

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, BALLETT, 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

le plus grand compte des signes fournis par l'anamnèse. Une neurasthénie datant de longtemps, originelle, constitutionnelle, plaide en effet contre la probabilité de la paralysie générale; une neurasthénie récente, accidentelle, devra au contraire y faire songer, les neurasthénies tardives étant souvent symptomatiques d'une maladie organique en voie d'apparition (GROSS, RÉGIS). De même, l'absence de syphilis antérieure est une particularité qui permet de rejeter à peu près sûrement l'hypothèse d'une paralysie générale. Son existence au contraire la rend possible, sinon probable (RÉGIS).

Il résulte de là, par conséquent, que le diagnostic le plus difficile est celui entre la neurasthénie prodromique de la paralysie générale et la *neurasthénie tardive de la syphilis* (FOURNIER), puisqu'il s'agit là du même état, frappant les mêmes individus.

Avec les notions, devenues aujourd'hui courantes, sur l'étiologie essentiellement spécifique de la paralysie générale et du tabes, il n'est pas rare de voir d'anciens syphilitiques venir consulter pour des symptômes qui les inquiètent et dans lesquels ils voient les avant-coureurs du ramollissement ou de l'ataxie. Et, le plus souvent, ces symptômes : tremblement, fourmillements, engourdissements, parésie oculaire fugace, asthénie cérébrale, amnésie, etc..., existent en effet à un degré quelconque. P. ROY vient d'en citer un nouveau cas (1905).

S'agit-il là d'un état neurasthénique syphilitique avec simple phobie de la paralysie générale et du tabes, ou d'un état neurasthénique syphilitique réellement prodromique de l'une de ces affections? Je ne connais pas, dans les cas où les préoccupations du malade ont une apparence fondée et reposent sur des manifestations réelles, en tout ou partie, de diagnostic plus embarrassant. Il faut alors tenir compte de tous les faits, de toutes les particularités susceptibles d'établir s'il n'existe absolument chez le sujet que de l'affaïssement physique et mental (neurasthénie), ou si déjà derrière cet affaïssement se devine et transparaît l'affaiblissement (paralysie générale). Parfois même il est nécessaire de prolonger un certain temps l'observation avant de se prononcer. C'est dans les cas de ce genre et, d'une façon générale, dans les cas douteux de paralysie générale au début,

qu'on aura recours au *cyto-diagnostic*, tout en se rappelant que s'il peut donner de grandes probabilités, il ne fournit pas cependant la certitude absolue.

Le début de la paralysie générale par des symptômes pouvant la faire confondre avec les autres névroses, l'hystérie, l'épilepsie, la chorée, est beaucoup plus rare. Le diagnostic consistera encore à distinguer ces symptômes névropathiques récents et accidentels des manifestations des névroses chroniques et constitutionnelles. Cette distinction est habituellement facile, sauf le cas, en somme rare, où une de ces névroses constitutionnelles verse dans la paralysie générale ou la simule. On a cité quelques faits de ce genre en ce qui concerne l'hystérie [RÉGIS (1882), CARRIÈRE (1882), REY (1885), PITRES (1891), ROBERT (1897), A. MARIE et JUQUELIER (1903), E. MOURIER (1904)], l'épilepsie [PÉON (1898), TOULOUSE et MARCHAND (1899), SÉGLAS et FRANÇOIS (1902)], la chorée [A. MARIE et VALLON (1894), BONDURANT (1896)].

2° Diagnostic de la paralysie générale à type psychopathique. — Le paralytique général entre fréquemment dans sa maladie par une phase d'*excitation maniaque*, de suractivité, connue sous le nom de phase de *dynamie fonctionnelle*, (RÉGIS, 1878), et dont nous avons résumé plus haut les principaux traits. Cet état ressemblant à tout autre état d'*excitation maniaque*, il y a là un diagnostic différentiel ordinairement des plus difficiles, sur lequel les auteurs ont appelé l'attention et insisté en raison de son importance.

Les signes d'incoordination psycho-motrice et d'affaiblissement mental, fort peu marqués à ce moment dans la paralysie générale, lorsqu'ils ne sont pas masqués par le vernis brillant de l'excitation, sont loin de suffire à lever tous les doutes. J'ai donné comme un des meilleurs signes de cette distinction, considérée parfois comme impossible, ce fait que, tandis que l'excitation maniaque des vésaniques héréditaires et circulaires se traduit par une disposition dominante à la malignité, à la méchanceté, ces malades étant « les plus malfaisants des aliénés » (J. FALRET), l'excitation maniaque des paralytiques généraux, au contraire, détermine ordinairement une expansion altruis-

tique outrée et caractéristique. Ce n'est certainement pas de l'altruisme vrai, de la générosité et de la philanthropie sincères, efficaces, ainsi que l'objecte CHRISTIAN; mais il suffit que tout cela soit sur les lèvres et dans les vantardises des malades pour constituer un signe diagnostique de premier ordre. Et lorsque, de deux excités maniaques parfaitement semblables sur tous les points, l'un, souriant et les mains tendues, ne parle que de dons, de largesses, de soulagement des malheureux et des pauvres, de fondation d'hôpitaux, de suppression des prisons, de bonheur universel, etc..., alors même qu'il ne s'agit là que de paroles en l'air, peu importe : ce malade a toutes les chances possibles d'être un paralytique général. Voilà, je le répète, le fait diagnostique important (CUYLITS) qu'on ne peut pas contester et que ne contredisent en rien les cas, cités à diverses reprises et tout récemment encore, de violences et d'homicide commis par des paralytiques généraux. On y peut joindre très utilement aujourd'hui le cyto-diagnostic.

D'autres fois, le paralytique général manifeste, au début, une disposition contraire. Il est déprimé, affecté, *hypocondriaque*, et sa préoccupation porte tout particulièrement sur le fonctionnement de son appareil digestif. Ce n'est là, dans beaucoup de cas, qu'une exagération de l'état neurasthénique rappelé plus haut, car de la neurasthénie avec nosophobie à la mélancolie avec délire d'obstruction et de négation, il n'y a qu'une différence de degré comportant toutes les transitions intermédiaires (RÉGIS et COTARD, 1904). Le diagnostic peut être difficile entre cet état mélancolique hypocondriaque de la paralysie générale et la mélancolie hypocondriaque simple. (Voir p. 254 et 303.)

Les principales différences, que j'ai réunies et résumées dans un travail spécial (1889) consistent en ce que : la mélancolie avec délire hypocondriaque s'observe surtout à un âge avancé (quarante-cinq à soixante ans) et beaucoup plus fréquemment chez la femme que chez l'homme; elle est relativement rare chez les syphilitiques; le délire hypocondriaque n'y apparaît pas dès le début de l'accès, mais au bout d'un certain temps et est constamment consécutif au délire habituel de la mélancolie, surtout au délire de culpabilité imaginaire; il est tenace,

fixe, persistant, avec rêves et hallucinations à caractère anxieux, terrifiant, refus d'aliments, tendance au suicide, crises paroxystiques plus ou moins aiguës; il coïncide avec une intelligence intacte, des souvenirs précis, une lucidité complète; il s'accompagne souvent de symptômes d'auto-intoxication gastro-intestinale, parfois de phénomènes fébriles; il est curable, mais peut finir par le marasme cachectique ou le passage à l'état chronique avec délire de négation systématique de COTARD.

Plusieurs autres cas de mélancolie avec délire hypocondriaque d'obstruction et de négation que j'ai observés depuis avec LALANNE, toujours chez des femmes, et qui s'accompagnaient de désordres profonds d'idées et d'actes et même de grincement des dents, de gâtisme, etc., sans aboutir cependant de façon nette à la paralysie générale, montrent que ce diagnostic est parfois tellement difficile qu'il est permis de se demander s'il n'existe pas des cas intermédiaires, pour ainsi dire, entre ces deux ordres de psychoses cénesthésiques : la mélancolie hypocondriaque simple et la mélancolie hypocondriaque de la paralysie générale à lésions organiques.

Le début de la paralysie générale par *manie aiguë*, *mélancolie aiguë*, *mélancolie avec stupeur*, par *délire systématisé* surtout, est bien moins fréquent et ne comporte pas généralement de grandes difficultés de diagnostic.

La paralysie générale commençante est très aisée à confondre avec les psychoses d'intoxications, aiguës et chroniques, c'est-à-dire avec la *confusion mentale* sous toutes ses formes. Il y a là un diagnostic qui présente souvent de la difficulté et de l'embarras.

A vrai dire, si l'on s'entend désormais pour admettre qu'il n'y a plus de pseudo-paralysies générales, une grande partie de cette difficulté disparaît, puisqu'elle résidait surtout dans la différenciation des pseudo-paralysies générales, toxiques et infectieuses, et de la paralysie générale vraie. Il n'en reste pas moins d'autres cas, tels par exemple que ceux de *délire alcoolique hallucinatoire* surajouté à une paralysie générale au début et la masquant, ou ceux d'alcoolisme chronique à forme démente, de *démence alcoolique*, qui demandent à être éclaircis.

En ce qui concerne les premiers, il convient de songer toujours à la paralysie générale en présence de délirants alcooliques, à l'âge moyen de la vie, anciens syphilitiques, dont les excès de boisson sont de date récente; quant aux seconds, ils se distinguent de la démence paralytique en ce que l'effondrement de l'intelligence est moins profond, en ce que les malades ont, plus souvent encore que du délire des grandeurs, des idées mélancoliques, des idées de persécution, de jalousie, des hallucinations, des symptômes moteurs dus à des lésions cérébrales circonscrites, sans l'embarras de la parole caractéristique, enfin en ce que leur état peut rester stationnaire ou même s'améliorer (MAGNAN). Ils succombent souvent à une pachyméningite hémorragique et le diagnostic n'est fait parfois qu'à l'autopsie. Les mêmes remarques s'appliquent aux psychoses aiguës et chroniques des autres intoxications, en particulier au *saturnisme* (RÉGIS, VALLON, MAGNAN).

Une mention spéciale doit être réservée à la *démence précoce*, qui ne se sépare pas toujours nettement de la démence paralytique, surtout dans sa forme juvénile (CHRISTIAN, KRAEPELIN, TOULOUSE et MARCHAND, VURPAS et MARCHAND). (Voir p. 353 et 359). Outre que ordinairement la démence précoce, ainsi que nous l'avons vu, succède à un état de confusion mentale plus ou moins aigu, tandis que la démence paralytique juvénile a un début absolument insidieux, la démence précoce présente des alternatives d'agitation et de stupeur, de la désorientation, de l'hébétéude, du négativisme, et souvent des symptômes catatoniques caractéristiques. Lorsque cependant ces symptômes font défaut ou sont peu marqués et que la démence précoce s'accompagne de signes physiques tels que tremblement, inégalité des pupilles, exagération des réflexes, etc., la distinction est loin d'être facile. En principe, plus la maladie sera apparente, significative, bruyante, plus il y aura de chances pour qu'il s'agisse de démence précoce, et inversement, car la démence paralytique juvénile est une maladie généralement silencieuse, effacée : il faut la chercher.

3° Diagnostic de la paralysie générale à type encépha-

lopathique ou démentiel. — Lorsque la paralysie générale revêt d'emblée sa forme typique, celle de démence paralytique, sans aucune des manifestations surajoutées que nous venons de passer en revue, elle peut être confondue avec la plupart des encéphalopathies s'accompagnant d'affaiblissement mental, telles que : *artério-sclérose cérébrale*, *démence organique*, *démence sénile*, etc., etc., et doit en être par suite distinguée.

L'*artério-sclérose cérébrale*, la *cérébro-sclérose* (GRASSET) atteint généralement des sujets plus âgés; son début et son évolution sont beaucoup plus lents et nettement liés aux troubles cardiovasculaires; sa démence est moins accusée, ses signes moteurs, en particulier sa dysarthrie, sensiblement différents (ARNAUD).

La *démence sénile* apparaît également à un âge plus avancé, chez des individus nettement vieillis; les troubles somatiques y sont plutôt ceux de l'affaiblissement, de l'usure des forces, des organes et des sens, que ceux de l'ataxo-parésie de la paralysie générale; quant à la démence, elle y est toute autre et faite surtout d'amnésie progressive des faits et des mots, d'incohérence d'idées et de langage, d'idées confuses de persécution et de vol, d'agitation nocturne, d'actes enfantins.

La *démence organique* ou *apoplectique*, celle qui se développe sous l'influence de lésions cérébrales circonscrites (foyers de ramollissement, hémorragies méningées, pachyméningite, etc.), réalise parfois un état symptomatique qui se rapproche plus ou moins complètement du syndrome paralytique. Les différences, précisées par MARIE, MAGNAN, LWOFF, BEYER, etc.), consistent surtout en ce que la démence apoplectique est habituellement plus tardive, qu'elle éclate brusquement à la suite d'un ictus cérébral; que sa marche et sa durée sont plus longues; qu'elle se traduit, suivant la nature et le siège des lésions, par des paralysies véritables, localisées et permanentes, de l'hémiplégie, de l'aphasie, motrice et sensorielle, des troubles sensitifs et sensoriels localisés; en ce que, enfin, sa démence est moins accusée et s'accompagne de sensiblerie, d'irritabilité, d'idées confuses de persécution avec agitation et hallucinations nocturnes.

Les *démences organiques* dues à des *tumeurs du cerveau* (néoplasmes, kystes hydatiques, cysticerques, etc.) se séparent de la

paralysie générale par les mêmes caractères différentiels. Elles présentent en plus quelques autres symptômes tels que névrite optique, œdème papillaire, attaques épileptiformes répétées, vomissements, vertiges, torpeur, somnolence, qui complètent le diagnostic (SÉRIEUX et MIGNOT). Ces tumeurs peuvent d'ailleurs s'associer à la paralysie générale (KLIPPEL). Ces indications sont applicables à certains processus syphilitiques plus ou moins nettement circonscrits du cerveau (tumeurs gommeuses, méningite et encéphalite scléreuses et scléro-gommeuses diffuses, artérites) autour desquels se développent des méningo-encéphalites de voisinage. Il en résulte cliniquement un syndrome plus ou moins comparable à la paralysie générale, mais qui s'en sépare par la rapidité plus grande de son évolution, ses symptômes prédominants d'obtusion, d'hébétude, de fausse démence, de semi-conscience, et un ensemble de troubles moteurs (paralysies, anesthésies, convulsions localisées, etc.), qui n'appartiennent pas habituellement à la paralysie générale. Ce syndrome est d'ailleurs beaucoup plus accessible à l'action du traitement spécifique. Ces processus font partie de l'ensemble des lésions syphilitiques semi-diffuses et diffuses du cerveau qui constituent ce qu'on a appelé, avec FOURNIER, la *pseudo-paralysie générale syphilitique*. Ils peuvent coexister chez le même malade avec les lésions ordinaires de la paralysie générale (RAYMOND).

4° Diagnostic de la paralysie générale à type spinal. — La paralysie générale peut, nous le savons, s'associer au *tabes* dans trois conditions. Elle peut, à un moment quelconque de son cours, se compliquer de symptômes tabétiques; elle peut survenir au cours du *tabes*; enfin, elle peut d'emblée se présenter en coexistence avec le *tabes* et marcher de pair avec lui sous forme d'une sorte de *tabes cérébro-spinal* (FOURNIER).

Ces divers modes d'association du *tabes* et de la paralysie générale ne comportent pas, à vrai dire, un véritable diagnostic différentiel, et il est généralement facile de les constater.

Le seul point que nous ayons à mentionner ici, c'est la possibilité tout à fait au début, chez un syphilitique présentant de la

neurasthénie préorganique accompagnée d'accidents tels que strabisme, ptosis, diplopie, d'hésiter entre un début de *tabes* et un début de paralysie générale. Les signes de trouble et surtout d'affaiblissement mental, si légers qu'ils soient, l'existence ou l'absence de douleurs fulgurantes, du signe de ROMBERG, l'état d'exagération ou d'abolition des réflexes tendineux, etc., permettront le plus souvent de résoudre la question.

La *sclérose en plaques* peut également s'associer à la paralysie générale, ce qui est relativement rare, ou revêtir plus ou moins le même aspect, ce qui est fréquent. La distinction, bien résumée par ARNAUD, s'établit par la différence symptomatique des deux affections. La sclérose multiloculaire se caractérise par le tremblement intentionnel, le nystagmus, les attaques apoplectiformes, les vertiges, les contractures, la paralysie spasmodique croissante; par sa parole scandée, gutturale; par le type plus lourd, plus spastique de la marche; enfin et surtout par l'atteinte bien moins profonde de la démence et l'absence habituelle de manifestations délirantes. Toutefois, la ressemblance des deux maladies, surtout au début et lorsque la sclérose en plaques affecte un type en quelque sorte psycho-cérébral, est telle dans certains cas que le diagnostic devient des plus difficiles et nécessite une attention très grande et même une observation suivie.

§ 6. — TRAITEMENT

Le véritable traitement de la paralysie générale ne peut être que le traitement de la cause, c'est-à-dire, puisque c'est là le facteur habituel, le traitement de la *syphilis*.

Ce traitement de la syphilis, en ce qui concerne la paralysie générale ne devrait pas consister uniquement, ainsi que cela se pratique, dans l'application de la médication spécifique à des individus déjà atteints de paralysie générale; il devrait surtout avoir pour but d'empêcher ces individus de devenir paralytiques généraux.

Le meilleur moyen pour cela serait de les empêcher de devenir syphilitiques.

La *prophylaxie de la syphilis*, comme je le répète depuis bien