

CHAPITRE IV
PSYCHOPATHIES DES MALADIES DU SYSTÈME
NERVEUX

Nous nous occuperons dans le présent chapitre des troubles psychiques des maladies du système nerveux, naturellement divisées en deux sections : 1° *maladies cérébro-spinales* ; 2° *névroses*.

Nous serons très brefs dans la description de ces troubles psychiques parce que leur histoire appartient, dans son ensemble, plus à la Neurologie qu'à la Psychiatrie.

Exception faite pour la *paralysie générale*, qui reste plus spécialement du domaine de cette dernière et à laquelle nous consacrerons une étude aussi détaillée que le comportent les proportions de cet ouvrage, nous ne dirons donc qu'un mot des troubles psychiques liés aux autres maladies du système nerveux, en particulier de ceux des maladies organiques du cerveau et de la moelle qui ont été récemment l'objet, de la part de E. DUPRÉ, d'un chapitre magistral et complet dans le grand *Traité de Pathologie mentale* de BALLET. Nous avons largement emprunté, pour la rédaction de ce chapitre, à cette œuvre remarquable.

SECTION PREMIÈRE
AFFECTIONS CÉRÉBRO-SPINALES

Dans cette première section seront passées en revue, en autant d'articles, les affections suivantes, envisagées surtout au point de vue de leurs troubles psychiques : 1° *abcès du cerveau* ; 2° *tu-*

meurs de l'encéphale ; 3° *artério-sclérose cérébrale et cardiopathies* ; 4° *hémorragie et ramollissement* ; 5° *paralysie générale* ; 6° *tabes* ; 7° *sclérose en plaques* ; 8° *syringomyélie* ; 9° *maladie de Parkinson*.

ARTICLE PREMIER
ABCÈS DU CERVEAU

Aux périodes successives du processus anatomo-clinique des abcès encéphaliques, bien mis en lumière par KLIPPEL, correspondent des réactions psychopathiques adéquates.

1° *Dans la phase d'encéphalite aiguë*, on note de la fièvre, de la céphalée, des convulsions, de l'agitation, de l'insomnie, des hallucinations, du délire actif, parfois violent, aigu, ou au contraire de la torpeur, de l'obtusion, de la dépression somnolente, attristée, avec rêvasseries tranquilles. « Dans tous les cas, le syndrome psychopathique révèle bien son origine toxico-infectieuse par la prédominance des accidents de *confusion mentale*, de *délire onirique*, d'*hallucinations*, etc. » (DUPRÉ).

2° *Dans la phase de rémission*, il y a un certain réveil de l'activité intellectuelle avec apaisement des symptômes précédents, mais il reste un certain degré de torpeur, de somnolence diurne, d'insomnie nocturne, de céphalée, d'obtusion. Cette phase de rémission, qui correspond à une formation lente de l'abcès dans une région tolérante de l'encéphale, peut durer des mois et même des années.

3° Quant à la *période terminale*, elle est marquée par l'apparition de phénomènes accentués de torpeur, de somnolence, de stupeur progressive, de gâtisme, de coma (DUPRÉ).

Tels sont, suivant les périodes auxquelles ils se rattachent, les principaux troubles psychiques des abcès de l'encéphale, auxquels peuvent parfois s'en joindre d'autres tels que *puérilisme mental* (DUPRÉ), *satisfaction et gaieté paradoxales* (BRUNS, JASTROWITZ, DUPRÉ), *affaiblissement intellectuel* (KLIPPEL).

Lorsque, par exception, l'affection guérit, elle peut être suivie d'une *amnésie antérograde* et même *rétro-antérograde* profonde, remontant plus ou moins loin dans le passé.

Ainsi que le fait très justement observer KLIPPEL, il ne faut pas oublier que les abcès encéphaliques peuvent passer inaperçus et que parfois des individus présentant simplement des modifications du caractère, de légers troubles délirants et un certain degré d'affaiblissement mental, sont internés dans un asile où, après leur mort, l'autopsie finit par révéler la véritable lésion.

ARTICLE II

TUMEURS DE L'ENCÉPHALE

1° Troubles psychiques. — Dans son important article sur les troubles psychiques des tumeurs encéphaliques du *Traité de Pathologie mentale*, E. DUPRÉ, après avoir rappelé que ces troubles appartiennent à la classe des symptômes diffus de l'affection, montre : qu'ils sont *presque constants*; qu'ils sont *très variables* de forme, d'intensité, d'évolution, tout en étant caractérisés en général par la *diminution*, la *dépression* et l'*obnubilation psychiques*; qu'ils sont en rapport avec le siège des lésions; enfin que l'*intoxication cérébrale* joue un rôle important dans leur pathogénie.

Nous nous bornerons à résumer ces constatations, sur lesquelles s'accordent généralement tous les travaux relatifs au sujet, même ceux postérieurs à l'article de DUPRÉ.

La *diminution psychique*, bien que réelle, est généralement moins profonde qu'elle ne paraît dans les tumeurs encéphaliques, où il s'agit plutôt de pseudo-démence que de démence vraie.

La *dépression*, plus ou moins accentuée, au point de prendre parfois l'aspect de la mélancolie grave, se confond elle aussi avec l'*obnubilation intellectuelle*. En somme, il est évident que ces trois symptômes se trouvent réunis et assimilés, ici comme ailleurs, parce que ce sont les éléments fondamentaux de la *confusion mentale*.

La confusion mentale, dans les tumeurs encéphaliques, revêt très rarement une forme aiguë, agitée, violente et affecte le plus

souvent au contraire, la *forme torpide, obtuse, pseudo-démence*. C'est dire que ce qui y domine c'est la *torpeur*, l'*indifférence*, l'*engourdissement psychique* avec *inertie physique* correspondante, la rareté des pensées et des actes, la *somnolence*.

A cet état fondamental peuvent se joindre d'autres manifestations telles que : « une *sorte de somnambulisme* dans lequel le sujet, hanté par son rêve, évolue avec aisance dans un milieu qui paraît à la fois complètement étranger à son attention consciente et volontaire, et tout à fait familier à ses habitudes inconscientes et automatiques » (DUPRÉ), c'est-à-dire exactement ce que nous appelons l'*état second onirique*; de l'*automatisme ambulatoire* (DEVIC et P. COURMONT, DEVIC et GAUTHIER, PATEL et L. MAYET, SABRAZÈS et DE BATZ, etc.), variable de forme mais le plus souvent amnésique; des *impulsions diverses*, du *délire de jalousie*, du *délire de persécution* vague, diffus, incohérent, basé sur des hallucinations ou de fausses sensations diverses; du *puérilisme* (DUPRÉ, BRISSAUD, CESTAN et LEJONNE, SCHUSTER, GOWERS, SOÛLLARD, etc., etc.), se manifestant par le caractère enfantin des réactions psychiques à la fois dans les idées, les tendances, les goûts, la mimique, l'attitude, la voix, le langage, les occupations et les actes. Ce puérilisme, suivant qu'il s'accompagne d'excitation ou de dépression, se combine avec de la tristesse, ou au contraire avec cette jovialité frivole, cette disposition étrange à l'ironie, à la farce, que BRUNS et JASTROWITZ ont signalée tout particulièrement sous le nom de *Moria* ou *Witzelsucht* dans les tumeurs du lobe frontal.

On peut observer encore d'autres particularités neuro-psycho-pathiques dans les tumeurs cérébrales, notamment la *cérébrasthénie* et des *accidents hystériques* variés. J'y signale, en dehors du puérilisme mental tel que l'indique DUPRÉ, une sorte d'état plus ou moins analogue à ce que PITRES appelle *ecmnésie* et qui reporte les sujets à une période plus ou moins éloignée de leur vie passée, si bien qu'ils croient vivre dans des milieux et avec des êtres en rapport avec cette époque. C'est, dans une certaine mesure, l'*ecmnésie hystérique*, si bien décrite par PITRES et BLANC-FONTENILLE, mais une *ecmnésie* diffuse, confuse, incohérente et pour ainsi dire *démence*.

Ces troubles psychiques sont toujours associés aux symptômes somatiques diffus des tumeurs cérébrales : *céphalée, vomissements* dits cérébraux, *vertiges, convulsions épileptiques*, ou à quelques-uns d'entre eux.

2° Troubles psychiques dans les diverses tumeurs de l'encéphale. — Les troubles psychiques se rencontrent également au cours des néoplasmes encéphaliques de *tout siège* et de *toute nature*.

Cependant les diverses régions de l'encéphale ne sont pas toutes égales devant la *réaction psychopathique*, et, comme le fait ressortir DUPRÉ, cette réaction psychopathique peut être très marquée dans les zones dites à tort, à ce point de vue, tolérantes et silencieuses.

P. SCHUSTER a dressé, d'après l'ensemble considérable des faits recueillis par GIANELLI, un intéressant tableau statistique montrant la *fréquence comparative des troubles psychiques dans chaque variété topographique de tumeurs cérébrales*.

Voici le pourcentage obtenu :

1° Tumeurs du corps calleux	100	p. 100
2° Tumeurs du lobe frontal.	79,3	—
3° Tumeurs du lobe temporal.	66,6	—
4° Tumeurs de l'hypophyse et de la région	65,3	—
5° Tumeurs du lobe occipital.	60	—
6° Tumeurs multiples	59,6	—
7° Tumeurs de la glande pinéale.	53,8	—
8° Tumeurs du lobe pariétal	51,1	—
9° Tumeurs des ganglions opto-striés.	50	—
10° Tumeurs du cervelet.	35,5	—
11° Tumeurs du centre ovale	28,8	—
12° Tumeurs du tronc cérébral.	25	—

Quant à la forme même des troubles psychiques, elle ne diffère pas, dans les tumeurs de chaque région, de façon suffisamment nette pour qu'on puisse établir à ce point de vue des distinctions précises ; « il n'existe pas, en réalité, de symptôme psychique pathognomonique de la localisation cérébrale, d'une lésion circonscrite » (DUPRÉ).

3° Pathogénie. — En ce qui concerne la pathogénie des accidents diffus et particulièrement des troubles psychiques des tumeurs cérébrales, elle paraît se résumer en un ensemble de causes dont les principales, d'après DUPRÉ, sont les suivantes : compression cérébrale, hypertension céphalo-rachidienne, troubles circulatoires, lésions locales concomitantes ou secondaires, infection de voisinage, intoxication de l'écorce par les produits cellulaires ou microbiens de la néoplasie. Le rôle de l'*intoxication* du cortex a été nettement mis en lumière par DUPRÉ. Il est probable qu'il faut tenir compte aussi, comme dans tout état infectieux, de l'action des *auto-intoxications* secondaires du côté du rein, du foie et de l'intestin. Rappelons avec DUPRÉ, la frappante analogie qui existe au point de vue symptomatique entre les grandes encéphalopathies toxiques de l'urémie, du diabète, du saturnisme et le syndrome des tumeurs cérébrales, notamment les erreurs de diagnostic commises en ce qui concerne l'*urémie cérébrale* et les *tumeurs encéphaliques*.

ARTICLE III

ARTÉRIO-SCLÉROSE CÉRÉBRALE, CARDIOPATHIES

Il y a lieu d'étudier séparément dans cet article : 1° les *troubles psychiques de l'artério-sclérose cérébrale* ; 2° ceux des *cardiopathies*.

1° Artério-sclérose cérébrale. — Avec DUPRÉ, nous indiquerons sous ce titre : « l'ensemble des troubles psychiques qui relèvent de la *dénutrition chronique* et progressive de l'encéphale et particulièrement du manteau cortical, secondaire aux *artériopathies* scléreuse, athéromateuse, grasseuse, des *intoxications chroniques* externes (alcoolisme, saturnisme, etc.), ou internes (arthritisme, diabète, goutte, etc.), des *infections chroniques* (syphilis, tuberculose, etc.), et de la *sénilité* ».

ALZHEIMER distingue, dans la réaction psychopathique de l'artério-sclérose cérébrale : 1° une *forme légère* ; 2° une *forme grave*.

a. *Forme légère.* — La forme légère se manifeste par de la

céphalée, du vertige, de la somnolence diurne et de l'insomnie nocturne, de la dysmnésie, de l'adynamie psychique, de l'hyperémotivité, de la sensiblerie, de l'irritabilité, de la tristesse, etc., en un mot par une série de symptômes étudiés par LANCEREAUX, GRASSET, RÉGIS, KOVALEWSKI, WINDSCHEID et qui, par leur ensemble, réalisent un *état neurasthénique*.

Sans insister ici sur ce point, je me borne à rappeler que dans ce que j'appelle la neurasthénie de l'artério-sclérose, la neurasthénie n'est pas associée seulement à l'artério-sclérose cérébrale, mais à l'artério-sclérose en général et à toute ses phases, même prémonitoires et initiales, quelle qu'en doive être ultérieurement la localisation organique finale.

Cette neurasthénie est essentiellement *spasmodique, vaso-motrice*, très lentement progressive, parfois même longtemps stationnaire, et se caractérise par l'association aux symptômes de la neurasthénie ordinaire, à forme généralement psychique, nosophobique, anxieuse, de signes tels que vertiges congestifs, bourdonnements et diminution de l'acuité auditive localisés ou prédominant à gauche, diminution de l'acuité visuelle, troubles cardio-vasculaires, pollakiurie nocturne, etc., etc., dont la réunion dénote, suivant leur degré, une artério-sclérose immminente, latente, ou en pleine évolution.

Plus tard, lorsque les lésions artérielles sont devenues plus graves et s'affirment du côté du cerveau, mais alors seulement, cette neurasthénie se confond avec l'état symptomatique rappelé par ALZHEIMER, et, comme le remarque DUPRÉ, signalé depuis longtemps, notamment par GENDRIN, en 1840.

b. *Formes graves*. — Dans les formes graves décrites par ALZHEIMER sous le nom de *dégénération artério-scléreuse grave progressive*, et d'*encéphalite chronique subcorticale* (BINSWANGER), aux troubles psychiques précédents s'en ajoutent d'autres, plus marqués : *apathie, stupeur, agitation motrice, accès de confusion mentale hallucinatoire*, parfois même *démence*.

C'est dans ces formes graves que rentrent les états décrits par GRASSET sous le nom de *sclérose multiple disséminée et de cérébro-sclérose* (1904).

Il va sans dire que les troubles neuro-psychopathiques de

l'artério-sclérose cérébrale ne se bornent pas au schéma que nous venons d'indiquer. On peut y constater encore bien d'autres phénomènes morbides, en particulier la *cataplexie symptomatique* (BRISSAUD, LAMY, DUPRÉ, BAUER). Ce phénomène, plus ou moins analogue à l'état *catatonique* de la *démence précoce*, serait psychique pour BRISSAUD qui l'attribue à des troubles circulatoires de l'écorce ; pour LALANNE et nous, il serait dû à de l'auto-intoxication, surtout rénale ; pour BAUER, qui insiste sur sa coïncidence avec le type respiratoire de CHEYNE-STOKES, à l'insuffisance corticale ; pour DUPRÉ, qui l'a observé associé avec des états de méningisme, de confusion, de stupeur, d'extase, à deux facteurs : l'athéromasie cérébrale et une infection ou une intoxication surajoutée.

On peut enfin observer là des manifestations psychiques plus accusées : *accès mélancoliques anxieux, délirants*, avec tendance marquée au *suicide*, se rattachant à la *mélancolie pré-sénile* de KRAEPELIN, SÉRIEUX, CAPGRAS ; *délire onirique hallucinatoire* variable, avec idées de persécution, de vol, d'empoisonnement, de grandeur, confusément systématisé par la répétition même des rêves hallucinatoires et constituant ainsi le *délire onirique de l'artério-sclérose* ou *délire onirique des gens âgés* (RÉGIS).

2° **Cardiopathies**. — Il est impossible de séparer les troubles psychiques des cardiopathies de ceux des artériopathies. C'est pourquoi nous en dirons un mot ici. Toutes les maladies du cœur peuvent produire des troubles psychiques ; mais celles dont l'action paraît la plus fréquente sont les *lésions mitrales* et les *lésions aortiques*.

a. *Troubles psychiques élémentaires*. — Les affections cardiaques s'accompagnent très souvent soit de *troubles nerveux*, soit de *troubles psychiques élémentaires*. Signalons, parmi les plus fréquents : les modifications du caractère et de l'humeur, la torpeur, l'indifférence, l'asthénie mentale avec confusion des idées et de la mémoire, l'irritabilité, l'excitation par accès, les hallucinations hypnagogiques et oniriques.

b. *Psychoses*. — La *psychose cardiaque* affecte le plus souvent

la forme *mélancolique*, au moins dans les cas d'affections mitrales, car, d'après certains auteurs et notamment d'ASTROS, les *aortiques seraient des excités* et les *mitraux des déprimés* ; en sorte que les premiers aboutiraient plutôt à l'état *maniaque* sous toutes ses formes et les seconds à la *mélancolie*.

La *dépression*, chez ces malades, va quelquefois jusqu'à la *stupeur* ; la *tendance au suicide*, déjà signalée par CORVISART, est fréquente chez eux ; enfin ils ont également une propension marquée aux *impulsions* et aux *actes morbides*, surtout à l'*emportement* et à la *violence*.

Les *conceptions délirantes*, très variables, ne se présentent pas, ici, avec un type unique ; il semble cependant que les *idées de persécution* soient particulièrement fréquentes dans la psychose cardiaque où elles forment souvent la base même du délire. Quand aux *hallucinations*, qui sont surtout nocturnes, elles viennent très souvent se joindre à cet état mental, et, dans ce cas, elles peuvent avoir quelque rapport de nature et de caractère avec la maladie organique, comme chez cette cardiaque dont j'ai cité l'histoire autre part, qui entendait une voix lui parler dans le cœur. DEVENTER (1888) a également signalé chez les cardiaques l'existence d'*hallucinations auditives* synchrones avec les bruits du cœur.

La psychose cardiaque est une psychose à *oscillations brusques*, à *ressauts*, *intermittente* ou plutôt *rémittente* dans ses allures et dans ses manifestations. Les troubles délirants subissent d'habitude l'influence de la maladie cardiaque. C'est au moment des recrudescences de cette maladie qu'ils sont le plus prononcés. Quelquefois, au contraire, on observe une sorte de *balancement* contradictoire entre les troubles somatiques cardiaques et les troubles intellectuels.

La *psychose cardiaque est grave*, parce que la cause, la maladie du cœur, est permanente et incurable. Les accès délirants, qui le plus souvent affectent, comme nous l'avons dit, le type intermittent ou rémittent, guérissent d'ordinaire, mais le plus souvent ils se reproduisent et sont particulièrement sujets aux récidives.

c. *Délire asystolique*. — Les troubles psychiques sont très

fréquents dans les derniers temps de l'*asystolie*. Il s'agit dans ce cas d'un *délire onirique hallucinatoire* avec confusion d'idées, désorientation, erreurs de lieu et de personnes, mélange du rêve à la réalité, tel qu'on l'observe dans la période ultime de la tuberculose et, de façon générale, à la fin de toutes les maladies cachectiques, et qui est dû, dans tous ces cas, à une véritable intoxication asphyxique des cellules cérébrales.

HUGHARD (1891) a justement fait remarquer que la psychose cardiaque, qu'il distingue suivant qu'elle survient en dehors ou au moment de l'*asystolie*, était relativement rare, et qu'il importait de ne pas confondre avec elle un certain nombre de délires survenant chez les cardiaques tels que le délire *cardio-rénal*, résultant à la fois de l'*asystolie* et de l'*urémie*, les délires *médicamenteux* (digitalique, belladonné, etc.), les délires *arthritique*, *alcoolique*, *hystérique* et *puerpéral*.

ARTICLE IV

HÉMORRHAGIE ET RAMOLLISSEMENT

1° **Troubles psychiques antérieurs à l'ictus.** — L'*hémorragie* ou le *ramollissement* par thrombose sont préparés, avant l'ictus apoplectique, par des processus artériopathiques qui s'accompagnent fréquemment de modifications de l'intelligence, du caractère et de l'affectivité. Ces phénomènes, qui passent dans bien des cas d'ailleurs inaperçus, ne sont pas autres que ceux dont nous venons de parler à propos de l'artério-sclérose et que visait GENDRIN lorsqu'il signalait, parmi les prodromes de l'apoplexie : l'inaptitude aux travaux intellectuels, la fatigue mentale facile, l'incapacité d'attention, l'irascibilité et une « faiblesse morose qui exagère les impressions et produit des terreurs non motivées, des inquiétudes déraisonnables sur nous-mêmes ou sur ceux qui nous touchent ».

2° **Troubles psychiques postérieurs à l'ictus.** — Après l'*apoplexie*, lorsque le malade sort de la période comateuse, variable d'intensité et de durée, il reste plus ou moins touché

dans sa mentalité et on peut dire à ce point de vue que son retour à l'intégrité absolue est exceptionnel.

Les altérations psychiques qu'il subit se résument essentiellement en une *diminution* partielle et plus ou moins profonde de l'*intelligence*, avec *amnésie* variable de forme et d'intensité, *conservation relative de la conscience*, *affaiblissement* ou *perversion* de la *moralité* et de la *volonté*, *irritabilité*, *sensiblerie*, *troubles du caractère* (DUPRÉ).

Ces altérations psychiques affectent tous les degrés de gravité, suivant l'importance, le siège et l'étendue de la lésion, et suivant aussi les dispositions antérieures des individus.

Chez un certain nombre même, à ces symptômes fondamentaux de *déchéance cérébrale* viennent se joindre d'autres troubles psychosiques qu'il est nécessaire de signaler.

C'est d'abord un état de *dépression* ou plus souvent encore *d'excitation*, se traduisant par une véritable *agitation automatique*, tracassière, bruyante, grossière, désordonnée, malpropre, violente même parfois, presque invariablement plus marquée la nuit que le jour, ou même exclusivement *nocturne*.

Ce sont ensuite des *délires*. Les délires, chez les apoplectiques, peuvent être de deux sortes. Les uns relèvent d'une cause autre que la lésion organique, par exemple de l'hérédité vésanique, de l'alcoolisme, etc. Il s'agit alors d'un état *maniaque*, *mélancolique*, d'un *délire de persécution*, de *jalousie*, etc., qui emprunte quelques caractères spéciaux au fond dementiel, mais qui peut évoluer de façon indépendante. Les autres sont des délires dus à la *lésion cérébrale* elle-même ou à ses conséquences, en particulier aux *auto-intoxications secondaires* qui se produisent. Dans ce cas, on a affaire soit à des *hallucinations simples*, visuelles, auditives (parfois unilatérales, SÉGLAS, JOFFROY, LWOFF, TOULOUSE, etc.), gustatives, cénesthésiques, à caractère pénible ou même terrifiant; soit à des *délires* absurdes, incohérents, enfantins, faits d'idées hypocondriaques, de négation, de vanité et de grandeur, de jalousie, d'érotisme avec obscénité et salacité, de mysticisme, etc.; soit enfin et surtout à du *délire onirique hallucinatoire*, parfois professionnel, à de la torpeur somnolente, à de l'indifférence, à de l'hébétude, à de la *confusion*

mentale sous toutes ses formes, aiguë même, dans certains cas.

Dans un récent travail sur les *Démences liées aux lésions circonscrites du cerveau* (1904), A. VIGOUROUX cherche à démontrer, par la clinique et l'anatomie pathologique, que seules les lésions diffuses surajoutées à ces lésions circonscrites doivent être regardées comme la cause de leurs troubles psychiques.

Il s'appuie pour cela sur ce fait que l'état mental des lésions circonscrites est le même que l'état mental produit par les lésions diffuses, que celui, par exemple, de la *paralyse générale*.

Et il ajoute qu'en dehors des paralysies localisées, chacun des signes physiques de la paralyse générale : inégalité pupillaire, tremblement de la langue, embarras de la parole, crises épileptiformes, peut s'observer dans les méningo-encéphalites dues à des lésions circonscrites.

Si la démence globale est plus souvent observée chez les paralytiques généraux, c'est parce que chez eux l'évolution de la méningo-encéphalite est plus rapide.

Quant aux délires, lorsqu'ils existent, ils portent tous, dans les deux catégories de sujets, le cachet de la démence et sont plus ou moins absurdes et incohérents suivant le degré même de cette démence.

ANGLADE vient, plus récemment encore (1905), d'émettre une opinion analogue en montrant que le ramollissement n'est pas une nécrose pure et simple, et qu'il s'accompagne d'une encéphalite interstitielle parfois limitée au pourtour du foyer, parfois généralisée, ce qui explique les symptômes psychiques si fréquents dans les ramollissements, surtout corticaux.

ARTICLE V

PARALYSIE GÉNÉRALE

La paralyse générale est une affection d'origine toxi-infectieuse, ordinairement post-syphilitique, caractérisée anatomiquement par une méningo-encéphalite diffuse avec lésions accessoires diffuses de tout le système nerveux et cliniquement par des