

Lorsqu'on jette un coup d'œil d'ensemble sur les relations qui unissent le syndrome paralytique à ses nombreux facteurs toxiques et infectieux, on s'aperçoit qu'on y peut distinguer trois groupes de faits.

Les premiers sont constitués par les syndromes paralytiques dus à l'action des intoxications aiguës, exogènes et autogènes, et des maladies infectieuses aiguës. Type : syndrome paralytique de la grippe.

Les seconds visent les syndromes paralytiques dus à l'action des intoxications chroniques. Type : syndrome paralytique de l'alcoolisme.

Les derniers, enfin, sont relatifs aux syndromes paralytiques dus à l'action des infections chroniques. Type : syndrome paralytique de la syphilis.

a. *Intoxications et auto-intoxications aiguës, infections aiguës (paralysies générales aiguës ou temporaires)*. — Les intoxications et auto-intoxications aiguës et les infections aiguës ont sur les éléments nerveux de l'écorce une action identique et qui doit être rapprochée.

Toutes peuvent, dans certains cas, déterminer une confusion mentale de degré plus ou moins aigu offrant l'ensemble des symptômes somatiques et psychiques de la paralysie générale.

Cet état de paralysie générale qui se manifeste à un moment quelconque du processus toxique ou infectieux aigu, mais le plus souvent à son déclin, n'est en général que passager. Si le processus est trop grave, et c'est le cas lorsqu'il s'agit par exemple d'un délire aigu fébrile, le sujet est d'habitude rapidement emporté. Sinon l'orage s'apaise plus ou moins vite et tous ces symptômes, dont l'ensemble a cliniquement une signification si grave, disparaissent peu à peu.

Il ne saurait être douteux, et les recherches de PIERRET l'ont bien prouvé, qu'il se produit là une méningo-encéphalite infectieuse aiguë et que lorsque l'action du poison n'a pas été assez violente pour entraîner la mort, les éléments nerveux, plus ou moins touchés mais non détruits, tendent par degrés à se reconstituer, en suivant les phases de régénération observées dans les intoxications et infections expérimentales.

Si c'est là de la paralysie générale, et l'hypothèse est acceptable, c'est alors une *paralysie générale aiguë* ou, comme je l'ai appelée, *temporaire*, avec ses deux variétés, *mortelle* et *curable*. Toutes les intoxications aiguës, exo- et autogènes, toutes les infections aiguës sont susceptibles de la produire. Celles au cours desquelles on l'observe le plus fréquemment sont l'*auto-intoxication hépatique*, l'*auto-intoxication rénale*, la *puerpéralité*, l'*érysipèle*, la *grippe*, l'*insolation*, etc.

b. *Intoxications chroniques (paralysies générales chroniques régressives ou pseudo-paralysies générales)*. — Les intoxications chroniques, en particulier les intoxications externes (alcoolisme, saturnisme, morphinisme, pellagre, etc.), certaines intoxications parasitaires comme le paludisme, certains shocks et traumatismes tels que les *traumatismes crâniens*, certains néoplasmes cérébraux, spécifiques, etc., déterminent fréquemment aussi le syndrome paralytique, mais dans des conditions un peu différentes.

Ici, c'est au cours d'un processus chronique et déjà plus ou moins ancien que se manifeste l'état symptomatique de la paralysie générale, sous la forme surtout de démence paralytique, c'est-à-dire avec prédominance marquée des signes de confusion, d'obtusion, de stupeur, de parésie.

La caractéristique de cette démence paralytique, caractéristique qui la distingue, cliniquement, de la paralysie générale ordinaire, essentiellement *progressive*, elle, c'est d'être, ainsi que je l'ai appelée d'une épithète adoptée par MARANDON DE MONTYEL, GREIDENBERG, etc., *régressive*. Le syndrome paralytique suit en effet ici une marche inverse de celle de la paralysie générale progressive : il commence par la fin et finit par le commencement. C'est-à-dire que les symptômes sont d'emblée à leur maximum, à ce point que, dans certains cas, les malades semblent à ce moment à la période ultime et gâteuse de la démence paralytique ; puis, plus ou moins vite, quelquefois même assez rapidement, ils s'améliorent et récupèrent comme par enchantement leurs diverses fonctions physiques et psychiques. Les uns, après cette atteinte, restent indéfiniment touchés, amoindris, dans une sorte de semi-démence paralytique qui peut durer des

années et des années (paralysie générale chronique ou de longue durée de l'alcoolisme chronique, des traumatismes crâniens, etc.). Les autres guérissent entièrement et peuvent reprendre, sans déficit sensible, leurs occupations antérieures, soit que leur guérison se maintienne à tout jamais, soit que par la suite, ils présentent à nouveau, et le fait n'est pas rare dans l'intoxication alcoolique, un ou même plusieurs autres accès similaires de démence paralytique régressive (NASSE, MOREAUX, BALL et RÉGIS, etc.). Les uns et les autres finissent d'habitude cérébralement, emportés fréquemment par une lésion maintes fois signalée chez eux : la *pachyméningite hémorragique* (RÉGIS et LACAÏLLE, 1881 ; BOISSIER, 1896 ; BOURDIN, 1899).

Ce syndrome paralytique représente en grande partie ce que l'on a appelé jusqu'ici les *pseudo-paralysies générales* (BAILLARGER, FOURNIER, BALL, RÉGIS, etc.), c'est-à-dire des états qui, ressemblant cliniquement à la paralysie générale ordinaire, en diffèrent par leur évolution et leur terminaison.

On a beaucoup bataillé sur cette question des pseudo-paralysies générales, mais au fond il n'y a là qu'une pure discussion de mots.

L'existence du syndrome paralytique dont nous venons de résumer les caractères n'est pas en effet contestable et n'est pas contestée. Son interprétation seule diffère. Si l'on voit là un état morbide qui ressemble à la paralysie générale mais qui n'est pas de la paralysie générale, et c'était jusqu'ici l'opinion courante, il faut bien donner un nom à cet état, et je me demande pourquoi on lui refuserait celui de *pseudo-paralysie générale*, qui dit bien ce qu'il veut dire et qui fait pendant aux autres « pseudo » de tout ordre, admises depuis longtemps en pathologie. Si, au contraire, on rejette en principe les « pseudo », si, comme on l'a dit, « il n'y a pas de pseudo-maladies, il n'y a que des pseudo-diagnostics » (PIERRET, VALLON, etc.), rien n'est plus facile encore que de s'entendre. Il suffit alors de faire rentrer les syndromes paralytiques dont nous parlons dans le cadre de la paralysie générale, en leur appliquant l'épithète nécessaire : les pseudo-paralysies générales deviennent dans ce cas des *paralysies générales* ou des *démences paralytiques régressives*. Le mot seul

a changé, mais non la chose. Tel est aussi l'avis de E. DUPRÉ.

Le mécanisme étiologique de ces pseudo-paralysies générales ou paralysies générales régressives paraît être surtout le suivant :

L'organisme étant, par le fait d'un processus chronique quelconque, par exemple de l'alcoolisme, dans un état d'équilibre nutritif précaire, il suffit d'une cause minime et banale : excès nouveau, suppression brusque du poison, émotion violente, etc., pour que se réalise une auto-intoxication passagère, par insuffisance gastro-intestinale, mais surtout hépatique et rénale. C'est sous l'influence de cette auto-intoxication que se produit le syndrome paralytique, épisodique, passager et renouvelable comme elle. La pseudo-paralysie générale ou paralysie générale régressive serait donc le résultat immédiat non de l'intoxication ou infection primitive et chronique, mais de l'auto-intoxication secondaire et transitoire. Ce mécanisme, très logique, a été particulièrement bien indiqué par KLIPPEL, notamment en ce qui concerne l'insuffisance hépatique dans l'alcoolisme.

c. *Infections chroniques (paralysie générale ordinaire, progressive, typique)*. — Les processus infectieux chroniques, par leur action toxique et auto-toxique lente sur les centres nerveux, produisent les lésions et les symptômes dont l'étude a fait l'objet de cet article, c'est-à-dire la paralysie générale ordinaire, progressive, typique. Le caractère lent, permanent, continu, graduellement extensif de ces infections chroniques explique le caractère lent, permanent, continu, progressif de la paralysie générale à laquelle ils donnent lieu, bien différente, à ce point de vue, des paralysies générales aiguës et temporaires des processus aigus, comme des paralysies générales régressives des processus d'auto-intoxication épisodique sur fond d'intoxication latente.

Toutes les infections chroniques sont sans doute susceptibles de produire la méningo-encéphalite diffuse. La chose est possible pour le *cancer*, bien qu'il n'ait pas encore été signalé de cas. Cela paraît plus évident encore pour la *tuberculose*, et certains travaux récents, tels que ceux de KLIPPEL, d'ANGLADE, de A. MORSELLI (1903), de BOUR (1903), de KLIPPEL (1905), tendent à faire jouer

un rôle assez important à la tuberculose dans l'étiologie de la paralysie générale : soit que la tuberculose s'associe à la syphilis, par exemple dans la paralysie générale juvénile (RÉGIS), soit qu'elle agisse isolément, par son action propre.

Sans étendre au delà de ses limites vraies cette action de la tuberculose, nous croyons qu'elle est réelle, et que cette infection chronique intervient, avec ou comme la syphilis, mais de beaucoup après elle, dans la production de la paralysie générale.

Nous disons de beaucoup après elle, car il suffit de réfléchir un instant pour comprendre que la tuberculose ne peut avoir qu'une influence étiologique restreinte sur la paralysie générale. La tuberculose en effet atteint aussi souvent sinon plus la femme que l'homme, elle frappe surtout les adolescents, les classes inférieures de la société, tant rurales qu'urbaines, sévit dans toutes les professions, et loin d'épargner certaines catégories de personnes telles que les religieux et les religieuses, constitue, principalement chez ces dernières, l'une des causes importantes de la mortalité. Elle ne saurait donc être le facteur habituel de la paralysie générale, affection qui se manifeste, dans des conditions de sexe, d'âge, de milieux, de professions, de castes, différentes et même opposées.

La syphilis, au contraire, répond à tout et explique tout dans la paralysie générale : sa plus grande fréquence dans le sexe masculin ; son apparition ordinaire à l'âge moyen de la vie ; son existence possible dans l'adolescence ainsi que chez le mari et la femme ; sa prédominance, chez l'homme, dans les classes élevées de la société, chez les officiers, les artistes, les viveurs, et, chez la femme, dans la classe ouvrière des villes et parmi les prostituées ; sa rareté chez les religieux et les religieuses ; la multiplicité significative des fausses couches et mort-naiissances chez les descendants des malades qu'elle frappe, etc., etc. Tout dans l'histoire étiologique de la paralysie générale comme dans son histoire symptomatique et anatomo-pathologique, ainsi que vient de le rappeler MARCHAND (1905), plaide en faveur du rôle prépondérant de la syphilis dans son étiologie.

Il n'est pas jusqu'à l'argument de prédilection opposé à cette opinion et reproduit dans la récente discussion de l'Académie

de médecine par JOFFROY, celui de la rareté de la paralysie générale dans des pays à syphilis fréquente, qui ne soit cependant en parfait accord avec elle. Il y a longtemps en effet que nous soutenons que pour faire de la paralysie générale soit chez un individu, soit chez un peuple, il faut non seulement la syphilis, qui est la graine, mais une cérébralité préparée, c'est-à-dire le terrain. La rareté de la paralysie générale chez certains peuples plus ou moins syphilités n'est donc pas un argument contre l'étiologie surtout spécifique de la paralysie générale ; elle prouve simplement, comme je l'ai dit, que la cérébralité de ces peuples, de même d'ailleurs que celle des paysans de nos campagnes, n'est pas encore suffisante pour que la syphilis y puisse produire la maladie de BAYLE.

Et ce qui confirme bien cette manière de voir, c'est que la paralysie générale s'accroît progressivement chez ces peuples au fur et à mesure que la civilisation les pénètre et augmente leur cérébralité. Il en est ainsi chez les nègres d'Amérique, chez les Arabes d'Égypte et, suivant la remarque de JOFFROY lui-même, chez les Japonais.

Une autre preuve encore, à mon sens importante, c'est que si, pour les raisons ci-dessus, il est possible de trouver la paralysie générale rare dans des pays à syphilis fréquente, en revanche on n'a jamais signalé l'inverse, c'est-à-dire la paralysie générale fréquente dans des pays à syphilis rare, tandis que cela existe pour les autres facteurs invoqués ; on peut voir notamment la paralysie générale très commune dans des pays où l'alcoolisme est peu répandu.

De tous les arguments invoqués contre l'origine syphilitique de la paralysie générale, il n'en est qu'un seul je crois, qui ait une réelle valeur. C'est la possibilité, pour un paralytique général, de contracter la syphilis après le début de sa maladie. On connaît actuellement une quinzaine de cas authentiques de ce genre, dont le dernier est dû à GARBINI (1903).

Bien que cette constatation soit en opposition avec la retentissante expérience citée par KRAFFT-EBING de l'immunité de neuf paralytiques généraux, vainement inoculés avec du virus syphilitique, elle n'en est pas moins à retenir.

Toutefois les faits de ce genre ne sauraient contredire sérieusement l'idée de la prédominance étiologique de la syphilis dans la paralysie générale. Ils prouvent tout au plus — ce que chacun admet, sauf peut-être quelques intransigeants — que la paralysie générale commune peut exceptionnellement n'être pas due à la syphilis, à moins, ce qui est possible encore, qu'il ne s'agisse là de syphilis avec réinfection.

Aussi, en présence de toutes les preuves qui se sont accumulées et qui s'accroissent chaque jour en France et à l'étranger, ma conviction s'est-elle fortifiée jusqu'à la certitude ; et c'est aujourd'hui sans hésitation que je dis, non plus à peu près seul en France, comme il y a vingt ans, mais cette fois avec la très grande majorité des spécialistes et des praticiens, en particulier avec mon éminent maître le professeur A. FOURNIER, qui vient d'exposer magistralement cette vérité dans son importante communication à l'Académie de médecine (1905) : « *la syphilis est le facteur étiologique prépondérant de la paralysie générale* ».

B) FORMES ÉTIOLOGIQUES

Les formes que l'on peut reconnaître à la paralysie générale d'après son étiologie, c'est-à-dire les formes étiologiques, sont assez nombreuses. Nous ne ferons que les mentionner.

α) *La paralysie générale juvénile* est celle, nous l'avons vu, qui survient à l'adolescence, à l'époque de la puberté, entre treize et vingt ans. Elle est due à l'hérédosyphilis, associée parfois à la tuberculose, se montre aussi fréquente chez les filles que chez les garçons, ce qui s'explique par l'égalité des deux sexes devant l'hérédité spécifique, arrête le développement physique et mental du sujet, se manifeste presque toujours sous la forme de démence paralytique simple, sans délire, sans ictus cérébraux fréquents, a une évolution plus lente, une durée plus longue et révèle à l'autopsie, en plus des lésions habituelles, une atrophie marquée des circonvolutions, surtout du cerveau antérieur.

La paralysie générale précoce, sans caractères particuliers autres que l'intervention assez fréquente, chez elle aussi, de l'hérédosyphilis, est celle qui apparaît entre vingt et trente ans.

Il existe des cas de méningo-encéphalite diffuse de l'enfance,

avec syndrome clinique paralytique, qui mériteraient, peut-être, l'appellation de *paralysie générale infantile*.

La paralysie générale sénile est celle qui survient à cinquante ans, soixante ans et au-dessus. Cliniquement, elle ne présente rien de bien spécial, sauf la coexistence fréquente des maladies de cœur, de l'artério-sclérose, de l'athérome, qui lui a fait donner le nom de *paralysie générale athéromateuse*.

β) *La paralysie générale féminine* est celle de la femme. En dehors de toutes les particularités de fréquence, de condition sociale, etc., que nous avons déjà signalées, avec les explications qu'elles comportent, ajoutons que la paralysie générale chez la femme survient fréquemment à la ménopause, s'accompagne ordinairement de troubles menstruels, qui en sont l'effet plutôt que la cause (RÉGIS, GILBERT PETIT), revêt de préférence une forme fruste, terne, effacée, simplement démente ou avec délire peu brillant, est moins sujette aux complications d'ictus et dure plus longtemps (RÉGIS et COLOVITCH, 1882). Rappelons, à son sujet, la *paralysie générale conjugale*, se manifestant simultanément ou successivement chez les deux époux et due à la syphilisation de l'un par l'autre.

γ) Au point de vue *héréditaire* et *diathésique*, c'est-à-dire au point de vue du terrain, on peut distinguer : la *paralysie générale des congestifs*, des *arthritiques*, des *cérébraux*, qui est la paralysie générale ordinaire et la plus fréquente, sans caractères particuliers par conséquent ; la paralysie générale des *vésaniques* et des *dégénérés*, relativement rare et se distinguant par la prédominance de ses états délirants et par son évolution rémittente ; la paralysie générale des *névrosiques* (hystériques, neurasthéniques, épileptiques, choréiques) également rare et marquée à la fois par ses grandes manifestations névrosiques et son évolution irrégulière et oscillante.

δ) Quant aux formes de paralysie générale en rapport avec les causes déterminantes, il est permis de les comprendre différemment.

On peut, par exemple, admettre une *paralysie générale vraie*, celle que nous avons décrite cliniquement et anatomiquement et dont le facteur étiologique est la syphilis, et de fausses para-

lysies générales ou *pseudo-paralysies générales*, variant de type suivant les états morbides dont elles émanent (pseudo-paralysies générales aiguës, mortelles ou curables, des processus toxiques et infectieux aigus; pseudo-paralysies générales proprement dites ou chroniques, confusionnelles, régressives, des processus toxiques et infectieux chroniques).

On peut aussi admettre non une *paralysie générale* unique, vraie, avec des pseudo-paralysies générales, mais des *paralysies générales*, et les diviser étiologiquement, ainsi que l'a fait KLIPPEL au point de vue anatomique, en trois groupes : 1° les *paralysies générales aiguës, temporaires*, correspondant aux pseudo-paralysies générales aiguës; 2° les *démences paralytiques régressives*, correspondant aux pseudo-paralysies générales proprement dites; 3° enfin, les *paralysies générales progressives, communes, typiques*.

Cette dernière manière de voir, que nous signalions dans l'historique de la précédente édition comme déjà formulée par plusieurs auteurs, notamment par BALL, et que PIERRET soutient aussi depuis vingt ans, depuis, beaucoup gagné de terrain. Elle est probablement destinée à s'accroître davantage encore dans l'avenir.

C) NATURE ET PATHOGÉNIE

Les théories actuelles sur la *nature* de la paralysie générale et sur sa *pathogénie* sont ce qui montre le mieux l'immense évolution qui s'est faite dans les esprits, dans ces dernières années, relativement à la conception de cette maladie.

Tous les auteurs, en effet, et ce sont les psychiatres les plus distingués des divers pays, qui ont spécialement formulé leur manière de voir à cet égard, envisagent la paralysie générale comme une *maladie toxique*, à la fois dans son origine, ses manifestations et ses lésions. Il y a donc tendance à l'accord sur ce point de doctrine fondamentale.

Maïs, et il en sera ainsi tant que, par un progrès nouveau qu'il est aujourd'hui légitimement permis de prévoir, le poison étiologique n'aura pas été isolé et suivi dans son action efficace, les interprétations varient sur ce thème unique. Pour certains, la paralysie générale est une affection *parasymphilitique*

ou même *syphilitique* (FOURNIER, STRÜMPPELL, WESTPHAL, MÖBIUS, KRAFFT-EBING, RAYMOND, etc.). « Elle serait due, pour STRÜMPPELL, à une toxine syphilitique qui circule dans les vaisseaux pie-mériens, et transsude de ceux-ci dans les cavités lymphatiques dans les plasmas intercellulaires de l'écorce » (DUPRÉ).

C'est aussi le lieu de rappeler les fameuses expériences citées par KRAFFT-EBING, au Congrès de Moscou (1897), desquelles il résulte que neuf paralytiques généraux, chez lesquels on n'avait pu découvrir cependant aucune trace de syphilis, furent inoculés à plusieurs reprises avec du pus de plaques muqueuses ou de chancre induré, sans présenter aucun accident. On peut avec raison blâmer de telles expériences; le résultat n'en existe pas moins et il montre l'immunité des paralytiques généraux inoculés, vis-à-vis de la syphilis.

Pour d'autres auteurs, et c'est le plus grand nombre, l'intoxication syphilitique est bien toujours l'élément pathogénique principal de la paralysie générale, mais ce n'est pas le seul, ou bien il agit indirectement, par voie de conséquence. C'est à cette théorie que se rattachent au fond tous ceux qui considèrent, avec des variantes, la paralysie générale comme une maladie *post-infectieuse, post-toxique, para-toxique* (ANGIOLELLA, KOVALEWSKY, KRAEPELIN, KLIPPEL, RÉGIS, SÉRIEUX et FARNARIER, E. DUPRÉ, CROCO, etc., etc.). La conception de KRAEPELIN, très originale, consiste à penser que la cause pathogène primitive, qui est habituellement la syphilis « détermine un trouble de nutrition générale de nature grave, atteignant tous les organes et sous l'influence duquel est élaboré le poison qui est la cause immédiate des lésions de la paralysie générale.

« Le poison n'épargne aucune région du système nerveux, mais les réactions diffèrent nécessairement suivant la vulnérabilité de tel ou tel territoire. Pareille aux poisons urémique et diabétique, la toxine de la démence paralytique n'est pas présente dans le sang d'une façon constante, du moins en quantité considérable. Les rémissions et les aggravations de la maladie s'expliquent par la diminution ou l'augmentation du pouvoir toxique du sang.

« KRAEPELIN rapproche ainsi la paralysie générale du

myxœdème, du diabète, de l'ostéomalacie, de l'acromégalie. La démence précoce sert de transition entre le myxœdème et la paralysie générale » (RAYMOND et SÉRIEUX).

Plusieurs auteurs se sont ralliés à la théorie de KRAEPELIN ou en ont exprimé une analogue. W. ALTER (1903) estime que l'affection est due à l'épuisement, à l'altération régressive de la cellule nerveuse sous l'influence de la toxine combinée à elle et que les rémissions doivent être attribuées à des composés chimiques secondaires, à une antitoxine qui arrive à soulager plus ou moins la cellule sans la débarrasser complètement et définitivement de l'étreinte toxique.

De leur côté, W. FORD ROBERTSON et JEFFREY (1903), ROBERTSON et SHENNAN (1903), auraient isolé, dans la paralysie générale, un micro-organisme semblable à celui de KLEBS-LÖFFLER, et dont la culture, absorbée avec de la nourriture par des rats, aurait déterminé chez eux un syndrome clinique et des lésions cérébrales analogues à celles de la paralysie générale. Ils estiment que la paralysie générale est le résultat d'une toxémie chronique des appareils respiratoire et digestif, qui commence quand l'immunité naturelle a disparu sous l'influence de la syphilis, du saturnisme ou d'un autre facteur pathogénique, laissant se produire ainsi une excessive floraison de formes microbiennes variées, plus particulièrement d'une forme atténuée de bacille de KLEBS-LÖFFLER.

Tout cela n'est sans doute que du raisonnement et de l'hypothèse ; mais tout cela prouve la tendance de plus en plus grandissante et de plus en plus générale à voir dans la méningo-encéphalite diffuse non plus une complication de vésanie, non plus une vésanie, non plus même une maladie cérébrale quelconque, mais une maladie toxique généralisée de l'organisme avec action élective du poison sur le cerveau.

§ 5. — DIAGNOSTIC

Le diagnostic de la paralysie générale a une importance de premier ordre. Cette importance est capitale surtout au début de la maladie, non seulement parce qu'à ce moment le diagnos-

tic est plus délicat et plus difficile, mais aussi parce qu'il comporte, tant au point de vue médical qu'au point de vue médico-légal, les conséquences les plus graves.

En traitant du diagnostic de la paralysie générale, nous aurons donc en vue principalement le diagnostic de la paralysie générale au début.

Pour être à même d'établir autant que possible le diagnostic de la paralysie générale au début, il faut avoir bien présent à l'esprit tous ses caractères cliniques, dans leur ensemble et dans leur détail. Il faut se rappeler notamment que la paralysie générale est une affection qui se manifeste surtout chez les individus à tempérament arthritique, congestif, cérébral, chez l'homme plus que chez la femme, chez les individus que leur condition sociale, leur profession, leur genre de vie ont disposés aux infections et aux intoxications de toute sorte, chez les anciens *syphilitiques*, à l'âge moyen de la vie, entre trente-cinq et quarante-cinq ans, et que cette affection, après une incubation plus ou moins longue et généralement ignorée, débute par des symptômes multiples, variés, dans lesquels on peut reconnaître, suivant leur prédominance, les types suivants : 1° *type névrosique* (neurasthénie, hystérie, etc.) ; 2° *type psychopathique* (excitation maniaque, mélancolie, confusion mentale, démence précoce, etc.) ; 3° *type encéphalopathique* (artériopathie cérébrale, démence organique, lésions circonscrites) ; 4° *type myélopathique* ou *spinal* (tabes, sclérose en plaques, maladie de PARKINSON, etc.).

1° Diagnostic de la paralysie générale à type névrosique. — L'un des modes de début les plus fréquents de la paralysie générale est, ainsi que nous l'avons vu, le *début neurasthénique*. En dehors des différences tirées de l'état neurasthénique lui-même, différences bien précisées par KRAFFT-EBING, FOURNIER, MAGNAN et SÉRIEUX, BALLET, HIRSCHL, et qui consistent surtout en ce que le neurasthénique paralytique, plus atteint psychiquement et physiquement que le neurasthénique ordinaire, se plaint moins et plus absurdement parce que sa conscience et sa personnalité sont déjà entamées, il faut tenir