

de la maladie. Celle-ci a été fixée par Bayle à 1 an ou 1 an 1/2, par Calmeil et Parchappe à 1 an et quelques mois, par Krafft-Ebing à 5 ans, par Crichton-Brown à 4 ans, par Mendel de 2 à 4 ans, par Christian et Ritti de 3 à 5 ans. Elle est d'autant plus difficile à apprécier que parfois la marche de la maladie est interrompue par des arrêts ou *rémissions*.

Les cas ne sont plus aujourd'hui très rares où la paralysie générale présente une durée particulièrement longue (10 ans et plus)⁽¹⁾. Lustig a rapporté deux observations dans lesquelles la maladie se prolongeait depuis plus de 20 ans. Il est probable que nous verrons se produire pour la paralysie générale ce qui déjà s'est produit pour le tabes : à mesure que l'affection sera mieux connue et le diagnostic plus sûr, on découvrira des cas de paralysie générale *bénigne*, c'est-à-dire à évolution lente.

Rémissions. Terminaison. — D'après certains auteurs, Mendel entre autres, les rémissions seraient aujourd'hui plus fréquentes qu'autrefois⁽²⁾. Parfois on constate seulement la disparition d'un des symptômes (excitation ou délire) les autres (démence, tremblement) allant, au contraire, en s'accroissant : ce sont là les *fausses rémissions*.

D'autres fois, on observe une atténuation temporaire de la plupart des symptômes⁽³⁾ : ce sont des *rémissions incomplètes*. Celles-ci peuvent être courtes mais elles peuvent aussi persister très longtemps, 2 ans, 4 ans et même 12 ans : il s'agit alors de paralysies générales vraies qui rétrogradent d'abord, pour s'arrêter ensuite, au moins temporairement, dans leur évolution.

Il existe enfin des *rémissions complètes*. On en a vu de *temporaires*. Mais peut-il y en avoir de *définitives*? En d'autres termes, la paralysie générale est-elle susceptible de guérison? Divers auteurs le pensent (Ferrus, Billod, Bonnefous, Bouillaud, Trélat, Faber, Laffitte, Baillarger, Morel, Foville, Delasiauve, Bayle, Lunier, Schüle, Flemming, OEbecke, Mairet, Schäfer)⁽⁴⁾; dans quelques cas, la guérison serait survenue à la suite de grandes suppurations. Toutefois, on a objecté que les prétendues guérisons pourraient bien se rapporter à des faits de *pseudo-paralysies générales*.

Nous verrons plus loin ce qu'on a désigné par ce terme. Quoi qu'il en soit, il est à retenir qu'un malade présentant les signes de la paralysie générale *peut* guérir. Schäfer a publié un cas de ce genre, où la guérison fut complète et se maintint pendant plus de 10 ans, jusqu'à la mort du sujet.

Mais il s'en faut malheureusement que ce soit là une terminaison fréquente. *Presque fatalement la mort survient*, soit dans la cachexie et le marasme qui accompagnent la démence, soit à la suite de divers accidents. Parmi ceux-ci,

lyse. *Allg. Zeitsch. f. Psychiat.*, t. LI. — ÉCART. *Quelques observations de paralysie générale à longue durée*. Thèse de Paris, 1896. — Congrès de Nancy, 1896 (LAPOINTE, VALLON, VOISIN, SÉGLAS). — LUSTIG. *Zwei Fälle von mehr als 20 jährige Anstaltsbeobachtung. Casuistik der Paralyse*. *Allg. Zeitsch. f. Psychiat.*, 1900, fasc. 4. — BRISSAUD et MONOD. *Paralysie générale à évolution anormale*. *Revue neurol.*, 1901. — J.-M. SAVELEIM. *Durée de la paralysie générale*. Thèse de Paris, 1905.

(1) DOUTREBENTE et MARCHAND. *Paralysie générale à longue durée*. *Ann. méd. psych.*, septembre 1905.

(2) MENDEL. *Welche Aenderungen hat das Bild der progressiven Paralyse der Irren in den letzten Decennien erfahren*. *Neur. Centralb.*, 1896.

(3) WHITEMORE STEELA. *The remissions of general paralysis*. *The med. Record*, déc. 1895.

(4) SCHÄFER. *Ein genesener Paralytiker*. *Allg. Zeitsch. f. Psychiat.*, t. LIII. — MAIRET. *Traité de thérapeutique de Robin*. Art. paralysie générale, Paris, 1898.

il faut citer : les *escarres* et les infections secondaires qu'elles entraînent; les *attaques d'apoplexie* et *d'épilepsie*, qui sont les causes les plus fréquentes de mort subite (Vallon, Arnaud, Bonnat, Doré)⁽¹⁾; l'*asphyxie par bol alimentaire*. Enfin, les complications pulmonaires, telles que la *pneumonie*, soit la *pneumonie vulgaire*, soit la *pneumonie de déglutition*, la *broncho-pneumonie*, la *gangrène pulmonaire*, mettent souvent un terme précoce à l'évolution morbide.

Pronostic⁽²⁾. — Nous avons mentionné la possibilité d'une guérison complète et définitive. Malheureusement cette éventualité heureuse est plus qu'exceptionnelle et la terminaison fatale est la règle dans l'immense majorité des cas. Aussi n'est-il pas besoin d'insister sur la gravité du pronostic. La répétition des accidents congestifs, la précocité, l'intensité et la persistance de l'affaiblissement intellectuel sont en rapport avec une marche rapide, et sont par suite des signes défavorables. Seul l'espoir des rémissions atténuée, jusqu'à un certain point, la navrante fatalité de la maladie. A un autre point de vue, on devra se rappeler que souvent une amélioration marquée des signes tabétiques coïncide avec le début de la paralysie générale, et redouter l'apparition de cette affection chez un ataxique supposé, rapidement amélioré.

Diagnostic. — C'est surtout au début, lors de la période prodromique, que le diagnostic présente de grandes difficultés⁽³⁾. Celles-ci peuvent persister lors de la période d'état : mais, lorsque la maladie est constituée, elle ne risque plus guère d'être confondue qu'avec les *pseudo-paralysies générales*.

Cyto-diagnostic céphalo-rachidien⁽⁴⁾. — La méthode du cyto-diagnostic

(1) VALLON. *De la mort subite dans la paralysie générale des aliénés*. *Soc. de méd. lég. de France*, mai 1891. — ARNAUD. *Sur la période terminale de la paralysie générale*. *Arch. de neurol.*, 1897, n° 48. — DORÉ. *La mort dans la paralysie générale*. Thèse de Paris, 1898. — MARANDON DE MONTYEL. *La mort aux trois périodes de la paralysie générale*. *Revue de méd.*, 1898. — BONNAT. Thèse de Paris, 1900.

(2) HALBAN. *Zur Prognose der progressiven Paralyse*. Clinique psychiatrique de Krafft-Ebing, analysé in *Revue neurol.*, 1901. — GAUPP. *Même sujet*. *Arch. f. Psychiat.*, 1905.

(3) GRON. *Ueber Frühdiagnose der Paralyse*. *Centralb. f. Nervenheilk. u. Psychiat.*, 1896. — JOFFROY. *Difficultés du diagnostic de la paralysie générale au début; importance des symptômes oculaires*. *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 1897. — ARNAUD. *Diagnostic de la paralysie générale*. Congrès de Toulouse, 1895. — VERRHOGEN. *Diagnostic précoce de la paralysie générale*. Congrès des médecins d'assurance, Bruxelles, 1898. — SACHS. *The early recognition of general paresis*. *New-York med. Journ.*, 1898, n° 1 et 2. — JOSEPH COLLINS. *General paresis. Remarks on its presents-day clinical delineation*. *The med. Rec.*, février 1898. — SPRENGELER. *Zur Frühdiagnose und Therapie der progressiven Paralyse*. *Neur. Centralb.*, 1901.

(4) Bibliographie (jusqu'à 1905 empruntée à l'Art. Paralysie générale de Dupré dans le *Traité de pathologie mentale* de G. Ballet) : WIDAL et RAVAUT. *Soc. de Biologie*, 20 juin 1900 et *Congrès international de Paris*, août 1900. — SICARD. *Le liquide céphalo-rachidien* (avec préface du Dr Brissaud). Paris, 1902. — JOFFROY et MERCIER. *De l'utilité de la ponction lombaire pour le diagnostic de la paralysie générale*. *Congrès de Grenoble*, 1902. — WIDAL et RAVAUT. *Le cyto-diagnostic céphalo-rachidien*. *Traité de pathologie générale* de Bouchard, t. VI, Paris, 1905. — WIDAL et SICARD. *La ponction lombaire*. *Même ouvrage*. — WIDAL, SICARD et RAVAUT. *Histologie du liquide céphalo-rachidien au cours de quelques processus méningés chroniques (paralysie générale et tabes)*. *Soc. méd. des hôp. de Paris*, janvier, 1901. — R. MONOD. *Les éléments figurés du liquide céphalo-rachidien au cours du tabes et de la paralysie générale*. *Soc. méd. des hôpitaux*, janvier 1901. — G. NAGEOTTE. *Remarques sur les lésions méningées de la paralysie générale du tabes et de la myélite syphilitique, à propos de la lymphocytose du liquide céphalo-rachidien, dans ces affections*. *Soc. méd. des hôpitaux*, janvier 1901. — SÉGLAS et NAGEOTTE. *Cyto-diagnostic du liquide céphalo-rachidien dans les maladies mentales*. *Soc. méd. des hôpitaux*, juin 1901. — E. DUPRÉ et A. DEVAUX. *Cyto-diagnostic céphalo-rachidien dans les maladies mentales*. *Soc. méd. des hôpitaux*, juin 1901. — M. FAURE et M. LAIGNEL-LAVASTINE. *Sur la recherche des microbes dans le cerveau, le liquide céphalo-rachidien, le sang dans 200 cas de troubles mentaux ou nerveux*. *Congrès de*

céphalo-rachidien, inaugurée par Vidal et ses élèves, rend ici les plus grands services et fournit dans les cas douteux un élément de diagnostic précoce, presque toujours précieux et souvent décisif. Voici en quoi elle consiste essentiellement.

Quelques centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien, recueillis par ponction lombaire, sont soumis à la centrifugation et le culot qui se dépose est examiné au microscope. A l'état normal on n'y découvre aucun élément figuré, tout au plus quelques rares globules blancs et globules rouges. Dans toutes les affections déterminant une réaction méningée au contraire, on y rencontre en abondance des leucocytes parmi lesquels les lymphocytes sont en majorité. « Sur 100 leucocytes que contient le liquide céphalo-rachidien d'un paralytique général, écrit Dupré, on trouve environ 80 à 90 lymphocytes, 5 à 15 cellules uninucléées, 5 à 10 éléments neutrophiles, parfois de rares éosinophiles ». Les préparations ont un aspect caractéristique. Vues à un faible grossissement elles ressemblent « à une cible criblée par une décharge de petits plombs de chasse » (Dupré). Au moment des ictus on constaterait l'apparition d'éléments polynucléés (Vidal et Lemierre).

La quantité globale des leucocytes, la proportion dans laquelle les différents éléments leucocytaires sont représentés sont très variables. Aussi Joffroy se refuse-t-il à donner une formule du liquide céphalo-rachidien dans la paralysie générale. Ce qu'il importe de retenir, c'est que la lymphocytose est généralement abondante.

La lymphocytose est, en ce qui concerne la paralysie générale, un phénomène à peu près constant, précoce et très net. Ainsi la conclusion paraît s'imposer : pas de lymphocytose céphalo-rachidienne, pas de paralysie générale. Cette règle, vraie dans l'immense majorité des cas, souffre cependant quelques exceptions.

Achard, Joffroy, Dupré, G. Ballet ont rapporté des exemples de paralysie générale confirmée avec absence, au moins temporaire, de lymphocytose céphalo-rachidienne. Ces cas, fort rares du reste, montrent que la maladie de Bayle peut, à certains moments de son évolution, se présenter sans réaction méningée ou avec une réaction méningée si faible qu'elle n'entraîne aucune lymphocytose appréciable. Il est très probable que cette absence de lymphocytose céphalo-rachidienne n'est que temporaire et de courte durée. C'est tout au moins ce qu'un cas rapporté par Achard semble démontrer. Chez un malade, deux ponctions donnèrent un résultat négatif, une troisième montra une lymphocytose discrète, une quatrième une lymphocytose abondante.

En résumé, l'absence de lymphocytose, constatée à différentes reprises permet de rejeter d'une façon à peu près certaine le diagnostic de paralysie générale.

Limoges, 1901. — DUFLOS. La ponction lombaire en psychiatrie. Thèse de Paris, 1901. — A. JOFFROY. Soc. méd. des hôpitaux et Soc. méd. psychol., juin, 1901; *Communicat. au Congrès de Grenoble*, 1902. — A. MARIE et DUFLOS. *Congrès de Grenoble*, 1902. — VIDAL et LEMIERRE. Cytologie du liquide céphalo-rachidien au cours des poussées congestives de la paralysie générale. Soc. méd. des hôpitaux, 1902. — ANGLADE et CHOCREAUX. Topographie et signification de la lymphocytose dans la méningite tuberculeuse et la paralysie générale. Soc. de neurol., 1901. — RÉGIS. *Congrès de Grenoble*, 1902. — MAILLARD. Thèse de Bordeaux, 1902. — JOFFROY. Soc. méd. des hôpitaux, 1905. — BELIN et BONNIER. Soc. méd. des hôpitaux, 1905. — ACHARD. Nouveaux procédés d'exploration. 2^e édit., 1905. — MEYER. Ueber cyto-diagnostische Untersuchung der Liquor cerebro-spinalis. *Berlin. klin. Woch.*, 1904. — JARLIN. Ponction lombaire chez les paralytiques généraux. *Ann. méd.-chir. du Centre*, janvier 1904. — PICHENOT et CASTIN. La ponction lombaire, *Bulletin et Mémoires de la Société de médecine du Vaucluse*. Juillet-août, 1905.

Mais pouvons-nous, réciproquement, conclure d'un cyto-diagnostic positif à l'existence de la maladie? Évidemment non, car la lymphocytose, loin d'être pathognomonique de la paralysie générale, se rencontre dans toutes les affections qui comportent une réaction méningée : tabes, méningites, syphilis médullaire, etc.... La valeur de la méthode est donc très différente suivant que le diagnostic se pose entre la paralysie générale et une de ces affections où entre la paralysie générale et une maladie ne comportant pas de réaction méningée. Dans le premier cas, le cyto-diagnostic n'est de nul secours. Dans le second, au contraire, il résout le problème.

Diagnostic différentiel. — La période *prodromique* peut, comme nous l'avons dit, revêtir la forme *neurasthénique*, et, dans ces cas, on hésitera souvent entre la *neurasthénie* simple et la paralysie générale. Les éléments de ce diagnostic ont été établis avec beaucoup de clarté par Fournier⁽¹⁾, à l'occasion de la neurasthénie syphilitique, forme qui, on comprend pourquoi, exposera plus que toute autre à la confusion. Il arrive que, dans la neurasthénie, la céphalée s'accompagne de difficulté du travail intellectuel, de faiblesse de la mémoire, de diminution de l'attention en même temps que le malade est en proie à des préoccupations hypochondriaques. Toutefois, le neurasthénique offre une foule de signes étrangers à la paralysie générale; de plus, les symptômes qu'il accuse ne sont semblables qu'en apparence à ceux de l'encéphalite, la perte de mémoire n'est pas fondamentale, les préoccupations hypochondriaques n'ont pas l'absurdité de celle du paralytique; enfin, et surtout, on ne peut découvrir chez le neurasthénique aucun des symptômes physiques essentiels de la paralysie générale, ni troubles pupillaires, ni embarras de la parole, ni altérations des réflexes tendineux.

Le diagnostic est particulièrement délicat quand on se trouve en présence d'une encéphalite interstitielle dont la période prodromique revêt la forme neurasthénique décrite par l'un de nous⁽²⁾. Nous avons indiqué plus haut les signes qui permettent, suivant nous, de distinguer cette neurasthénie préparalytique de la neurasthénie vraie, nous n'y reviendrons pas.

Les accidents dits congestifs, la migraine ophtalmique, l'épilepsie sensitive partielle, les accès épileptiformes et les ictus apoplectiformes, lorsqu'ils se montrent, à l'état d'isolement, peuvent être confondus avec la *syphilis cérébrale*, les *tumeurs* du cerveau et le *ramollissement cérébral*. Très souvent, dans ces cas, seule la marche ultérieure de la maladie permettra, en découvrant de nouveaux symptômes, d'établir le diagnostic qui devra rester en suspens jusque-là. Aussi, dans tous les cas de ce genre, le médecin sera-t-il prudent en réservant son pronostic, car l'apparition à plusieurs reprises de ces syndromes ordinairement transitoires, constitue quelquefois durant un ou deux ans le seul signe appréciable de la méningo-encéphalite.

La connaissance des antécédents du malade permet le plus souvent de distinguer un épileptique devenu dément d'un paralytique général présentant des attaques épileptiformes⁽³⁾. Dans les cas douteux l'examen du liquide céphalo-

(1) FOURNIER. Syphilis et paralysie générale. *Bulletin médical*, 3 mai 1895, n° 35, p. 407.

(2) G. BALLET. *Semaine méd.*, 1895, p. 529 et *Leçons cliniques*. — RÉGIS. Neurasthénie et paralysie générale. *Presse méd.*, 1897. — GROSS. Ueber Frühdiagnose der Paralyse. *Centralbl. f. Nervenhilf u. Psychiat.*, 1896.

(3) TOULOUSE et MARCHAND. *Ann. méd. psych.*, 1899. — PÉAN. *Congrès des aliénistes*. Anvers, 1899. — SÉGLAS et H. FRANÇOIS. A propos du diagnostic de l'épilepsie et de la paralysie générale. *Presse méd.*, sept. 1902.

rachidien constitue le meilleur critérium. On sait, en effet, que l'épilepsie dite essentielle ne comporte pas de lymphocytose.

Le *tremblement* de la paralysie générale pourrait être simulé par le *tremblement hystérique*, particulièrement chez les hystériques mâles, déprimés, tristes et préoccupés, chez qui la gêne provoquée par le trouble moteur est assez grande pour entraver les mouvements, et quelquefois déterminer de l'embarras de la parole. Toutefois, chez l'hystérique le tremblement apparaît en général brusquement, soit à la suite d'une commotion physique ou morale, soit après une attaque convulsive; il varie sous l'influence de divers agents; il coïncide enfin soit avec des stigmates sensitivo-sensoriels, soit avec d'autres manifestations de l'hystérie.

Le bégaiement hystérique peut simuler l'embarras de la parole de la paralysie générale. Dupré qui a observé un cas de ce genre fait remarquer que, chez l'hystérique, le trouble de la parole est plus spasmodique que paralytique et qu'il débute généralement d'une façon brusque, sous l'influence d'une émotion⁽¹⁾. On doit aussi tenir grand compte des symptômes concomitants.

Le tremblement de la *sclérose en plaques* pourrait aussi donner lieu à confusion, d'autant plus que la sclérose en plaques s'accompagne, comme la paralysie générale, d'un embarras de la parole. Mais ce tremblement qui disparaît complètement au repos, s'exagère considérablement dans les mouvements volontaires; il a moins d'amplitude et d'intensité dans la méningo-encéphalite. L'embarras de la parole dans la sclérose multiloculaire se manifeste seulement par de la lenteur et de la scansion, sans répétition de syllabes, sans accros, sans bredouillement. Enfin le nystagmus est fréquent dans la sclérose et rare dans la paralysie générale, au contraire de la paralysie pupillaire, exceptionnelle dans celle-là et habituelle dans celle-ci.

L'air ahuri des sujets atteints de *maladie de Parkinson*, les troubles mentaux qu'ils présentent parfois, leur tremblement, n'induiront pas longtemps en erreur. Les parkinsoniens n'offrent, en effet, de troubles psychiques graves que dans des cas exceptionnels, et leur tremblement est plutôt diminué par les mouvements intentionnels, contrairement à celui de la paralysie générale. De plus, ils ne présentent ni troubles pupillaires ni embarras de la parole.

Les divers tremblements *toxiques* ne risquent guère d'en imposer, non seulement en raison des commémoratifs, mais aussi à cause des caractères propres aux intoxications dont ils sont la manifestation. Il nous faut ajouter, au surplus, que la plupart de ces tremblements sont considérés aujourd'hui comme étant de nature hystérique, et que par suite la constatation des stigmates de la névrose contribuera encore à les faire reconnaître.

Des symptômes plus ou moins semblables à ceux du *tabes* au début peuvent se rencontrer à la période prodromique de la paralysie générale : douleurs des membres, incertitude des mouvements, paralysies oculaires. Lorsque, de plus, il existe de la perte des réflexes rotuliens et le signe d'Argyll Robertson, la ressemblance va presque jusqu'à l'identité. Et il est de fait qu'en certains de ces cas il n'y aura pas de différenciation à faire, car on sera en présence d'une association du *tabes* et de la paralysie générale.

La paralysie générale à son début devra être distinguée de diverses *affections mentales* avec lesquelles les formes différentes qu'elle peut revêtir lui créent

⁽¹⁾ *Traité de pathologie mentale* de G. BALLET. Art. Paralysie générale.

des ressemblances. Dans sa forme expansive on la pourrait prendre pour de l'excitation *maniaque* chez un dégénéré ou un circulaire : dans ces derniers cas, le délire est moins incohérent; les idées, quand elles sont ambitieuses, n'ont pas le cachet d'absurdité qui les caractérise dans la paralysie générale. De plus, l'excitation maniaque a débuté brusquement et peut avoir été autrefois précédée d'autres accès semblables. La constatation de l'un ou de l'autre des signes somatiques de la paralysie générale lèverait enfin tous les doutes.

La variété mélancolique de la paralysie générale peut ressembler, jusqu'à un certain point, à la *mélancolie simple* avec dépression ou stupeur, surtout s'il existe du mutisme. On se fondera alors, pour établir le diagnostic, sur l'étude des antécédents, sur les troubles pupillaires et sur ceux de la motilité. Parfois, on pourra surprendre des conceptions délirantes dont les caractères spéciaux suffiront pour éclairer la situation; dans d'autres cas, l'embarras de la parole, quand le mutisme aura pris fin, pourra seul mettre sur la voie.

L'erreur serait également facile avec la *folie circulaire* du moins dans sa phase d'excitation. Néanmoins, le délire du circulaire, encore qu'incohérent, ne repose pas sur un fond de démence, comme celui du paralytique. On a dit aussi (Régis) ⁽¹⁾ que le paralytique serait plutôt bienveillant, et l'aliéné à double forme plutôt pervers, mais la valeur de cet élément de diagnostic est discutable. Aussi, dans certains cas, on ne pourra guère former son opinion que d'après l'évolution de la maladie.

Le *délire alcoolique* aigu, qui s'accompagne d'agitation et de troubles de la motilité est aussi susceptible de prêter à la confusion. Toutefois, il est surtout caractérisé par des hallucinations visuelles, phénomène rare, comme on l'a vu, dans la paralysie générale. De plus, tous les symptômes ne tardent pas à s'atténuer au bout de quelques jours d'abstinence. Ce qui n'est pas exceptionnel, c'est que, en raison des excès alcooliques auxquels il est parfois porté, le paralytique général présente un véritable délire toxique. Mais alors les symptômes de l'affection paralytique persisteront, après la disparition du délire alcoolique, et éclaireront sur la véritable nature de celui-ci.

Il peut arriver dans des cas relativement rares que le délire revête chez quelques paralytiques la forme *systématisée*, notamment celle du *délire de persécution*, et dans ces cas, la confusion ne saurait être évitée que par la constatation de l'incohérence, ou des signes somatiques.

La *démence sénile* se sépare surtout de la démence paralytique en ce qu'elle s'établit progressivement à un âge avancé et chez des sujets qui présentent d'ordinaire les divers signes de la sénilité.

La *démence précoce* se distingue de la paralysie générale par les caractères de l'affaiblissement intellectuel, qui, au lieu d'être un affaiblissement en masse se montre essentiellement électif, lésant profondément certaines facultés, la sensibilité morale et la volonté en particulier, en respectant d'autres comme la mémoire et l'orientation; par l'étiologie différente (âge des malades, rareté de la syphilis dans leurs antécédents); par la fréquence moindre et par le caractère changeant des signes physiques.

Pseudo-paralysies générales. — Sous le nom de *pseudo-paralysies générales* on a décrit des affections cérébrales reconnaissant plusieurs origines différentes, susceptibles par le groupement des symptômes auxquelles elles donnent nais-

⁽¹⁾ RÉGIS. Diagnostic différentiel de la folie à double forme et de la paralysie générale. *L'Encéphale*, 1881.