce délire se produit en même temps que la *crise urinaire*, si bien décrite par ROGER et GAUME et par CHARRIN.

Le délire précritique ou de la défervescence de la pneumonie est en général *transitoire* et ne dure que quelques jours. Ce n'est qu'exceptionnellement qu'il se prolonge davantage.

Les *psychoses de la convalescence* proprement dite, c'est-à-dire celles survenant plus ou moins longtemps après la période fébrile, sont moins fréquentes que dans les autres infections aiguës. Elles y revêtent d'ailleurs les mêmes caractères de *confusion mentale asthénique* avec dépression psychique et physique intense, sans délire et sans excitation bien marqués. GRIESINGER et RONDOT (1883) ont rapporté des cas de démence subite, d'obtusité intellectuelle, de stupeur compliquée ou non d'accidents paralytiques, dans la convalescence de la pneumonie.

§ 5. — POLYNÉVRITE OU NÉVRITE MULTIPLE PÉRIPHÉRIQUE

(MALADIE DE KORSAKOFF)

Dans divers travaux parus en 1887, 1889, 1890, le regretté KORSAKOFF, de Moscou, a décrit les troubles psychiques particuliers observés dans certains cas de polynévrite. Il a montré que ces troubles psychiques, presque constants dans la névrite multiple des alcooliques, se rencontrent aussi dans les névrites périphériques de causes diverses, telles que : affections hépatiques, fièvre typhoïde, tuberculose pulmonaire, paludisme, tumeurs de l'utérus, etc., et qu'ils sont, comme la polynévrite, d'origine toxémique, d'où le nom de *psychose polynévritique* ou *cérébropathie toxémique* sous lequel il a proposé de les désigner.

Les observations de KORSAKOFF sur les troubles psychiques de la polynévrite ont été continuées et précisées par les nombreux auteurs qui se sont occupés depuis de la question. Citons sim-

plement, parmi les travaux les plus importants, ceux de JAMES ROSS (1890-1893), SERBSKI (1891), FISHER (1892), HOEVEL (1892), ILLING (1892), CHARCOT (1893), W. CAMPBELL (1893), KLIPPEL (1893), RÉGIS (1894), COLELLA (1893), REDLICH (1896), SOUKHANOFF (1897, 1899, 1902, 1903), SCHULTZE (1897), JOLLY (1897), MÖNKEMÖLLER (1898), BALLET et FAURE (1898), KAHLBAUM (1899), SMITH (1900), LÜKERATH (1900), CHANCELLAY (1901), M^{lle} LIRERMANN (1902), WYROUBOW (1902), POTEI (1902), CHOTZEN (1902), CROCC (1903), CRAMER (1903), MEYER et RAECKE (1903), JOHN TURNER (1903), DEROUBAIX (1903), JUQUELIER et PERPÈRE (1903), SYDNEY J. COLE (1904), MILLER (1904), BONHOEFFER (1904), BRODMANN (1904), etc., etc.

Tous ces travaux s'accordent sur les caractères symptomatiques des troubles psychiques polynévritiques et sur leur origine toxique variable due non seulement à l'alcoolisme, mais encore à la plupart des intoxications et infections. En revanche, l'interprétation nosologique de ces troubles n'est pas uniforme et il existe à cet égard deux opinions bien différentes.

Nous commencerons par résumer la *symptomatologie* des troubles psychiques polynévritiques. Nous discuterons ensuite leur *valeur nosologique*.

1° Symptomatologie. — L'*amnésie*, déjà relevée en 1884 par CHARCOT dans l'état mental de la polynévrte alcoolique, est le principal des troubles psychiques polynévritiques, celui sur lequel KORSAKOFF et ses successeurs, SERBSKI et SOUKHANOFF, ont le plus insisté. Cette amnésie est essentiellement une amnésie *antérograde, actuelle ou de fixation*, c'est-à-dire des faits présents qui, bien que perçus, ne font que traverser la conscience sans s'y arrêter et sans y laisser de trace apparente. Le sujet oublie au fur et à mesure ce qu'on vient de lui dire, ce qu'il vient de penser, de formuler, d'exécuter, et il lui arrive de répéter plusieurs fois de suite et sans s'en apercevoir la même chose, de réclamer une boisson qu'il achève à peine d'avalier ou un objet qu'il tient dans sa main. Lorsque le cas est plus grave, l'amnésie porte aussi sur les faits antérieurs et il s'y mêle des *pseudoréminiscences* de personnes et de choses, en particulier le faux

souvenir d'événements et d'actes purement imaginaires, donnés comme réels par le malade.

Les partisans les plus convaincus des idées de KORSAKOFF reconnaissent que cette amnésie est précédée presque toujours, sinon toujours, dans les cas surtout où il s'agit d'une polynévrte non alcoolique, par des phénomènes de désorientation et un tableau ressemblant à la *confusion mentale aiguë* (SOUKHANOFF). D'autre part, cette amnésie peut coïncider avec une lucidité plus ou moins parfaite ou s'accompagner d'*idées délirantes* et d'*hallucinations*. Elle peut guérir mais après un temps habituellement très long et en laissant à sa suite un certain *déficit mental*. Elle peut aussi entraîner finalement une véritable déchéance intellectuelle, c'est-à-dire de la *démence*.

Ces troubles psychiques de la polynévrte ont été distingués par BALLET en trois formes ou catégories, résumées par lui ainsi qu'il suit :

« a. *Forme délirante*. — Elle consiste en un délire qui présente d'habitude les caractères d'un rêve éveillé : délire du soir et de la nuit au début et dans les formes légères, qui ne devient durable et permanent que dans les formes graves. Ce délire s'accompagne d'hallucinations vagues, surtout visuelles, à caractère hypnagogique. Il rappelle tout à fait le délire onirique sur lequel RÉGIS a appelé l'attention.

« Quelquefois, quand il s'est dissipé, il laisse après lui une ou deux idées fausses qui subsistent encore quelque temps (quelques jours ou quelques semaines) dans la conscience, comme y subsiste le souvenir d'un rêve inconscient. Au sortir d'une fièvre typhoïde, par exemple, au cours de laquelle le délire onirique a été intense, un malade reste pendant plus de quinze jours convaincu qu'il vient d'être décoré et qu'on vend pour son compte, à l'Hôtel des Ventes, de précieux objets rapportés par lui du Tonkin. Ces croyances fausses peuvent, dans la psychose polynévritique, constituer l'unique trouble : les malades racontent alors une série d'événements chimériques, sérieux ou sans importance, auxquels ils sont convaincus d'avoir pris part ; et ce n'est pas sans surprise qu'on entend quelqu'un de ces derniers, dont la logique et même la mémoire ne semblaient pas atteintes, assurer

posément, alors qu'il n'a pas, depuis plusieurs semaines, quitté son lit, qu'il vient de faire une promenade à cheval, ou de rendre visite à ses amis.

« b. *Forme de confusion mentale.* — C'est une de celles que la psychose polynévritique revêt le plus souvent; on observe alors les troubles de perception, les déficiences de l'association des idées, les erreurs de temps et de lieu, les changements d'état céphalique, avec physionomie tantôt mélancolique, tantôt maniaque, qui caractérisent la confusion mentale: forme rarement transitoire, plus souvent prolongée et durable pendant des semaines, des mois, des années, pouvant même aboutir à la démence.

« c. *Forme amnésique.* — Il s'agit en général d'une amnésie assez particulière, en ce sens que le trouble mental est limité à celui de la mémoire; la logique est intacte, le raisonnement ne paraît pas altéré, contrairement à ce qu'on observe dans les démences organiques ou autres, mais il y a d'énormes lacunes dans les souvenirs; les malades ne savent pas s'ils sont souffrants depuis un mois ou depuis un an, s'ils ont déjà, dans la journée, reçu la visite du médecin; les impressions actuelles effleurent leur cerveau sans y laisser d'empreinte. On devine que ce trouble est fort variable quant au degré.

« Ajoutons que les formes dont nous venons de parler peuvent s'associer ou se succéder et qu'entre elles il y a des intermédiaires qui les rapprochent. »

Cette dernière remarque de BALLET est absolument juste. A notre avis, même, il y a plus que des liens d'association, de succession ou de transition entre les trois types de troubles psychiques polynévritiques dont il résume si bien la description. Il n'y a pas là, en effet, pour nous, trois syndromes différents, dont un fait de confusion mentale, mais bien trois variétés d'un seul et même syndrome clinique: la *confusion mentale*, avec prédominance, suivant le cas, de l'élément *délire*, de l'élément *obtusion* ou de l'élément *amnésie*.

2° *Valeur nosologique.* — En donnant la première description des troubles psychiques polynévritiques, KORSAKOFF en fit une psychose particulière: la *psychose polynévritique*, et ses

amis et successeurs, considérant avec lui la « psychose polynévritique comme une forme morbide autonome dans laquelle les symptômes psychiques s'associent aux phénomènes polynévritiques » (SOUKHANOFF), la désignent aujourd'hui sous le nom de « Maladie de KORSAKOFF ».

Tout en s'associant à ce juste hommage rendu au savant professeur de psychiatrie de Moscou, beaucoup d'auteurs estiment que les troubles psychiques polynévritiques ne sont rien moins qu'une maladie et qu'il y a lieu, par suite, d'abandonner cette interprétation nosologique erronée et la dénomination qui la consacre.

Pour eux, l'association des troubles psychiques signalés et de la polynévrite est inconstante et fortuite. Ces troubles psychiques peuvent exister avec ou sans accompagnement d'accidents polynévritiques et lorsqu'ils coexistent avec eux, ils sont sous la dépendance, non pas de ces accidents, mais du processus infectieux qui les engendre les uns comme les autres. Il n'y a donc pas une psychose des polynévrites alcoolique, tuberculeuse, paludéenne, diphtéritique, etc., etc., mais, ce qui est bien différent, une psychose alcoolique, tuberculeuse, paludéenne, diphtéritique, etc., avec ou sans polynévrite concomitante.

On est ainsi amené à conclure que psychose et polynévrite, comme psychose et éclampsie, sont deux manifestations d'un même facteur, l'intoxication de l'organisme, manifestations souvent réunies et coexistantes, mais non dépendantes et pouvant se montrer isolément (RÉGIS).

En bonne logique les troubles psychiques symptomatiques des polynévrites ne devraient pas, par suite, être décrits à part sous la rubrique commune de psychoses polynévritiques; ils devraient être simplement mentionnés à chacune des intoxications ou infections dont ils dépendent.

Cette interprétation de la valeur nosologique des troubles psychiques polynévritiques est corroborée par ce fait qu'ils répondent aux mêmes *lésions anatomiques* que tous les autres troubles psychiques des infections et qu'ils ont les mêmes *caractères symptomatiques*.

En ce qui concerne les *lésions*, en particulier les lésions corti-

cales, BALLET et FAURE, qui les ont bien décrites, ont constaté les mêmes altérations cellulaires que dans les divers processus infectieux aigus. RAIMANN, ELZHOLZ ont insisté sur l'identité des lésions de la psychose polynévritique avec celles de la poliencéphalite aiguë hémorragique supérieure, et CRAMER avec celles de la paralysie générale.

Et quant aux *caractères symptomatiques*, ils sont exactement, comme il est dit plus haut, ceux de la *confusion mentale* et de ses variétés cliniques, c'est-à-dire ceux de la psychose habituelle et typique des intoxications et des infections.

Il n'y a pas jusqu'au *syndrome paralytique*, à la *paralysie générale*, qui n'aient été signalés concurremment avec des accidents polynévritiques par JOLLY, SOMMER, MEYER et RAECKE, et par DEROUBAIX qui a récemment publié un cas de « syndrome de KORSAKOFF paralytique ».

Tout au plus pourrait-on dire que dans les troubles psychiques polynévritiques, l'*amnésie* est généralement très accusée et joue un rôle prédominant. Mais cette amnésie se retrouve, sous la même forme et au même degré, dans beaucoup d'autres psychoses toxiques soit avec troubles moteurs, comme la psychose post-éclampsique, soit sans troubles moteurs, comme la psychose d'insolation.

Telles sont les principales considérations qui militent contre la conception d'une psychose polynévritique maladie autonome et qui portent à regarder les troubles psychiques polynévritiques comme des manifestations de confusion mentale, se rattachant non à la polynévrite elle-même, mais à l'intoxication ou infection originelle. C'est l'opinion que j'ai toujours défendue pour ma part, de concert avec SÉGLAS, BALLET, CHASLIN, MABILLE, PITRES et VAILLARD, FRANCOU, CROCO, PAUL MASOIN, etc.

Il faut remarquer au reste que même les partisans les plus convaincus de la maladie de KORSAKOFF, comme SOUKHANOFF, reconnaissent que « les phénomènes polynévritiques y peuvent être si peu marqués ou si passagers qu'il est difficile de prouver cliniquement leur existence et cela précisément dans les cas où le tableau psychique existe d'une manière très marquée et très démonstrative ».

Ils reconnaissent aussi que la symptomatologie de la psychose polynévritique ressemble beaucoup à celle de la confusion mentale et même, nous l'avons vu, que la psychose polynévritique peut débiter par des symptômes de confusion mentale aiguë.

Il n'y a pas loin, de là, à admettre que la psychose de KORSAKOFF n'est pas autre chose qu'une confusion mentale et qu'elle ne saurait avoir pour cause une simple manifestation morbide, la polynévrite, qui peut même y faire défaut.

§ 6. — FIÈVRES ÉRUPTIVES (VARIOLE ET VACCINE, ROUGEOLE, SCARLATINE)

1° Généralités. — Les *psychoses des fièvres éruptives* sont exactement celles des infections aiguës. Elles se divisent en effet, comme elles, en *psychoses de la période fébrile* ou hyperthermique comprenant les *délires du début* ou *préfébriles* et les *délires de la phase d'état*, et en *psychoses post-fébriles* comprenant à leur tour les *délires de la défervescence* et les *délires de la convalescence*. Comme elles aussi, elles se manifestent par de la *confusion mentale* soit *aiguë* (délire onirique hallucinatoire, stupeur, délire aigu), soit *asthénique* (pseudo-démence), soit enfin *paralytique* (syndrome paralytique).

La seule particularité à signaler, c'est que la psychose la plus fréquente dans les fièvres éruptives est celle qui coïncide avec le processus de l'*éruption*.

Presque toujours, il s'agit d'un *délire onirique hallucinatoire* plus ou moins *aigu* qui survient au moment où l'éruption va se faire, qui dure pendant qu'elle s'établit et pendant son acmé et qui cesse au moment de son déclin ou de son aboutissement à la suppuration. Il y a là un parallélisme des plus nets et des plus significatifs. On constate même un certain rapport entre l'intensité et la gravité du délire et la confluence, la difficulté de l'éruption. De même que les autres psychoses des infections aiguës, les psychoses des fièvres éruptives se terminent par la *guérison*, exception faite de quelques cas de mort survenant dans le délire aigu méningitique et de l'obtusion amnésique persistante qui succède parfois à l'atteinte de confusion mentale.

Ces brèves indications générales nous dispensent d'insister sur les psychoses de chacune des fièvres éruptives en particulier. Aussi ne dirons-nous qu'un seul mot sur chacune d'elles.

2° Variole. — Les psychoses varioliques de la *période fébrile* se manifestent très rarement à la *phase d'incubation*. En revanche, elles sont relativement fréquentes à la *phase d'éruption*. Elles consistent en un *délire onirique hallucinatoire* plus ou moins violent et plus ou moins agité suivant le cas, cessant d'habitude au moment de la suppuration des pustules.

Quant aux *psychoses post-fébriles*, celles de la *période terminale* ou de desquamation répondent en général à la forme *mélancolique anxieuse* avec idées délirantes tristes, inquiètes, hallucinations, accès d'agitation, tentatives de suicide, sitio-phobie et sont habituellement *curables* (LAGARDELLE, KRAEPELIN, QUINQUAUD, CHARDON).

Celles de la *convalescence* proprement dite revêtent d'ordinaire le type d'*obtusion mentale*, de *pseudo-démence* et dans certains cas même, l'aspect de la *paralysie générale*, ainsi que l'ont montré BAILLARGER, FOVILLE (1873), AUGUSTE VOISIN (1883), MABILLE (1883). Ce dernier auteur a relaté l'observation d'une *démence paralytique* survenue à la suite d'une variole et confirmée par l'autopsie.

WESTPHAL (1871) a également appelé l'attention sur l'existence à la suite de la variole d'un *complexus symptomatique* rappelant d'assez près celui de la *sclérose en plaques*, notamment avec altération scandée de la parole, modification de l'humeur, du caractère et affaiblissement de la mémoire.

3° Vaccine. — J'ai signalé et décrit (1903) un *délire vaccinal*. Ce délire est intéressant en ce sens que, comme il résulte d'une infection provoquée, il prend presque, par la précision des constatations, la valeur d'un délire expérimental.

Sur sept cas observés, en effet, le délire apparut trois fois le cinquième jour après l'inoculation, deux fois le sixième et deux fois le septième, c'est-à-dire au *moment de la période inflammatoire de l'éruption*. Chaque fois, il avait été précédé et s'accompagna d'une *céphalée* qui, chez certains malades, offrit un caractè-

ère très pénible. Il s'y joignait de la fièvre, de l'oligurie et même, exceptionnellement, de l'albuminurie.

Sauf un cas où il se prolongea pendant dix jours, le délire ne présenta dans tous les autres qu'une durée de *un à trois jours*, cessant exactement au moment où la pustule vaccinale entrait dans sa phase de suppuration. Il fut constamment suivi de *guérison*, avec une *amnésie* plus ou moins complète de l'accès.

Le délire fut essentiellement un *délire onirique hallucinatoire*, formé de rêves terrifiants, le plus souvent zoopsiques.

Dans les cas légers, il revenait seulement le soir ; dans les cas plus aigus il persistait dans la journée, avec paroxysmes nocturnes et agitation. Aucun des malades, qui étaient tous des enfants ou des adolescents, n'était alcoolique.

4° Rougeole. — Les *psychoses de la rougeole* ne sont pas très communes, si l'on s'en rapporte au petit nombre de travaux et de faits publiés, parmi lesquels nous n'avons guère à citer que ceux de FOVILLE, de TORVILLE, d'ALBERS, de H. WEBER, de KOVALEWSKY, de SÉGLAS et de FINKELSTEIN.

Il est probable cependant qu'elles sont, surtout à un degré léger, assez fréquentes.

Elles peuvent, comme toute psychose d'infection aiguë, débiter pendant la *période d'incubation*, et FINKELSTEIN a cité un cas de délire hallucinatoire terrifiant avec cris, agitation, survenu chez une fillette de quatorze ans sept jours avant l'apparition de l'exanthème et disparu le troisième jour de celui-ci.

Mais, le plus souvent, c'est durant la *convalescence* que se produit la psychose, soit au moment même de la chute de la température, de la défervescence, soit plus ou moins longtemps après, vers le douzième jour comme dans le cas de SÉGLAS, le vingt-unième jour comme dans un des cas de FINKELSTEIN. Il s'agit ici de *confusion mentale* avec obtusion profonde, torpeur, hébétude, accompagnée ou non de crises paroxystiques de délire bruyant, agité, impulsif, anxieux, terrifié ou obscène et parfois de signes de pseudo-méningite.

Cette psychose de la convalescence *dure* plus longtemps que les psychoses préfébrile et fébrile, habituellement transitoires,

mais elle se termine, sauf complication imprévue, par la *guérison*.

Pour en terminer avec la rougeole, signalons les cas où elle intervient, comme infection surajoutée, au cours ou dans la convalescence d'une autre maladie. Dans les cas de ce genre, le délire est plus fréquent que dans la rougeole isolée.

5° Scarlatine. — Les *psychoses de la scarlatine* paraissent être les plus fréquentes de toutes les psychoses des fièvres éruptives. En dehors des observations particulières publiées par divers auteurs, tels que TROUSSEAU, BAILLARGER, CLOUSTON, MARCUS et FLORANT, WICK, BAUP, etc., elles ont été l'objet de travaux spéciaux, notamment de la part de JOACHIM (1889) qui les a étudiées chez l'enfant et de RATELIER (Thèse Bordeaux, 1903).

Signalons d'abord les *délires préfébriles*, antérieurs à toute manifestation du côté de la peau, ressemblant à s'y méprendre à ceux de la *méningite* et dont le diagnostic différentiel n'est pas toujours facile lorsque la notion épidémique vient à manquer (TROUSSEAU, Cliniques).

Dans certains cas les malades ont été enfermés dans des asiles jusqu'au jour où leurs troubles psychiques cessèrent avec l'apparition de l'exanthème. Généralement, en effet, ce délire finit avec l'éruption; parfois cependant il s'exaspère avec celle-ci, tourne au délire aigu méningitique et le malade meurt au milieu de symptômes ataxiques ou de convulsions.

Les *délires de la phase d'éruption* ont le plus souvent aussi un caractère aigu et violent et peuvent emporter les malades (GIXTRAC). Ils se présentent sous forme de *délire onirique hallucinatoire* terrifiant et impulsif, avec agitation, violence, refus de toutes boissons, précipitations panophobiques, et d'habitude ne durant que quelques jours, disparaissant brusquement, comme ils sont venus.

Les *délires de la défervescence* coïncident avec la chute de la température. Ils se montrent brusquement et disparaissent de même, après un temps relativement très court. Ils sont représentés, comme les précédents, par du *délire hallucinatoire aigu* ou par du *délire onirique simple*, sans agitation violente.

Les *psychoses de la convalescence* sont très fréquentes, surtout

dans les cas avec syndrome infectieux tardif (ROGER), c'est-à-dire avec complication suppurative, albuminurique, cardiaque, pleuro-pulmonaire, méningitique, etc.

On a affaire alors à une *confusion mentale typique*, avec obtusion, désorientation, stupeur, paraphasie amnésique et presque toujours aussi délire onirique.

Dès que le soir arrive, le délire apparaît. Tantôt c'est une simple rêvasserie, où dominant des illusions qui, causées par les ombres, l'éclairage d'une pièce, suscitent chez les malades les conceptions les plus extravagantes. Mon élève DESVAULX, qui a justement consacré sa thèse au délire dans les maladies aiguës (1899), voyait lui-même la nuit, au cours d'une scarlatine, des gens causer sur son lit, sur les meubles, sur les tableaux. Au milieu d'une de ces visions, on vint de la chambre voisine; à mesure que la lumière approchait, les personnages disparaissaient peu à peu. Une fois la lumière dans la chambre, il retrouva sa parfaite conscience. On remporta la lumière et toutes les visions reparurent.

A un degré plus marqué, le délire persiste le jour; les malades ne se contentent pas de suivre passivement leur délire; ils le vivent et exécutent des actes en rapport avec lui, comme dans l'état somnambulique.

On peut observer là des *idées de persécution, d'empoisonnement, de mysticisme, d'érotisme, de grandeur* (BAILLARGER, P. VERGELY).

Ces psychoses post-scarlatineuses *guérissent* ordinairement. En dehors de l'*amnésie*, qui est constante et plus ou moins profonde, elles se terminent parfois cependant par un véritable *affaiblissement mental* durable ou par des *idées fixes post-oniriques* d'une ténacité variable.

Dans certains cas même, c'est le *syndrome paralytique*, c'est-à-dire le tableau des signes physiques et psychiques de la *paralyse générale*, qui se manifeste.

§ 7. — DIPHTÉRIE

Il n'existe guère de travaux sur les *psychoses de la diphtérie*, soit qu'elles n'aient pas spécialement appelé l'attention, soit,

ce qui est plus probable, qu'elles n'aient pas une grande fréquence.

On peut dire cependant, d'après les cas connus, que les troubles psychiques dans la diphtérie sont analogues à ceux de toutes les maladies infectieuses, particulièrement à ceux des fièvres éruptives. On y a même signalé, comme dans celles-ci, la possibilité de la *paralysie générale* (PHILIPPEAU, 1867).

Ce qu'il y a de particulier à la diphtérie, c'est que les psychoses, rares durant la *période aiguë* de l'infection, surviennent surtout durant la *convalescence*, si prolongée, si traînante et si sujette, comme on sait, aux complications. Il faut ajouter précisément que, parmi ces complications, la *polynévrite* joue un rôle important et qu'on peut voir, par suite, la psychose de la convalescence de la diphtérie se manifester de concert avec des accidents polynévritiques. J'en ai observé un cas typique avec association de rougeole.

§ 8. — ÉRYSIPELE

Les troubles psychiques sont relativement très fréquents dans l'*érysipèle*, surtout dans l'*érysipèle* de la face et du cuir chevelu (BAILLARGER, JACCOUD, ROGER, WIDAL, KROUPETZKY, JOANNY ROUX, CHANTEMESSE, BEIGBEDER.)

Ils peuvent survenir dès le *début*, durant le *stade pré-fébrile*, pendant la *poussée érythémateuse*, à la *phase de défervescence* ou dans la *convalescence*. D'après ROGER, ils se seraient montrés 31 fois sur 48 cas à la période d'état.

De même, au point vue symptomatique, ils se présentent sous une des formes quelconques de la *confusion mentale*. Aux *psychoses hyperthermiques* appartiennent de préférence, cependant, les formes tout à fait *aiguës*, voire le *délire aigu*; aux *psychoses de la défervescence*, la *confusion mentale commune* avec *délire onirique hallucinatoire* plus ou moins actif; enfin aux *psychoses de la convalescence* les *confusions mentales asthéniques*, stupides et parfois la *paralysie générale*, comme cela a été signalé par BAYLE et par BAILLARGER.

Le délire, très variable d'aspect, peut être constitué par

des idées plus ou moins fixes d'érotisme, d'hypocondrie, de persécution, de grandeur; le plus souvent c'est un délire professionnel avec hallucinations calmes, zoopsiques, terrifiantes, comme dans le cas de KROUPETZKY où il s'agissait d'un individu qui, se croyant entouré d'ennemis et affolé à l'idée qu'on voulait l'empoisonner, l'assassiner, refusait toute nourriture et cherchait à s'échapper par la fenêtre.

Le D^r JOANNY ROUX a publié en 1897 la très intéressante histoire d'un délire de quatre jours qu'il a eu lui-même durant un érysipèle grave. Or, bien placé pour apprécier ce qui s'est passé chez lui à ce moment, il montre comment, avec des manifestations extérieures d'agitation et d'apparente incohérence, il s'est agi en réalité d'un véritable *rêve* parfaitement coordonné, suivi et qui s'est déroulé logiquement dans toutes ses péripéties en s'assimilant les êtres et les choses de l'entourage: à ce point que, par l'analyse de son propre cas l'auteur arrive à cette conclusion, but de son travail, que « le délire fébrile peut, dans certains cas, être assimilé à un rêve se produisant à l'état de veille et se mélangeant à des doses diverses à la réalité extérieure ».

Cette conclusion est, on le voit, la formule même de ce que nous appelons le *délire onirique*.

§ 9. — CHOLÉRA

Les psychoses du *choléra*, signalées par RAYER (1832), MULLER, de RIGA (1849), DELASIAUVE (1849), WOILLET (1849), MESNET (1866), KRAEPELIN (1881-1882), BALL (1885), etc., présentent tous les caractères des psychoses infectieuses. Dans la période de *réaction*, il s'agit le plus souvent d'une *confusion mentale très aiguë*, *délire hallucinatoire* ou *délire aigu*; dans la *convalescence*, de *confusion mentale* avec *torpeur*, dépression, idées délirantes mélancoliques ou vaniteuses. DELASIAUVE a vu un malade qui présenta du *délire ambitieux* avec ataxie des mouvements à la suite d'une attaque de choléra et qui guérit au bout de deux mois.

Nous devons mentionner surtout la très complète observation de psychose post-cholérique publiée par SÉGLAS en 1893. C'est

un cas typique, comme le fait observer l'auteur lui-même, de confusion mentale à forme de stupidité hallucinatoire, suivie de guérison, aussi intéressant par lui-même que par les réflexions qui l'accompagnent.

§ 10. — RAGE

Les troubles psychiques liés à la rage, décrits par BRIERRE DE BOISMONT, ont été plus particulièrement étudiés, depuis, par PIERRET, BELOUS, CHARDON, VAN GEHUCHTEN et NELIS.

Au début, on a noté de l'insomnie, une céphalalgie particulière (sensation d'étau), des cauchemars, une excitation générale de l'organisme avec besoin de locomotion, des troubles de sécrétion, en particulier du crachotement.

Puis éclatent des phénomènes d'agitation avec hallucinations, illusions et *délire* rappelant le *délire alcoolique*. C'est un *état aigu d'agitation confusionnelle*, de *délire hallucinatoire*; le malade casse, brise tout, gesticule et pousse des cris en rapport avec ses illusions et ses hallucinations.

A cette période d'excitation générale de tout le système nerveux succède une période de dépression et de paralysie. Des phénomènes typhoïdes surviennent et la *mort* termine la scène.

PIERRET donne les paralysies multiples, notamment celles des mâchoires et du pharynx, comme caractéristiques du délire rabique pour lui nettement infectieux.

SECTION II

INFECTIONS CHRONIQUES

C'est une loi générale en pathologie que les mêmes causes produisent les mêmes effets. Déjà nous avons constaté et répété mainte et mainte fois que l'intoxication de l'organisme, quelles qu'en fussent la nature et la source, produisait par son action sur les centres nerveux des troubles psychiques similaires, ne différant que par quelques-uns de leurs caractères et leur degré d'intensité.

Nous avons vu notamment, dans les pages précédentes, que les psychoses des maladies infectieuses aiguës étaient calquées pour ainsi dire les unes sur les autres et qu'une description générale suffirait, à la rigueur, à les faire connaître toutes.

On pourrait presque en dire autant pour les psychoses des maladies infectieuses chroniques. Celles-ci aussi, en effet, se ressemblent beaucoup entre elles, autant du moins que permet de le constater leur histoire, qui est loin d'être écrite encore.

Il y a plus. Non seulement les psychoses des infections chroniques sont toutes identiques, mais elles se rapprochent singulièrement, et c'est là un fait plein d'intérêt, des psychoses des infections aiguës. La caractéristique essentielle de celles-ci est, on le sait, de se manifester soit dans la phase hyperthermique, sous l'une des formes de la confusion mentale aiguë, particulièrement sous celle de délire hallucinatoire, soit dans la phase de déclin ou de convalescence, sous l'une des formes de la confusion mentale asthénique, pseudo-démence, ou encore sous forme de paralysie générale plus ou moins nette.

Or, la caractéristique essentielle des psychoses des infections chroniques pourrait également se résumer en ceci : qu'elles se manifestent, soit sous forme de *confusion mentale aiguë*, de *délire hallucinatoire*, au cours des *épisodes aigus* de l'infection, soit par de la *confusion mentale asthénique*, obtuse, ou de la *paralysie générale*, aux *autres moments* de sa longue évolution.

De sorte que, entre les deux ordres de psychoses, il n'y a que la différence qui doit nécessairement séparer les mêmes manifestations, lorsqu'elles relèvent les unes d'un processus infectieux rapide et temporaire, les autres d'un processus infectieux lent et même définitif.

Ceci posé, nous résumerons brièvement ce qui a trait aux psychoses dues : 1° à la *sypphilis*; 2° à la *tuberculose*; 3° au *cancer*.

§ 1. — SYPHILIS

Nous sommes encore trop peu sortis de cette conception systématique et étroite que la cause fondamentale, constante, de tout trouble psychique est l'hérédité, la prédisposition vésanique, pour