

a été bien mise en lumière par plusieurs auteurs, notamment par PARISOT, de Nancy (1896), et par E. DUPRÉ et DELARUE (1904).

Les accidents *hystériques* et *neurasthéniques* sont généralement communs, soit qu'il s'agisse d'états hystériques et neurasthéniques simplement accidentels, symptomatiques (le tabes débute souvent, comme la paralysie générale, par des symptômes névropathiques de ce genre), soit qu'il s'agisse de la coexistence de l'hystérie et de la neurasthénie avec le tabes (associations hystéro-tabétique et neurasthéro-tabétique).

2° Psychoses. — Parmi les psychoses susceptibles de se rencontrer chez les tabétiques, il faut signaler d'abord celles qui proviennent d'un élément surajouté : hérédité, dégénérescence (vésanies associées), intoxications, médicamenteuses ou non. (alcoolique, morphinique, cocaïnique, héroïnique, etc.). Nous n'avons ici qu'à les mentionner.

D'autres psychoses ont été rattachées au tabes. Ces psychoses vraiment tabétiques, très rares pour certains auteurs, n'en existeraient pas moins. Elles ont été décrites par PIERRET et ROUGIER qui ont montré qu'il s'agissait, le plus souvent, de *mélancolie* avec *obtusion*, *torpeur* ou *anxiété*, *idées vagues de persécution*, *hallucinations confuses*, *sensorielles* et *cénesthésiques*. Les malades accusent les personnes de leur entourage de vouloir les empoisonner, les faire brûler; ils se plaignent d'entendre des injures, de sentir un mauvais goût dans leurs aliments et dans leur bouche, d'éprouver dans tout le corps des picotements et des sensations désagréables. On remarquera les analogies très grandes de cette psychose avec celles observées dans la *sypphilis*, notamment par JACQUIN.

Dans un article tout récent sur les psychoses dans le tabes (1903), SCHUTZE, après avoir rappelé qu'on ne peut plus admettre aujourd'hui, avec LEYDEN, que la majorité des troubles psychiques chroniques des tabétiques relèvent de la paralysie générale, signale la possibilité, chez ces malades, de toutes les psychoses, en particulier de la *mélancolie sénile*, de la *paranoïa hallucinatoire*, de la *démence précoce*.

Ajoutons enfin que beaucoup de vieux tabétiques, même

parmi ceux qui n'ont pas présenté au cours de leur maladie de troubles psychiques évidents, versent, à la période ultime, dans un état d'*affaiblissement psychique*, de *démence* plus ou moins accentué.

3° Syndrome paralytique. — Nous ne reviendrons pas sur les rapports du tabes et de la paralysie générale, les ayant déjà mentionnés dans l'étude de cette dernière maladie. Rappelons simplement que les symptômes du tabes peuvent s'associer aux symptômes de la paralysie générale soit en les précédant (paralysie générale ascendante, tabes cérébro-spinal ascendant), soit en les suivant (paralysie générale descendante, tabes cérébro-spinal descendant), soit enfin en apparaissant et en marchant de pair avec eux (tabes cérébro-spinal).

Une remarque curieuse, faite par la plupart des observateurs, c'est le balancement qui se produit souvent entre les symptômes paralytiques et les symptômes tabétiques, l'apparition des premiers atténuant les seconds, et inversement.

Cette succession ou cette coïncidence des deux affections doit être considérée non comme une association de deux maladies différentes, mais comme la réunion, sur le même névraxe, de processus reliés par les plus étroites affinités étiologiques, cliniques et évolutives (DUPRÉ).

Nombre d'auteurs ont étudié, cliniquement et anatomiquement, ces diverses formes de tabes cérébro-spinal. Bornons-nous à citer à nouveau les noms de PIERRET, JOFFROY, RAYMOND, NAGEOTTE, DÉJERINE et THOMAS, PERPÈRE, etc., etc.

ARTICLE VII

SCLÉROSE EN PLAQUES

Les troubles psychiques de la *sclérose en plaques* ont été maintes fois signalés et étudiés depuis CHARCOT et VULPIAN.

Ces troubles psychiques de la sclérose en plaques, si on laisse de côté les symptômes *hystériques*, *neurasthéniques* et les simples modifications du caractère et de l'humeur que l'on peut

rencontrer, appartiennent presque tous au *syndrome paralytique*. On ne saurait être surpris de cette fréquence du syndrome paralytique dans la sclérose en plaques, étant donnée la constance, dans cette affection, des lésions méningo-corticales, bien décrites par PHILIBERT et JONES.

Psychiquement, ce qui domine c'est la *démence*, qui ne fait guère jamais défaut. Cette démence, constituée par un affaiblissement inégal et irrégulièrement progressif de l'intelligence, est moins intense et moins globale que dans la paralysie générale.

Elle peut s'accompagner, comme celle-ci, d'idées délirantes, en particulier d'*idées de grandeur* ou d'*idées hypocondriaques*, mais bien moins fréquemment et à un bien moindre degré.

En revanche, il s'y joint d'habitude de l'*hyperémotivité*, de la *sensiblerie*, du *rire* et du *pleurer spasmodiques*, sans parallélisme avec l'altération psychique (DUPRÉ).

PHILIPPE et CESTAN, qui ont repris récemment (1903) l'étude générale des troubles psychiques dans la sclérose en plaques, concluent que ces troubles y sont relativement plus rares qu'aurait pu le faire croire l'ensemble incomplètement vérifié des observations citées à ce jour et que ces troubles psychiques, ainsi que l'avait déjà noté VULPIAN, sont *variables, inconstants, irréguliers*, comme les lésions dont ils dépendent.

GEAY (th. Lyon 1904) accorde au contraire, avec LANNOIS, une grande importance aux troubles psychiques dans la sclérose en plaques.

Quoi qu'il en soit, le diagnostic entre la sclérose en plaques et la paralysie générale peut être difficile (CHARCOT, VARIOT, SOUQUES, etc.) et il est nécessaire de l'établir à la fois sur les symptômes physiques et les symptômes psychiques.

ARTICLE VIII

SYRINGOMYÉLIE

Plusieurs auteurs, parmi lesquels MAGNAN, FÜRSTNER, OPPENHEIM, JOFFROY, ont signalé l'association possible de la *syringo-*

myélie et de la *paralysie générale*. Le fait est assez rare d'ailleurs et ne comporte pas ici de considérations détaillées. Disons simplement que dans certains cas, comme dans celui de JOFFROY, cette association passe inaperçue et les lésions de syringomyélie ne sont constatées qu'à l'autopsie.

Quant aux troubles psychiques de la syringomyélie, jusqu'ici ignorés, il ont été mis en lumière, tout récemment, par P. MARIE et G. GUILLAIN (1903).

Il résulte des observations de ces auteurs que les troubles psychiques, indépendants de toute autre cause apparente, sont très fréquents chez les syringomyéliques, surtout à une phase avancée de leur affection et qu'ils se présentent sous forme d'*affaiblissement démentiel*, de *confusion mentale*, de *délire polymorphe*, de *délire hallucinatoire*, d'*idées de persécution*, de *mysticisme*, d'*érotisme*, de *mélancolie* pouvant aboutir au *suicide*, fait confirmé par REDLICH.

Ce qui paraît dominer, par conséquent, dans les psychoses de la syringomyélie, ce sont les diverses variétés de la *confusion mentale* avec délires diffus à teinte mélancolique.

E. DUPRÉ estime que ces troubles psychiques semblent devoir être rapportés, au moins dans quelques cas, à l'action, dans un cerveau prédisposé, de processus toxi-infectieux autochtones, développés dans l'organisme, peut-être dans les centres nerveux eux-mêmes, en un mot à une auto-intoxication qui expliquerait à la fois l'apparition ultime et la grande signification pronostique de ces troubles psychiques, avant-coureurs de la mort.

ARTICLE IX

MALADIE DE PARKINSON

Bien que les lésions anatomiques de la *maladie de Parkinson* ne soient pas encore bien connues, nous croyons devoir la mentionner ici et non au chapitre des névroses pures, dont elle s'éloigne par la plupart de ses caractères.

Les opinions sont loin d'être concordantes en ce qui concerne

les *troubles psychiques* dans la maladie de PARKINSON. Les uns, avec PARKINSON, CHARCOT, BRISSAUD, n'ont pas relevé de troubles de ce genre et insistent au contraire sur la lucidité persistante de l'intelligence et de la mémoire chez les parkinsoniens. D'autres, avec BALL, PARANT, admettent que la paralysie agitante s'accompagne fréquemment de manifestations délirantes, dont ils traçent les caractères ; quelques-uns enfin avec DUTIL, estiment que ces accidents psychopathiques sont relativement peu communs et que, le plus ordinairement, ils ne dépendent pas de la paralysie agitante, mais d'un processus associé ou surajouté.

En réalité, nous croyons que la maladie de PARKINSON comporte dans sa symptomatologie un état mental spécial, habituel, presque constant pourrait-on dire, fait de *troubles psychiques élémentaires*, et que, en dehors de cet état mental, on y peut aussi observer dans certains cas des *délires* et des *psychoses*. Il y a là d'ailleurs une étude encore incomplète qui mérite d'être poursuivie.

1° Troubles psychiques élémentaires. — Ces troubles, qui font rarement défaut, sont plus ou moins marqués suivant les sujets. A un premier degré, pour ainsi dire, ils consistent en simples *modifications dépressives* du caractère et de l'humeur : tristesse, morosité, émotivité, résignation douloureuse, accompagnées d'une certaine *apathie* intellectuelle. A un degré plus accentué, ces modifications du caractère et de l'humeur se traduisent en outre par de l'*égoïsme*, de l'exigence outrée, de l'*hypersensibilité*, de l'*irritabilité*, et il s'y joint intellectuellement de l'*asthénie*, de l'*obtusion*, de la *torpeur* avec diminution de la mémoire, de l'attention, du pouvoir d'effort. Bien qu'en pleine lucidité et en pleine conscience, les malades sont incapables du moindre travail mental, de la moindre concentration d'esprit, de la moindre réflexion ; on dirait, suivant l'expression de BALL, « qu'un poids invisible écrase l'intelligence et ralentisse à la fois les perceptions, les mouvements et les idées ». Cette torpeur, constatée par tous les observateurs et récemment encore par PEETERS, va chez certains jusqu'à l'*inaction complète*, à la *sommolence*.

A un troisième et dernier degré enfin, cet état psychique s'accompagne de *troubles du sommeil*, de rêves, de cauchemars, d'*hallucinations* nocturnes et souvent aussi, dans les dernières périodes, d'un véritable *affaiblissement*, d'une *déchéance des facultés*.

2° Psychoses. — Les psychoses indiquées par BALL et PARANT comme plus spéciales à la maladie de PARKINSON, sont les *psychoses mélancoliques* à forme dépressive, avec idées délirantes de ruine, de culpabilité, surtout d'hypocondrie et de persécution, et tendance au suicide. Une particularité curieuse, dans ces cas, c'est le contraste entre la nature profondément triste des conceptions morbides et le masque impassible, inexpressif du visage. Il y a là un exemple frappant de dissociation entre la pensée et sa traduction extérieure, c'est-à-dire de mimique paradoxale d'expression et d'action, de paramimie (PIERRET).

On a également relevé dans la maladie de PARKINSON, en particulier dans les dernières périodes, la fréquence de la *démence*. Il s'agit là d'un état démentiel tel qu'on le constate dans la plupart des maladies du cerveau à leurs phases ultimes, avec amnésie, incohérence, idées puériles, pleurs et rires sans motif, comme chez les pseudo-bulbaires et les ramollis.

Mais ce qu'on n'a pas encore signalé dans la paralysie agitante et ce qui m'y paraît peut-être le plus significatif comme état psychopathique, c'est la *confusion mentale* avec *délire onirique*. Déjà, dans les observations des auteurs antérieurs (LUYS ; BALL, 1882 ; PARANT, 1883 ; ROGER, 1885 ; BÉCHET, 1891-1892), on trouve incidemment mentionnés les *rêves*, les *cauchemars*, les *hallucinations visuelles professionnelles* ou *terrifiantes*, les *délires* purement *nocturnes*. J'ai observé de près dans la maladie de PARKINSON (Thèse COLLOMB, 1905) ce délire onirique, très caractéristique, revenant par accès liés aux poussées de la maladie elle-même, et tout récemment aussi (1903) ; JOHN PUNTON, de Kansas-City, a publié un cas très intéressant et très net de maladie de PARKINSON avec confusion mentale asthénique et délire nocturne hallucinatoire terrifiant.

Il est possible que ces états de confusion mentale et de

délire onirique soient dus non pas à la maladie de PARKINSON elle-même, mais à un processus associé, en particulier à l'artério-sclérose, que j'ai retrouvée chez mes malades et qui existait aussi chez celui de JOHN PUNTON. Mais, que ce soit directement ou indirectement, ils n'en sont pas moins liés à la maladie de PARKINSON et reconnaissent très probablement pour origine, là comme ailleurs, des poussées d'auto-intoxication secondaire. Chaque crise de délire coïncide, chez certains sujets, avec de la céphalée, de la constipation, de la diminution de la miction et la présence d'albumine dans l'urine.

SECTION II

NÉVROSES

Les troubles psychiques liés aux névroses sont décrits dans les traités spéciaux ainsi que dans la plupart des ouvrages consacrés aux maladies nerveuses. Nous ne ferons donc que rappeler ici leurs caractères principaux dans l'épilepsie, dans l'hystérie et dans la chorée. Quant aux troubles psychiques de la neurasthénie, il nous paraît inutile d'en faire l'objet d'un article à part, étant donné que nous en avons maintes fois parlé au cours de cet ouvrage, notamment dans les articles relatifs aux obsessions, à l'arthritisme, à l'artério-sclérose, et que ce serait, par suite, nous répéter une fois de plus.

ARTICLE PREMIER

ÉPILEPSIE

1° **Symptomatologie.** — Nous envisagerons successivement : 1° les troubles psychiques élémentaires dans l'épilepsie ; 2° les psychoses épileptiques.

A. TROUBLES PSYCHIQUES ÉLÉMENTAIRES. — Sous cette rubrique nous comprenons tous les troubles psychiques de l'épilepsie qui n'arrivent pas jusqu'à la psychose confirmée, c'est-à-dire :

1° l'état mental des épileptiques ; 2° les troubles psychiques prodromiques de l'accès et les auras psychiques ; 3° les troubles psychiques consécutifs à l'accès ; 4° les impulsions épileptiques.

a. *Etat mental des épileptiques.* — Il est des épileptiques très intelligents et sans aucune anomalie psychique, au moins apparente. On a même relevé, chez un certain nombre de grands hommes, des accidents épileptiques plus ou moins avérés.

Par contre, beaucoup d'épileptiques sont des dégénérés, à divers degrés, et l'épilepsie est très commune chez les idiots.

Quel que soit leur degré d'intelligence, la plupart des épileptiques offrent certaines particularités morbides dont l'ensemble représente ce que l'on appelle l'état mental des épileptiques.

C'est principalement dans le caractère et l'humeur que se manifestent ces particularités.

Il y a à cet égard deux catégories d'épileptiques : les uns sombres, taciturnes, défiants, ombrageux, toujours prêts à se fâcher, à blesser les gens, à s'emporter, à frapper ; les autres, au contraire, obséquieux, prévenants, calins, pleins d'effusion et de douceur.

Mais ces différences ne portent que sur les dispositions extérieures. Au fond, les épileptiques sont tous ou presque tous des irritables, sujets à des crises de colère et d'emportement subites, violentes et furieuses, pendant lesquelles ils ne s'appartiennent pour ainsi dire plus. Cette irritabilité est la note dominante de leur caractère.

Beaucoup ont en outre des vices et des instincts pervers ; ils sont gourmands, voleurs, menteurs, masturbateurs, érotiques, etc. Ils ont fréquemment une tendance à la piété malade, à une espèce de religiosité outrée mêlée de tartuferie et qui n'est jamais aussi marquée qu'à l'époque de leurs accès.

Le sommeil des épileptiques, bien différent du sommeil des neurasthéniques et des hystériques, est un sommeil profond, lourd, avec des réveils en sursaut, des hallucinations hypnagogiques et des rêves le plus souvent pénibles, terrifiants, parmi lesquels il convient de citer les rêves post-paroxystiques (THOMAYER), les rêves d'accès (FÉRÉ), les songes d'attaques (DUCOSTÉ, FOURNIER).