

verses, parmi lesquelles la première place appartient souvent à l'*alcoolisme*. Cliniquement, on peut distinguer avec Joffroy trois groupes de *délires urémiques* :

1° *Délires symptomatiques* d'une néphrite aiguë d'origine infectieuse, accidentels, n'ayant aucune base de prédisposition vésanique;

2° *Délires provoqués* par l'urémie agissant sur des cerveaux tarés, prédisposés aux psychoses qui, une fois écloses, évoluent pour leur propre compte;

3° *Délires créés et entretenus* par l'urémie constituant une véritable *folie brightique* (Dieulafoy).]

Au cours du *diabète*, surviennent souvent de la prostration et du coma, de la dépression, des troubles sensoriels, des conceptions délirantes et des accidents rappelant la paralysie générale.

[Le *diabète* peut s'accompagner de troubles mentaux divers : *comâ*, *torpeur intellectuelle*, avec ou sans *apathie* et *aboulie*; *excitation intellectuelle* (plus rare); *dépression mélancolique* avec ou sans *idées de suicide*; *idées de persécution*; *obsessions*, *impulsions*.

De nombreux travaux cliniques ont contribué en France à faire connaître ces divers accidents psychiques liés au diabète; parmi ces travaux, citons ceux de Marchal (de Calvi), Lecorché, Cotard, Legrand du Saulle, Bernard et Féré, Lallier, Mabilie et Lallemand.

A l'heure actuelle, c'est l'*auto-intoxication par l'acétone* qui rend compte le mieux des principales manifestations psychopathiques qui accompagnent le diabète. Il est, toutefois, établi que la *prédisposition* exerce en pareil cas une influence importante qui explique pourquoi l'élément toxique se localise, chez certains diabétiques, de préférence sur l'organe de l'idéation.]

Von Wagner et Sölder ont décrit des délires intenses, avec hallucinations et des accès de dépression, dans des cas de *constipation* de longue durée accompagnée d'*acétone* et d'*indican* dans les urines; ces auteurs attribuaient les accidents psychiques à la *résorption de matières putrides* venant de l'intestin. Le traitement par le calomel ou l'iодоforme à l'intérieur aurait produit en pareil cas un effet curatif très prompt.

L'*arthritisme* peut, d'après certains auteurs, déterminer une dépression mélancolique. [Faure a étudié en 1871 l'influence de l'arthritisme sur le caractère, qu'il rend,

dit-il, susceptible, irritable, indécis. En réalité, la diathèse arthritique ne paraît pas s'accompagner d'altérations psychiques vraiment pathognomoniques.]

Avec les progrès de la *cachexie* liée à certaines tumeurs malignes, comme le *carcinome* ou le *sarcome*, se produisent parfois des délires. Les malades présentent de la prostration. La conscience ne revient pour peu de temps que sous l'influence de stimulants énergiques. Les malades perçoivent mal les impressions du dehors, leur mémoire s'affaiblit de plus en plus. Les hallucinations ne sont pas rares : les sujets voient des personnages imaginaires et leur adressent la parole; ils ne reconnaissent pas les personnes de leur entourage; ils se croient dans une maison étrangère; ils prétendent qu'on leur fait du mal, qu'on les empoisonne.

L'orientation dans le temps est fortement compromise aussi. En outre, on voit apparaître souvent des troubles paraphasiques, et l'articulation des mots est parfois troublée; ainsi, un malade dira « moule » au lieu de « mousse »; mais souvent les sujets se reprennent eux-mêmes. De temps en temps se produisent des états d'excitation plus ou moins vive, avec des cris ou des réclamations. La conscience de l'état morbide est généralement nette. Il est vrai que ces phénomènes sont souvent favorisés par l'action de la morphine qui, généralement, est abondamment administrée aux malades de cette catégorie.

[Le cancer de l'estomac, d'après Esquirol, pourrait déterminer des troubles mentaux sous forme d'idées délirantes. Il est très vraisemblable qu'il s'agit en pareil cas de sujets fortement prédisposés aux psychopathies. Cependant, il faut tenir compte de la cachexie et de l'anémie que provoquent les néoplasmes cancéreux pour comprendre la cause des troubles intellectuels (surtout les délires mélancoliques) qui ont été décrits par Aug. Voisin, Lagardelle, Bessières.]

XXV. — PSYCHOSES PAR ÉPUISEMENT

Beaucoup d'aliénistes, parmi lesquels on peut citer Arndt, Binswanger, Ziehen, considèrent l'épuisement comme étant une cause extrêmement fréquente de troubles mentaux. Cependant, nous constatons dans quelques-

unes des affections mentales citées ici (la paralysie générale, les délires fébriles) des facteurs étiologiques plus tangibles, surtout ceux d'entre eux qui sont de nature toxique, infectieuse ou organique. En outre, ces psychoses dites par « épuisement » frappent souvent des sujets pour lesquels il est démontré qu'ils n'ont jamais été, et en aucune façon, exposés à un épuisement ou à un surmenage psychique. Si nous admettons chez ces malades l'existence d'une *psychose par épuisement* trop rapide, nous reconnaissons par là qu'il s'agit de sujets prédisposés dont la faiblesse préalable doit être distinguée de l'épuisement réel déterminé par une dépense vraiment exagérée des forces psychiques.

Dans les lignes qui suivent, nous n'acceptons, avec Kraepelin, comme véritables *psychoses d'épuisement* que ces affections mentales qui sont déterminées par une dépense excessive ou une réparation insuffisante des éléments nerveux de l'écorce cérébrale. Ces psychoses sont : le *délire du collapsus*, l'*amentia* ou la *confusion mentale aiguë* et l'*épuisement psychique chronique* ou la *neurasthénie acquise*.

D'après Kraepelin et Verworn, l'*épuisement* est dû à l'usure des éléments de l'écorce cérébrale nécessaires à l'activité psychique. L'épuisement psychique n'est pas de la *fatigue intellectuelle*, qui, elle, survient sous l'influence de l'accumulation dans l'écorce cérébrale d'éléments dits « de fatigue », dont l'élimination et la compensation sont consécutives au repos et surtout au sommeil. Par une série d'expériences personnelles, Aschaffenburg a démontré que l'un des facteurs les plus importants de l'épuisement, notamment le manque de repos normal et de sommeil, engendre un trouble manifeste dans la faculté de perception des impressions, un relâchement dans le travail de l'attention active et de l'association des idées, une légère excitation motrice et une diminution de la mémoire. Or, nous retrouvons ces divers symptômes dans les psychoses par épuisement. J'ai fait sur moi-même (Weygandt) des expériences relatives à l'influence de l'abstention de la nourriture ou de l'insuffisance de cette dernière, deux causes considérées comme étant des facteurs d'épuisement. Même après un jeûne de trois jours, on n'a pu constater aucune espèce de trouble de la faculté de perception des impressions, tandis que, pour les autres manifestations

intellectuelles, les résultats étaient semblables à ceux obtenus dans les expériences relatives à la privation de sommeil.

A. — DÉLIRE DU COLLAPSUS

Le « *collaps-delirium* », décrit pour la première fois par H. Weber en 1866, est déterminé par un facteur épuisant : les couches difficiles, une forte hémorragie, un effort intellectuel excessif. Il peut être provoqué aussi par un choc moral, des maladies infectieuses débutant avec une grande violence, comme la pneumonie, le rhumatisme articulaire aigu, le choléra, l'érysipèle, la rougeole, la scarlatine, l'influenza. C'est surtout lorsqu'un accident de nature épuisante (hémorragie, perforation intestinale) se produit au cours d'une maladie infectieuse, que le délire du collapsus ou d'inanition peut éclater en même temps que l'accident somatique.

Ce délire débute bruyamment avec des troubles profonds de la conscience, un état de confusion et de rêve, accidents sensoriels variés et vive agitation. Les hallucinations sont confuses : les sujets parlent d'oiseaux qui gazouillent ; Dieu leur apparaît ; le monde s'écroule ; le malade ne reconnaît plus les personnes de son entourage. Des idées délirantes fugaces se produisent : on doit ensevelir le malade, l'asile est une maison de Dieu. L'état cœnesthétique varie d'un moment à l'autre ; c'est tantôt du découragement ; tantôt, la peur de la mort ; tantôt, de la gaieté. En même temps, il y a fuite d'idées ; toutes sortes de conceptions s'alignent dans un ensemble hétéroclite, souvent rien que d'après le son ; ce sont généralement des mots dépourvus de sens, paroles souvent rimées, préférées sur un ton rythmique, dans le genre des phrases suivantes, rapportées par Aschaffenburg : « Je suis un enfant, on m'enferme dedans. Je veux sortir à l'instant. Le docteur est chiche. Je ne suis pas riche. Ouvrez donc la porte. Il faut que je sorte... » Parfois ce sont des délires de *mussitation* (1), dans lesquels les malades, complètement épuisés, inertes, étalés et sans force, exécutent un mouve-

(1) [Le terme « *mussitation* » vient de *mussitare*, murmurer entre les dents. En pathologie, on désigne par ce mot le mouvement des lèvres que le malade exécute comme s'il parlait à voix basse.]

ment des lèvres comme s'ils parlaient à voix basse, ou bien murmurent des sons inarticulés, tout en se livrant à une légère agitation motrice et à des mouvements stéréotypés, comme de réunir des duvets ou de tirailler la couverture du lit. En même temps, le sommeil fait défaut. L'état de la nutrition générale est misérable. Il existe souvent du refus de nourriture. Le cœur est faible. Parfois la température descend au-dessous de 34°. Quand on parvient à relever les forces physiques du malade, il se produit alors également au point de vue psychique un retour à l'état normal. Il peut rester seulement une obnubilation de la mémoire ou une amnésie concernant la période délirante. Cette dernière évolue parfois en quelques heures, le plus souvent en plusieurs jours ou deux ou trois semaines. Le poids du corps remonte vite pendant la convalescence; dans un cas, il s'est relevé en dix semaines de 31 livres. Mais il n'est pas rare que le collapsus entraîne la mort.

Le *diagnostic différentiel* du « collapsus-délirium » doit se faire avec le *délire alcoolique* et l'*excitation catatonique*. Dans ces deux dernières affections, il n'existe pas de fuite d'idées. De plus, le délire alcoolique s'accompagne d'un tremblement caractéristique. Des tableaux cliniques analogues à celui du délire du collapsus se présentent parfois dans la *paralysie générale*, mais on peut ordinairement fixer le diagnostic, grâce aux symptômes physiques. Les formes délirantes de la *manie* peuvent quelquefois être difficilement différenciées du « collapsus-délirium »; cependant, elles ne présentent que rarement un trouble aussi profond de la conscience que celui qu'on observe dans ce dernier syndrome.

D'après Kraepelin, ce sont surtout les délires du collapsus qui, à côté des cas mortels d'excitation maniaque aiguë de la paralysie générale et de la catatonie, ont conduit certains auteurs à établir une forme spéciale de « délire aigu » (*delirium acutum*).

Alzheimer a trouvé, à l'*autopsie* des sujets morts à la suite d'un accès de délire du collapsus, des altérations des cellules de l'écorce sans prolifération de la névroglie.

Le *traitement* doit viser la conservation des forces du sujet et surtout de son activité cardiaque; ainsi compris, il peut être bienfaisant et permet souvent de sauver la vie du malade. Souvent, l'alimentation par la sonde

et les bains prolongés sont nécessaires. Parmi les médicaments calmants, on se trouvera bien de l'emploi du paraldéhyde, de l'hydrate d'amylène, de chloralamide. Une injection d'une solution physiologique de sel marin peut, dans certains cas, rendre de grands services.

B. — CONFUSION MENTALE OU AMENTIA

[La CONFUSION MENTALE, dont on trouvera une description clinique détaillée dans mon travail paru en 1894 sur les *Variétés cliniques de la folie en France et en Allemagne*, a fait l'objet de plusieurs publications françaises importantes par Delasiauve, Chaslin, Régis, Séglas. Ses synonymes sont: *hallucinatorischer Wahnsinn* (Krafft-Ebing), *einfache Verwirrtheit* (Wille), *hallucinatorische Verworrenheit* (Konrad), *amentia* (Meynert, Serbski), *dysnoia* (Korsakoff).]

L'*amentia*, décrite pour la première fois il y a vingt ans par Meynert, est due le plus souvent à des facteurs épuisants, comme une forte hémorragie, de longues veillées, un violent effort physique, des couches difficiles, la fièvre typhoïde, l'érysipèle, le rhumatisme articulaire aigu, la tuberculose, toutes les grandes cachexies. La forme puerpérale de la confusion mentale correspond exactement à la « folie hallucinatoire des femmes en couches » de Fürstner; mais cette forme est indubitablement plus rare que la catatonie ou la folie intermittente souvent provoquées par la puerpéralité.

La confusion mentale débute d'une façon rapide par de l'agitation accompagnée d'un trouble plus ou moins grave de la conscience. Les malades sont désorientés, « désarmés » et « sans boussole », selon l'expression de Wernicke. En vain font-ils des efforts pour se retrouver et demandent à tout le monde ce qui leur est arrivé. Ils sont abattus, ne comprennent plus ce qu'on leur demande, ne répondent que sous l'influence d'exhortations énergiques et d'excitations intenses. En outre, ils ont de nombreux troubles sensoriels. Ils ne reconnaissent plus les personnes de leur entourage. Ils émettent des idées délirantes plus ou moins incohérentes. Ils entendent des anges et des diables, s'intitulent empereur et Dieu.... L'état cœnesthétique est, le plus souvent, déprimé, plus rarement gai. Le besoin perpétuel de mouvement les

empêche de rester calmes et de dormir. Ils veulent s'en aller; ils frappent autour d'eux; ils jettent tout pêle-mêle



Fig. 254. — Confusion mentale. Prostration profonde.

et détruisent tout ce qui leur tombe sous la main. Leurs propos sont *incohérents*; on y constate souvent la *fuite*



Fig. 255. Confusion mentale. Convalescence. Expression presque normale du visage.

des idées, des répétitions, des assonances et des rimes. Le facies est abattu, ainsi que le montre la figure 254.

Le malade est incapable de fixer son regard; il est le plus souvent inquiet, égaré. La marche de l'affection est variable; elle présente tantôt des *rémissions*, tantôt des *exacerbations*. Quand le facteur épuisant est supprimé, l'affection se termine par la guérison, au bout de deux à huit mois environ. Pendant la convalescence, le facies reprend rapidement son expression normale (Voy. fig. 255). En même temps, le poids du corps recommence à augmenter rapidement. La figure 256 montre l'évolution du poids dans un cas d'*amentia* terminé par la guérison.

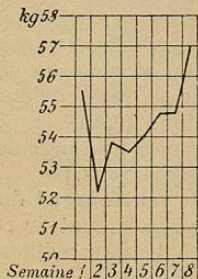


Fig. 256. — Courbe du poids du corps dans un cas de confusion mentale. 1^{re} semaine : 55 kilogr.; 2^e semaine : 52 kilogr.; 3^e semaine : 54 kilogr.; 8^e semaine : augmentation progressive à 57 kilogrammes.

Le **diagnostic différentiel** de la confusion mentale doit se faire avec la *catatonie*, qu'on reconnaît d'après ses tics et son négativisme, et aussi avec l'*excitation maniaque délirante* qui, elle, se caractérise par la meilleure conservation de la compréhension et l'état cœnesthétique gai. Comparée au *délire du collapsus*, la confusion mentale en diffère essentiellement par l'intensité moindre des phénomènes morbides et par sa marche plus lente. D'ailleurs, la vraie confusion mentale est relativement rare. Parmi les malades de Kraepelin, on en comptait 0,5 p. 100 seulement qui méritaient le diagnostic d'*amentia*.

[En fait de données *anatomo-pathologiques* du système nerveux relatives à la *confusion mentale*, rappelons les autopsies de Etoc-Demazy (1) qui, dès 1833, constate dans plusieurs cas de *stupidité*, équivalent clinique de la confusion mentale d'aujourd'hui, une suffusion œdémateuse du cerveau. Les recherches de Wille concordent avec les autopsies de Etoc-Demazy : lui aussi signale l'existence de l'œdème cérébral, de l'hydrocéphalie externe et interne, de l'anémie cérébrale et, dans quelques cas, de l'atrophie encéphalique. Kotzowski a trouvé, dans deux

(1) Etoc-Demazy, *De la stupidité considérée chez les aliénés* (Th. 1833).

cas de confusion mentale aiguë, de l'*encéphalite corticale*.

L'*histologie pathologique* de la confusion mentale s'est enrichie, dans ces dernières années, de recherches publiées en France par G. Ballet (1) et Maurice Faure, Roubinovitch et Vlavianos (2). Ces recherches tendent à assigner à ce syndrome les lésions microscopiques suivantes : distension œdémateuse et déformation des grosses cellules pyramidales, sorte de *cytarœdème* (de *κύταρον*, grosse cellule ronde; *œδema*, œdème); disparition de grains chromatophiles; déplacement du noyau vers la périphérie; disparition de prolongements; augmentation inusitée de noyaux névrogliques.]

Le **traitement** doit tendre surtout à calmer le malade par l'isolement, le repos au lit, des bains prolongés et des préparations médicamenteuses appropriées; il faut veiller aussi au relèvement aussi rapide que possible de la nutrition générale.

Au point de vue médico-légal, on peut avoir à examiner des actes de violence commis par des femmes nouvellement accouchées sur leurs enfants. Dans un cas de confusion mentale chez une femme tuberculeuse, un testament fait au début de l'affection mentale a été déclaré plus tard comme non valable.

C. — NEURASTHÉNIE PAR ÉPUISEMENT

Rappelons encore en quelques mots l'*épuiement chronique* du système nerveux central, la *neurasthénie acquise* ou la *neurasthénie par épuiement*, dont nous avons déjà parlé à propos de la neurasthénie constitutionnelle (Voy. chap. XIII). Tandis que la *neurasthénie constitutionnelle* est le résultat d'une fatigue congénitale du système nerveux, fatigue qui s'est accrue d'une manière continue depuis le commencement de la vie du sujet, dans la *neurasthénie acquise* il s'agit d'un état d'épuiement psychique provoqué

(1) Gilbert Ballet, *Lésions des cellules de l'écorce cérébrale dans certaines formes de confusion mentale* (Bull. de l'Acad. de méd., 1898, p. 636).

(2) Roubinovitch et Vlavianos, *Contribution clinique et anatomo-pathologique à l'étude de la confusion mentale* (C. R. du XIII^e Congr. intern. de médecine. Paris, 1900. Section de Psychiatrie).

par un surmenage intellectuel, une longue excitation psychique, un repos insuffisant et, avant tout, par un manque de sommeil. On connaît la neurasthénie des examens [et des concours]. Dès le commencement d'un travail intellectuel, il survient en pareil cas un sentiment de fatigue, la ténacité et la persévérance lâchent pied; la compréhension est alourdie et parfois complètement abolie; A la mémoire laisse à désirer; les mots manquent parfois. cela s'ajoutent l'inquiétude, l'agitation, les vertiges et les maux de tête. Le sommeil est defectueux. Des paresthésies s'établissent. Puis apparaît la série suivante de symptômes physiques: rachialgie, faiblesse des membres, affaiblissement du cœur, troubles digestifs, troubles des fonctions génitales.

Il n'est guère utile, en se fondant sur la prédominance d'un de ces derniers symptômes, d'établir des variétés cliniques de neurasthénie *spinale*, *cardiaque*, *intestinale*, *sexuelle*, pour opposer ces diverses formes à la neurasthénie *cérébrale* dans laquelle prédominent les symptômes psychiques. Ces distinctions sont d'autant plus difficiles à justifier que même les signes, comme la tachycardie ou la faiblesse sexuelle, par exemple, subissent justement l'influence du cerveau. Bien plus importante est la distinction à faire entre la neurasthénie acquise et la neurasthénie constitutionnelle. Cette dernière présente des phénomènes morbides plus changeants; elle est aussi beaucoup plus tenace; elle engendre un état cœnesthétique caractérisé par une mauvaise humeur plus permanente; elle crée plus souvent une tendance à des obsessions et à des impulsions. Il est vrai que la neurasthénie par épuiement psychique s'accompagne quelquefois aussi de *manies* et de *phobies*, mais qui n'ont pas la même intensité que dans la neurasthénie constitutionnelle. Ce qui est à noter encore, c'est la différence (déjà mentionnée au chapitre XIII) qui existe dans les deux affections au point de vue de l'aptitude au travail intellectuel. Les neurasthéniques par épuiement offrent le type d'individu en état de grande fatigue physiologique; dès le début de l'affection, leur production baisse. Au contraire, les neurasthéniques constitutionnels présentent à cet égard des oscillations extraordinairement grandes. Sans doute, sur le terrain d'une neurasthénie constitutionnelle, tout effort physique un peu prolongé amènera un épui-

sement psychique beaucoup plus facilement qu'il ne l'amènera chez les gens bien portants. Il n'est pas rare du tout, étant donné le nombre des dégénérés, que de tels cas combinés se produisent naturellement, en raison de la vie fatigante des grandes villes. Ce n'est que dans un dixième de tous les cas portant le diagnostic de neurasthénie que l'épuisement psychique est la seule cause à invoquer; pour tous les autres cas, il s'agit d'une neurasthénie constitutionnelle ou d'une combinaison des deux affections.

De même que dans toutes les psychoses par épuisement, la terminaison habituelle de la neurasthénie acquise est la *guérison*. L'essentiel pour le traitement est de supprimer les causes qui l'ont engendrée avant que des complications plus graves ne viennent se surajouter.

Il est à remarquer encore que l'ensemble des accidents qui caractérisent la neurasthénie acquise peut se produire sous l'influence d'autres facteurs agissant sur le système nerveux central et produisant une fatigue immédiate, une impossibilité de tout travail intellectuel, un état cœnesthétique triste avec irritabilité, une concentration excessive de l'attention sur soi-même. Ainsi, on observera ces symptômes consécutivement aux *intoxications*, telles que l'alcoolisme, le nicotinisme, le saturnisme, l'arsenicisme; on les constatera encore à la suite de maladies somatiques de longue durée, en particulier de celles qui sont accompagnées de fortes douleurs, et aussi consécutivement à certaines affections cérébrales. C'est surtout pendant la convalescence de diverses maladies infectieuses, comme l'influenza, que se développe de préférence la neurasthénie par épuisement. Il est utile que le diagnostic mentionne toujours la cause première de l'affection et qu'il soit formulé, par exemple, comme ceci: « Neurasthénie d'origine alcoolique » ou « neurasthénie consécutive à la grippe ». Sur la neurasthénie et l'hystérie traumatique, voy. le chapitre xiv.

Krafft-Ebing a décrit au cours de la neurasthénie des *états crépusculaires* de la conscience. Un épuisement très intense déterminé, par exemple, par des veilles répétées prolongées, peut sans doute produire de la prostration et un trouble de la conscience. Mais ces états disparaissent généralement assez vite, quand il ne s'agit pas d'un début de confusion mentale ou de délire de collapsus. Il me

paraît difficile d'établir, comme le fait Krafft-Ebing, deux formes cliniques spéciales: la *paranoïa neurasthénique* et la *mélancolie des onanistes neurasthéniques*.

Le *diagnostic différentiel* de la neurasthénie acquise doit être fait avant tout avec toute une série d'*affections somatiques*, et particulièrement avec la *tuberculose*, la *néphrite chronique*, les *affections du tube digestif* et les *maladies de la nutrition*, comme la *goutte*, par exemple. Parfois, le tableau clinique de la neurasthénie par épuisement rappelle les périodes initiales des affections organiques du système nerveux: *tumeurs*, *sypphilis cérébrale*, *tabes*. Parmi les psychoses, il y a lieu de faire le diagnostic avec l'*épilepsie*, les divers états d'*affaiblissement intellectuel*, les formes très légères de la *folie intermittente*, et surtout avec la *paralysie générale* au début. En effet, il faut toujours penser à cette dernière affection chaque fois qu'un sujet d'âge moyen souffre d'accidents neurasthéniques, sans qu'il y ait, pour expliquer leur éclosion, un surmenage intellectuel ou une prédisposition dégénérative. Les neurasthéniques ressentent une pression sourde et continue au niveau du front; la céphalalgie des paralytiques se manifeste, au contraire, sous forme de crises fréquentes. Une hémiparésie faciale, une inégalité pupillaire, l'hypoalgésie plus ou moins généralisée, sont des signes primordiaux plaidant en faveur de la paralysie générale, de même aussi qu'un affaiblissement de la mémoire pour les événements les plus récents, accompagné d'un changement de caractère [ainsi que la *lymphocytose du liquide céphalo-rachidien*].

Le *pronostic* est favorable quand le neurasthénique se prête réellement à un *traitement* sérieux et ne reprend pas, aussitôt après la cure, son ancien genre de vie de fatigue et de surmenage. L'agent essentiel dans ce traitement est le repos. Dans des cas graves, le malade doit être alité pendant plusieurs jours ou plusieurs semaines. Lorsque la nutrition générale est insuffisante, il faut instituer un régime d'engraissement. Le massage et l'hydrothérapie modérée sont utiles. Il n'y a pas grand avantage à retirer de l'électrothérapie. L'hypnotisme peut aider à calmer les malades. Les promenades, les exercices musculaires ne doivent commencer que dans le stade assez avancé de la convalescence. Quelquefois, le séjour dans un établissement spécialement aménagé pour le traitement des affections nerveuses est nécessaire. Le plus souvent, un séjour

au bord de la mer, dans les montagnes d'altitude moyenne, dans la forêt ou à la campagne, est largement suffisant. Si le malade est suffisamment docile, on peut instituer le traitement à son domicile.

XXVI. — PSYCHOSES FÉBRILES ET INFECTIEUSES

[Des travaux d'ensemble sur les *délires infectieux* ont été publiés en France par Thore, Chéron, Christian, Foville, Ball et Ritti, Briand, Régis et Chevalier-Lavaure, Gilbert Ballet, Bordas, Roubinovitch, Séglas, Toulouse, Faure.]

Dans les maladies infectieuses, particulièrement dans les affections fébriles, on observe assez souvent des troubles psychiques qui, parfois, ne se manifestent que pendant quelques minutes ou quelques heures, mais qui durent quelquefois pendant un certain nombre de jours. Très peu de ces cas sont observés dans les asiles d'aliénés, parce que la place principale du tableau clinique appartient à l'affection somatique. Néanmoins, l'internement est parfois rendu nécessaire par l'excitation du malade ou bien par ses idées et tentatives de suicide. Il est même arrivé que des aliénistes ont pu établir le diagnostic d'une maladie infectieuse, par exemple de la fièvre typhoïde à la période d'incubation, rien que d'après l'apparition de certains symptômes psychiques.

L'effet produit sur l'écorce cérébrale par l'élévation de la température, par l'altération de la nutrition, par une augmentation de l'activité cardiaque, ne peut guère être distingué de l'influence toxique qu'exercent sur cette écorce les poisons bactériens. Chez de petits enfants, il suffit souvent d'une très faible élévation de la température, à l'occasion d'une simple bronchite, pour provoquer chez eux le délire ou le coma. Parfois des maladies infectieuses graves ne déterminent point, par elles-mêmes, l'éclosion de troubles mentaux qui ne se manifestent qu'à l'occasion de quelques graves complications d'ordre somatique, comme, par exemple, une hémoptysie ou une hémorragie intestinale. Dans ces cas, les accidents psychiques sont provoqués par l'anémie cérébrale et doivent, par conséquent, être considérés comme des délires du collapsus. D'autre part, il n'est pas rare de voir survenir des troubles mentaux avant le début ou après la

disparition de la fièvre, sans qu'on puisse invoquer à aucun moment l'effet d'un épuisement et où l'on ne peut expliquer l'origine du délire que par l'intervention d'un facteur toxique. Dans plusieurs maladies infectieuses, il y a lieu de distinguer des psychoses offrant des caractères cliniques qui leur sont propres.

La *fièvre typhoïde* présente parfois (Friedländer), avant même l'élévation de la température, des troubles mentaux constituant ce qu'on appelle le *délire initial*. Il s'agit, dans ce cas, soit d'une obnubilation de la conscience avec désorientation, troubles sensoriels et conceptions délirantes sans excitation, soit d'une forme assez caractéristique d'excitation qui rappelle la manie et qui s'accompagne de la fuite d'idées plus ou moins incohérentes, d'un besoin perpétuel de mouvements, d'émotions tristes et souvent de tentatives ou d'idées de suicide. Plus tard, à la période d'état de la fièvre typhoïde, quand la température est au maximum de son élévation, on assiste parfois à l'éclosion des *délires*, avec *prostration*. Vers la fin de la fièvre typhoïde, ou même seulement pendant la convalescence, on peut voir se produire une *confusion mentale hallucinatoire*. Le pronostic de ces divers délires est généralement défavorable, et plus de la moitié des typhiques délirants périt. Les accidents psychiques initiaux [pré-fébriles] dépendent indubitablement de poisons bactériens. Les troubles délirants ultérieurs sont peut-être produits par la fièvre, mais ils doivent être dus probablement aussi en partie à quelque processus inflammatoire du côté de l'encéphale et des méninges.

[Les divers délires qui apparaissent à toutes les périodes de la *dolthiésentérie* ont été décrits par un grand nombre d'auteurs français : Chomel, Louis, Esquirol, Sauvet, Max Simon, Thore, Morel, Baillarger, Berthier, Marcé, Magnier, Chéron, A. Voisin, Ball et Ritti, Marandon de Montyel, Joffroy, Chantemesse, Régis, Glover. Il résulte de ces études cliniques qu'à la période d'incubation on observe le plus souvent de la *stupeur*; pendant la période d'invasion, de l'*excitation maniaque*, pouvant prendre les proportions d'un *délire aigu*; à la période d'état, de la *confusion mentale* avec ou sans hallucinations, avec ou sans idées mélancoliques; dans la convalescence, les *délires d'inanition*, d'*épuisement*, d'*asthénie*, avec idées mélancoliques ou mégalomaniaques, ou de persécution.