

FA. Puis survient un *nouvel accès* ABCDEF, dans les mêmes conditions que le premier et suivi, comme lui, d'un retour à l'état normal FA, etc.

Dans le tracé VI, il s'agit de ce que Rrrr appelle la *folie périodique à formes alternes*, qu'il considère comme la combinaison, chez le même individu, d'une manie et d'une mélancolie intermittentes, tandis que pour d'autres, ce serait une troisième variété de folie à double forme, dans laquelle une intermittence ou retour à l'état normal se produirait non plus seulement après chaque accès, comme dans le tracé précédent, mais après chaque phase d'accès. Quelle que soit la conception théorique qu'on adopte, cette variété de folie n'est pas moins représentée ici. ABCD est la *phase de manie*; DE l'état normal consécutif; EFGH, la *phase de mélancolie*; HA, le *second retour à l'état normal*. Puis le même cycle se reproduit à nouveau et dans les mêmes conditions.

On voit combien s'éclaircit et se simplifient, grâce à ce tableau, toutes les considérations techniques relatives aux diverses formes de la folie généralisée. Grâce à lui, il est également facile de saisir et d'apprécier d'un coup d'œil les différences, si importantes au point de vue médico-légal, qui existent entre les divers états de *lucidité* ou *intervalles lucides* : le *moment lucide*, qui est un retour passager à l'état normal dans le cours d'un accès; la *rémission*, qui est une simple atténuation des symptômes de l'accès; l'*intermission* ou *intermittence*, qui est une vraie guérison comprise entre deux accès.

Ce n'est pas uniquement d'ailleurs au point de vue théorique et pour figurer schématiquement les diverses formes de psychoses généralisées, maniaques et mélancoliques, que ce tableau présente de l'utilité.

Il peut encore servir dans la clinique comme une véritable feuille d'observation pour y inscrire au jour le jour l'état d'un malade, ce qui permet d'obtenir ainsi des tracés fidèles d'accès, éminemment suggestifs. C'est dans ce but que j'y ai adapté, par une addition très facile, des lignes horizontales permettant d'établir la courbe du pouls, de la température et de la respiration, en même temps que celle de l'accès proprement dit.

CHAPITRE IV

CONFUSION MENTALE

C'est une histoire peu commune que celle de la *confusion mentale* et bien faite pour mettre en lumière la fragilité de nos théories en matière nosographique.

Signalée en France au début du XIX^e siècle par PINEL et ESQUIROL qui, en raison de son symptôme dominant, la faiblesse de l'activité psychique, y voyaient l'un une forme « d'idiotisme » l'autre une « démence aiguë », elle fut étudiée sous le nom de stupidité par GEORGET, FERRUS, ETOC-DEMAZY, qui mirent en lumière ses caractères principaux.

La constitution de la *stupidité* en entité clinique spéciale paraissait donc se faire par degrés, lorsque BAILLARGER, en 1843, s'efforça d'établir que cet état n'était que le degré extrême de la mélancolie aiguë, la *mélancolie avec stupeur*, s'appuyant pour le démontrer sur ce fait que, derrière l'apparente suspension de la pensée, il existait un délire hallucinatoire très actif de nature mélancolique.

Du coup, la stupidité, noyée dans la mélancolie avec stupeur, disparut de notre cadre clinique malgré les efforts de quelques auteurs : SAUZE, DAGONET et surtout DELASIAUVE qui, tout en faisant la part, dans la stupidité, de ce qui appartenait à la mélancolie avec stupeur, essayait de reconstituer avec les débris restants, l'ancienne maladie, sous le nom de *confusion mentale*.

Il a fallu que CHASLIN, retrouvant dans la psychiatrie allemande la distinction des deux types cliniques adoptés par DELASIAUVE : la *mélancolie avec stupeur* et la *confusion mentale*, celle-ci sous le nom d'*Amentia*, de *Verwirtheit*, réimportât dans notre pays ce produit français dont la fortune, depuis son exode d'Outre-Rhin, n'a fait que grandir, grâce surtout à ses remar-

quables travaux, à ceux de SÉGLAS et à nombre d'autres que nous ne saurions citer ici.

Cette remise en lumière de la *confusion mentale* a eu incontestablement sur le mouvement actuel de la psychiatrie une influence des plus heureuses. Son étude, celle du *délire onirique* et celle de la *démence précoce*, toutes trois contemporaines, ne tendent à rien moins, en effet, qu'à transformer la médecine mentale, en l'orientant, comme dit excellemment un élève de SÉRIEUX, MASSELON, vers les grandes et fécondes théories des infections et des auto-intoxications, et par suite, en la faisant rentrer plus avant dans le domaine de la Médecine générale.

Après mûre réflexion, et considérant que ces trois états psychopathiques : *confusion mentale*, *délire onirique*, *démence précoce*, sont reliés entre eux par une infinité de caractères communs, en particulier par leur origine probable et par leurs symptômes essentiels, je crois qu'il est permis de voir en eux les diverses modalités cérébrales sous lesquelles se manifestent les infections et les intoxications, c'est-à-dire des *psychoses toxiques*, susceptibles d'être groupées cliniquement autour d'un type fondamental.

C'est cette sorte de synthèse clinique des psychoses toxiques que je vais essayer de résumer ici. Il m'a paru que, appuyée sur des données tout au moins vraisemblables, elle aurait pour avantage de présenter au lecteur une vue d'ensemble relativement claire d'états morbides encore mal définis.

Sous le titre générique de *Confusion mentale*, je décrirai donc dans ce chapitre : 1° La *confusion mentale typique*; 2° La *confusion mentale aiguë*; 3° La *confusion mentale chronique* ou *démence précoce* et ses variétés.

ARTICLE PREMIER

CONFUSION MENTALE TYPIQUE

1° Définition. — « La confusion mentale primitive idiopathique est une affection, ordinairement aiguë, consécutive à

l'action d'une cause ordinairement appréciable, en général une infection, qui se caractérise par des phénomènes somatiques de dénutrition et des phénomènes mentaux; le fond essentiel de ceux-ci, résultat premier de l'état somatique, est constitué par une forme d'affaiblissement et de dissociation intellectuelle, confusion intellectuelle, confusion mentale, qui peut être accompagnée ou non de délire, d'hallucinations, d'agitation ou, au contraire, d'inertie motrice avec ou sans variations marquées de l'état émotionnel ». (CHASLIN.)

Nous adopterons, à notre tour, la définition suivante :

La confusion mentale est une psychose généralisée caractérisée par une torpeur, un engourdissement toxique de l'activité psychique supérieure poussé parfois jusqu'à la suspension, accompagné ou non d'automatisme onirique délirant, avec réaction adéquate de l'activité générale et des diverses fonctions de l'organisme.

2° Étiologie. — Les influences héréditaires vésaniques ne jouent ici qu'un rôle secondaire. Les influences héréditaires diathésiques sont plus importantes. Le rôle principal appartient aux causes occasionnelles, se résumant dans l'une d'elles, capitale : l'*intoxication* ou l'*infection*, sous toutes ses formes. Le sexe féminin, l'âge avancé, l'artério-sclérose, l'hystérie, l'alcoolisme, les shocks traumatiques, physiques et psychiques, etc., y exposent tout particulièrement.

3° Description. — La confusion mentale n'est pas seulement le produit d'une maladie toxique ou infectieuse. Elle offre également ceci d'important qu'elle survient au cours même de cette maladie, au début ou à l'aiguë dans ses formes aiguës, souvent fébriles, au déclin dans sa forme simple, asthénique, ou par épuisement.

Son apparition se fait donc au milieu d'une symptomatologie toxémique plus ou moins nette.

Un de ses premiers symptômes, c'est la *céphalée*. Contrairement, en effet, à ce qui existe dans les folies pures où elle est très rare, la céphalée, dans les psychoses toxiques, est pour

ainsi dire la règle. Très souvent elle ouvre la scène, se prolonge dans le cours de l'accès, arrachant parfois des plaintes ou des gestes de souffrance aux malades jusque dans leur inconscience, et persiste d'habitude plus ou moins longtemps après la guérison, à la façon de ces résidus, de ces reliquats céphalalgiques qu'on observe si souvent durant des années après les infections, la fièvre typhoïde et la grippe, par exemple. Cette céphalalgie est intense, pénible, gravative, à siège diffus, fronto-orbitaire ou occipital, si violente chez certains sujets que ce sont ses paroxysmes mêmes qui paraissent créer le délire et, en tous cas, le précèdent immédiatement.

C'est là, comme je l'ai montré avec mon élève A. BOUYER, un signe de la plus haute valeur et qui, à lui seul, lorsqu'il se présente avec des caractères bien nets à l'origine d'un trouble mental, doit éveiller l'attention sur la possibilité d'une psychose toxique, liée en particulier à une infection ou à une auto-intoxication gastro-intestinale ou rénale.

A côté de la céphalée, il convient de signaler l'insomnie, qui est un signe de début à peu près constant.

C'est dans ces conditions que les premiers troubles cérébraux apparaissent, assez rapidement, d'habitude, sous forme de *torpeur* et d'*obtusion*. Dès ce moment, la confusion mentale est constituée.

Nous examinerons sommairement ses *symptômes psychiques* et ses *symptômes physiques*.

A. SYMPTÔMES PSYCHIQUES. — Pour se faire une idée à peu près nette de la confusion mentale, au point de vue psychique, il faut se la représenter, suivant la définition que nous en avons donnée, comme un état d'engourdissement toxique de l'activité intellectuelle supérieure, avec domination plus ou moins complète de l'activité onirique sous-consciente ou inconsciente.

Torpeur intellectuelle, rêverie automatique, ce sont donc là ses éléments symptomatiques essentiels. Suivant que l'un ou l'autre domine, la confusion mentale, tout en restant la même au fond, se présente plus particulièrement sous forme de *confusion mentale simple*, *asthénique*, ou sous forme de *confusion mentale délirante*.

Nous allons, pour la commodité de l'étude, décrire successivement ces deux aspects psychiques de la confusion mentale typique.

a. *Confusion mentale simple ou asthénique*. — En première ligne vient parmi les troubles de l'idéation, la *torpeur cérébrale*. La *torpeur cérébrale* est à ce point constante et importante dans toute confusion mentale que, dans certains cas, elle y est, à elle seule, caractéristique.

Du jour au lendemain on voit des individus, jusque-là d'une intelligence active, alerte et vive, s'alourdir tout à coup et demeurer plongés sans étonnement, avec indifférence, dans l'inaction psychique la plus complète. Certains, comme des vieillards sénilisés alourdis au coin du feu par le travail d'une digestion laborieuse, somnoient à tout instant, dans un vague assoupissement, ou sont pris d'un besoin irrésistible de sommeil. On dirait, et cela doit être, qu'ils sont sous l'influence d'une *narco-cose toxique*.

Cette torpeur a nécessairement des degrés qui marquent les degrés mêmes de la maladie. Elle va depuis cet état de simple prostration intellectuelle, si bien décrit autrefois par BALL sous le nom même de *torpeur cérébrale* et qui doit être rattaché à la confusion mentale, dont il représente la teinte la plus légère, jusqu'à l'hébétude, la stupeur, la stupidité, c'est-à-dire jusqu'à la suspension des opérations psychiques.

La lenteur de ces opérations est en rapport avec la torpeur cérébrale.

J'ai étudié de près, chez plusieurs malades, ce ralentissement de l'activité psychique et j'ai même, avec l'aide du professeur agrégé PACHON, pris chez eux quelques tracés du retard de l'équation personnelle concurremment avec la courbe du pouls et de la respiration.

Il est des cas où la stimulation provocatrice ne détermine rien chez les malades : ou elle n'arrive pas à leur conscience, trop endormie et trop lointaine, ou, si elle y arrive, elle n'y suscite aucune réaction. C'est la stupidité.

Dans d'autres cas il y a réaction, mais très faible, incomplète et tellement lente qu'une nouvelle question a été posée au sujet

avant qu'il manifeste avoir été impressionné par la première.

Dans les cas légers, enfin, tout se borne à un simple retard.

Ce qui est à noter, c'est que, même dans les cas où la question n'est pas suivie de réponse, le pouls, mais surtout la respiration, marquent par un certain degré de fréquence et d'agitation, qu'il y a eu un commencement d'effort, en tous cas, d'impression.

J'ai pu suivre au jour le jour, chez une des malades de ma clinique de l'hôpital Saint-André, atteinte de confusion mentale post-puerpérale avec stupidité complète, l'amélioration progressive de la torpeur cérébrale et de la lenteur psychique et rien n'était plus intéressant. Au début, la malade n'exprimait rien et son visage restait impassible, comme si elle n'avait rien entendu ni compris. Plus tard, on s'aperçut qu'après la question posée, mais au bout d'un certain temps et sans que son corps ni son visage aient tressailli, ses yeux s'éclairaient un instant. Ce fut son premier signe de communication avec la vie extérieure, après deux mois d'apparente mort psychique. Puis le sourire des lèvres suivit l'éclair du regard; puis ce fut le mouvement du visage, l'émission de quelques mots à voix basse et enfin, progressivement, tout le reste. Mais ce qu'il y avait de plus remarquable, c'est que ces diverses manifestations de l'activité, même une fois regagnées, ne s'opéraient que lentement et l'une après l'autre. Ainsi, on interrogeait la malade assise à côté, sur une chaise: tout d'abord, rien n'avait lieu, le masque restait sans expression. Mais, une ou deux secondes passées, on voyait les yeux s'allumer et luire; après un instant, le sourire arrivait et le visage se détendait; en troisième lieu, la tête se tournait lentement vers l'interlocuteur et finalement la réponse arrivait, manifestation dernière de cette mimique lentement décomposée, comme par une sorte de mécanique, en ses pièces et morceaux.

Avec la torpeur cérébrale existe un état particulier d'*obtusio*n, de *désorientation*, de *confusion d'esprit*, qui a fait donner son nom à la maladie. Qu'il s'agisse de souvenirs, d'appréciations, de sensations, de questions à saisir, d'idées à exprimer, tout est diffus, dissocié, incoordonné, dans un vrai chaos; on dirait que l'intelligence est très affaiblie, parfois même abolie. Les sujets, insensibles, indifférents, expriment tranquillement les plus grosses

absurdités; ils ne reconnaissent plus leur milieu, leur entourage, ne savent où ils sont, ne se rendent pas compte du temps, ne peuvent associer leurs idées, coordonner leur langage, fournir aucun renseignement. Et cependant, au milieu de cette incohérence et de ce néant, on est surpris de voir apparaître des lueurs d'esprit; derrière ces épais nuages, on s'aperçoit que l'intelligence, simplement obscurcie, existe encore. Elle n'est pas éteinte, elle est comme lointaine, comme absente.

Un des signes les plus caractéristiques de cette obnubilation est l'*amnésie*. Cette amnésie, en effet, est toute spéciale. Ce n'est pas la diminution de la mémoire classique, celle des démences simples et vésaniques, qui débute par de légères défaillances et qui s'étend progressivement à toutes les acquisitions, suivant un ordre déterminé. Ce n'est pas non plus l'*amnésie des ictus cérébraux*, incomplète et plus ou moins systématique. C'est un mélange de souvenirs exacts, précis, délicats, et d'oublis absurdes, extravagants, poussés au comble. Le malade aura parlé correctement, sans erreur, des faits passés alors qu'il ne se rappelle plus ce qu'on vient de lui dire, ce qu'il vient de faire; il demande un objet qu'il tient dans la main, il veut dîner quand il sort de table, être couché quand il est au lit, etc. Si on lui signale sa méprise, il accepte la rectification, mais quelques instants après il y revient, et ainsi de suite plusieurs fois, sans s'en rendre compte. Il y a là, comme on le voit, un état à part qui n'est pas tant la perte de mémoire démentielle des événements anciens ou récents qu'une impossibilité d'assimiler, de fixer les choses du moment, une véritable *amnésie rétro-antérograde* et surtout une *amnésie de fixation* se rapprochant, comme l'avait vu SÉGLAS, de celle analogue des traumatismes et des névroses. On la trouve plus particulièrement marquée dans la *psychose polynévritique* où elle a été signalée par KORSAKOFF et CHARCOT et dans la *psychose éclamptique*.

Nous verrons plus loin que, contrairement à ce qui a lieu dans les autres types de psychoses, la guérison de la confusion mentale s'accompagne en outre d'une amnésie plus ou moins marquée de l'accès, c'est-à-dire d'*amnésie lacunaire*.

Tels sont les troubles psychiques saillants du côté de l'idéation. Du côté des *perceptions*, il existe une diminution parallèle d'activité, ce qui explique, comme nous l'avons vu, que les sensations spontanées et les sollicitations provoquées, même les plus intenses, ne paraissent pas arriver à la conscience ou n'y arrivent que lentement, faiblement, et n'y déterminent ni émotion, ni réactions rapides et actives.

Du côté de l'*affectivité*, même diminution, même torpeur. Les malades paraissent ne rien éprouver, ne rien sentir, ne rien désirer. Il y a indifférence plus ou moins complète du ton émotionnel.

La *conscience personnelle*, par suite de la torpeur cérébrale et de l'engourdissement des apports perceptifs, est suspendue, presque abolie suivant le cas.

La *personnalité*, en conséquence, devient vague, flottante, sans cohésion et va même jusqu'à s'éteindre.

Dans le domaine de l'*activité*, peu ou pas de réactions. L'*activité générale* est annihilée, inexistante ou très amoindrie; il en est de même de la *mimique*, non seulement de la mimique d'action, mais aussi de la mimique d'expression. Le visage ne traduit ni l'animation, comme dans la manie, ni la douleur intense, comme dans la mélancolie, ni même les émotions et la pensée existantes, comme dans l'état normal. Il ne traduit rien ou seulement, dans les cas légers, quelques impressions ténues et fugitives. Des *actes*, il y en a peu ou pas, suivant le degré de la torpeur.

Le tableau psychique de la confusion mentale simple, réduite à son élément fondamental : le ralentissement de l'activité psychique volontaire poussé parfois jusqu'à la suspension, se résume dans l'esquisse que nous venons de tracer. Mais d'habitude, un second élément, complément pour ainsi dire du premier, vient s'ajouter à lui : c'est l'*activité onirique*, *sous-consciente* ou *inconsciente*. On comprend, en effet, qu'au fur et à mesure que l'activité psychique consciente s'engourdit, l'activité onirique ou de rêve, libérée de ses liens, entre en jeu et tend à prédominer.

La torpeur psychique de la confusion mentale s'accompagne

donc toujours, même dans les cas où l'activité consciente paraît totalement abolie, comme dans la stupidité, d'automatisme onirique, c'est-à-dire de scènes de rêves s'imposant au sujet. Mais dans les formes purement asthéniques de la confusion mentale, cet onirisme est rudimentaire et tout à fait au second plan. Dans certaines autres formes, au contraire, il domine la scène et constitue un véritable délire, le *délire onirique*.

b. *Confusion mentale délirante (délire onirique)*. — Avant d'indiquer les principaux caractères du délire onirique, il me paraît nécessaire de retracer très brièvement son histoire.

De tout temps, comme le fait remarquer A. VIGOUROUX dans une Revue récente, on a eu tendance à comparer le *délire* avec le *rêve*. Mais il ne s'agissait là que d'une simple analogie et, de plus, d'une analogie très générale, puisqu'on l'établissait entre le rêve et le délire de la folie, sans distinction.

LASÈGUE, en 1881, émit cette idée nouvelle que le délire alcoolique était un rêve. On parut accepter sa manière de voir, mais les choses en restèrent là, malgré des travaux intéressants comme la thèse de CHASLIN, jusqu'au jour où le courant scientifique amena l'attention sur les délires d'auto-intoxication et d'infection.

Alors, très rapidement, la question se transforme et s'élargit. KLIPPEL montre le rôle important du foie dans la production du délire alcoolique (1892-1893) tandis que, de mon côté, je signale au Congrès de La Rochelle (1893), où le fait est également indiqué par SÉGLAS, LEGRAIN, etc., la ressemblance existant entre les délires d'auto-intoxication et d'infection et le délire alcoolique.

C'est la constatation de cette ressemblance qui m'a amené progressivement à la constitution actuelle du délire onirique.

Ayant étudié de près, dans les hôpitaux, le délire des sujets atteints d'une maladie infectieuse ou toxique, je crus pouvoir, en effet, signaler en 1894 : que ce délire était, comme dans l'alcoolisme, un délire de rêve ; que ce délire de rêve, auquel je donnai le nom de *délire onirique* (de *ονειρος*, *ονειρος*, rêve), pouvait être considéré comme étant caractéristique de toutes les intoxications et infections ; que ce délire, enfin, paraissait être

non le rêve d'un sommeil ordinaire, mais le rêve d'un sommeil pathologique et que les recherches étaient à poursuivre sur ce point.

Ces recherches que je n'ai cessé, depuis, de continuer, m'ont amené à relever un certain nombre de faits complémentaires.

J'ai établi en particulier, et c'est là, je crois, le point dominant en l'espèce, que le délire onirique est un véritable *état somnambulique*, un *état second*. Comme tout état second, il est formé par la mise en jeu de l'activité sub-consciente ou inconsciente; il domine le sujet au point de lui faire vivre et agir sa vie sub-consciente ou inconsciente; cessant par une sorte de réveil, souvent brusque, il est suivi d'une *amnésie* plus ou moins marquée suivant le cas; il peut, une fois disparu, laisser dans la conscience certaines des conceptions engendrées par lui, conceptions que j'ai appelées pour ce motif *idées fixes post-oniriques*, par analogie avec les idées fixes post-somnambuliques ou hypnotiques; il est enfin, toujours comme un état second, susceptible d'être influencé par l'*hypnose*, au moyen de laquelle on parvient parfois à faire disparaître l'amnésie ainsi que les idées fixes post-oniriques.

J'ai montré également que ce délire est bien le délire type des intoxications et des infections, puisqu'on le retrouve dans tous les états considérés comme tels, notamment: dans les psychoses toxiques et infectieuses en général; dans les auto-intoxications gastro-intestinales; dans les psychoses traumatiques; dans les psychoses post-puerpérales; dans les psychoses post-éclampsiques; dans les psychoses post-opératoires, gynécologiques, cataractiques, etc.; dans les psychoses du paludisme, de l'insolation; dans certains cas de paralysie générale et de sénilité; dans le délire des brûlures graves; dans l'infection vaccinale; dans l'abstinence et l'inanition, etc., tous états où je l'ai successivement étudié ou fait étudier.

D'autres travaux, très nombreux, ont été consacrés dans ces derniers temps aux rêves et aux délires de rêve, en particulier l'ouvrage de SANCTE DE SANTIS qui embrasse la question dans son ensemble. A l'heure actuelle, le délire onirique est généralement admis à la fois dans sa forme et dans sa signification clinique.

J'en résume la description d'après ma communication à l'Académie de médecine (7 mai 1901):

« L'une des formes de psychoses toxiques, la plus typique, est essentiellement composée de deux éléments: un élément confusion et un élément délire, associés le plus souvent en proportions diverses, mais susceptibles aussi de se présenter isolément, au point de donner lieu à deux variétés distinctes de la maladie.

« A la confusion mentale, bien connue en France depuis les travaux de CHASLIX, appartiennent l'obtusion, la désorientation de l'esprit, l'hébétude et, consécutivement, l'amnésie, avec démence temporaire ou définitive.

« Quant au délire, il est tout à fait caractéristique, et c'est à sa détermination exacte que je me suis surtout attaché.

« Ce délire est, dans toute l'acception du mot, un *délire de rêve*, un *délire onirique*. Il naît et évolue, en effet, dans le sommeil; il est constitué par des associations fortuites d'idées, par des reviviscences hallucinatoires d'images et de souvenirs antérieurs, par des scènes de la vie familiale ou professionnelle, par des visions le plus souvent pénibles, par des combinaisons d'événements étranges, impossibles, éminemment mobiles et changeants ou doués, au contraire, d'une certaine fixité, qui s'imposent plus ou moins complètement à la conviction.

« Au degré le plus faible, ce délire est exclusivement nocturne et momentané; il cesse au réveil et ne reparait que le soir, soit dès le crépuscule, soit seulement plus tard, avec le vague assoupissement. A un degré plus marqué, il cesse encore au réveil, mais incomplètement, et se reproduit dans la journée dès que le malade a les yeux fermés et somnole. Enfin, à son degré le plus élevé, le délire ne cesse pas au matin et il se continue le jour tel quel, comme un véritable *rêve prolongé*.

« Cette opinion que le délire toxique est un délire de rêve avait été formulée par LASÈGUE en ce qui concerne spécialement le délire alcoolique. Elle doit être, on le voit, étendue à l'ensemble des délires d'auto-intoxication et d'infection.

« Mais le délire des auto-intoxications et des infections n'est pas seulement un délire de rêve; c'est de plus — et il y a là un

fait nosologique d'une portée théorique et pratique considérable — c'est de plus un délire de rêve morbide, de somnambulisme, d'état second.

« Il suffit d'observer les délirants toxiques pour s'apercevoir que ce ne sont pas des dormeurs ordinaires, assistant passivement et en simples spectateurs aux objectivations cinématographiques de leur automatisme mental ; ce sont des dormeurs actifs, en mouvement. Comme les somnambules, ils vont du rêve muet au rêve parlé et au rêve d'action, dans une perception plus ou moins confuse de l'ambient, qu'ils mêlent à leurs conceptions fantastiques, passant parfois de leur état second à la réalité et de la réalité à leur état second suivant qu'on les interpelle ou qu'on les abandonne à eux-mêmes, suivant qu'ils ouvrent ou ferment les yeux ; comme les somnambules aussi, ils sortent de leur délire par un véritable réveil, n'ayant en général qu'un souvenir vague ou nul de leur accès ; comme eux enfin, ils gardent souvent implantée dans leur esprit, plus ou moins longtemps après la guérison, quelque idée fausse isolée, obsédante, tenace, reliquat d'une des conceptions principales de leur rêve hallucinatoire, sorte de monodéisme, d'*idée fixe post-onirique*, identique au monodéisme, à l'*idée fixe post-hypnotique*.

« Il n'est pas jusqu'à l'*amnésie* des états toxiques qui, par ses caractères d'*amnésie* rétro-antérograde et de fixation, ne rappelle absolument l'*amnésie* des névroses et des *shocks*.

« Ce qui achève de prouver enfin l'identité de nature du délire toxique et infectieux et des états seconds, c'est qu'on peut fréquemment intervenir dans celui-là comme dans ceux-ci par l'*hypnose suggestive*, soit pour réveiller le souvenir perdu de l'accès, soit pour combattre les idées fixes qui lui survivent, et cela, en l'absence de tout élément hystérique, car souvent, dans ce cas, la suggestibilité du sujet n'existe que pendant la phase d'intoxication et cesse avec elle.

« Cet ensemble morbide, fait de confusion mentale et de délire onirique, est vraiment caractéristique : caractéristique à ce point qu'il implique toujours, à mon avis, le diagnostic d'intoxication. J'ai pu ainsi, par la seule constatation d'un délire onirique à base plus ou moins confuse, conclure à l'existence d'une

auto-intoxication restée latente ou ignorée et qui, dès lors, se révélait manifestement.

« On peut donc considérer comme psychoses toxiques toutes celles qui réalisent ce complexus ».

On voit par ces considérations quelle est l'importance clinique du délire onirique. On voit aussi ce qu'est sa nature, tout à fait à part parmi les autres espèces délirantes.

GRASSET dit en passant, dans son livre si original et si remarquable sur l'*hypnotisme et la suggestion*, que le délire onirique des intoxications et des infections est un exemple de la dissociation du centre O et du polygone au profit de ce dernier, c'est-à-dire de l'activité psychique supérieure et de l'activité psychique inférieure ou automatique, celle-ci devenue prédominante. La réflexion est absolument juste et j'estime en effet que rien ne saurait mieux faire comprendre le délire onirique tel que je le conçois, comme de voir en lui, suivant le schéma et l'expression de GRASSET, un type de *délire polygonal*.

B. SYMPTÔMES PHYSIQUES. — L'aspect général des sujets atteints de confusion mentale ressemble dans une certaine mesure à celui des mélancoliques. C'est la même torpeur, la même inertie dans l'état calme, la même agitation factice dans l'état de délire et d'excitation. Toutefois, dans la confusion mentale, l'expression, les traits, l'attitude, la mimique trahissent simplement la lenteur, l'indifférence, l'étonnement, l'hébétéude, mais non la tristesse, la douleur ou l'anxiété (voy. fig. 29). Au fur et à mesure que la confusion s'atténue et que l'amélioration survient, le masque se détend, les traits reprennent de la vie et de l'expression.

Nous avons déjà signalé l'*insomnie* au début de la confusion mentale. Cette *insomnie* persiste habituellement pendant toute sa durée, malgré l'existence fréquente de la *somnolence*.

On peut constater aussi des *attaques*, avec ou sans convulsions. Ces attaques revêtent tous les types, en particulier le type hystérique, épileptique, comateux, et surviennent à toutes les périodes de la maladie. De ces attaques, on peut rapprocher certaines raideurs musculaires, des spasmes, des contractures,



Fig. 29.

Confusion mentale aiguë stupide post-puerpérale. Démence précoce catatonique consécutive. Masque inexpressif. Immobilité. Négativisme. Suggestibilité (collection de l'auteur).

La malade garde l'attitude des mains qui lui a été donnée.

Au sujet des troubles de la *parole*, rappelons les manifesta-

des symptômes tétaniques et catatoniques et surtout des attitudes cataleptoïdes, plus spéciales, semble-t-il, à la psychose par auto-intoxication rénale (BRISAUD et LAMY, LATRON, RÉGIS et LALANNE, etc.).

L'*inégalité pupillaire*, avec état variable des réflexes lumineux et accommodatif, s'observe assez souvent dans la confusion mentale. Elle y offre cette particularité curieuse, indiquée par CHASLIN, par SÉGLAS et par nous, qu'elle est très changeante et se modifie d'un jour à l'autre et jusque dans la même journée. Il en est de même des autres *réflexes*, tendineux ou cutanés, très variables, mais plus souvent *exagérés*.

Un symptôme assez caractéristique est le *tremblement*, sorte de trémulation générale, analogue à celle de l'alcoolisme, et provoquant parfois du côté des mains et de l'écriture, du côté des lèvres, de la langue et de la parole, des phénomènes ataxiformes qui rappellent de plus ou moins près la paralysie générale.

tions dyslogiques indiquées par SÉGLAS : anonnement, hésitation du langage par lenteur et embarras de la pensée, amnésies verbales, difficulté d'adapter les mots à l'idée et de les coordonner, ainsi que celles qui ont fait admettre par MEYNERT une variété de confusion mentale pseudo-aphasique et paraphasique.

Signalons enfin : les *troubles gastro-intestinaux* (état saburral, inappétence, constipation, fétidité de l'haleine et des matières fécales) ; les *troubles circulatoires* (altérations du cœur et du pouls, cyanose et refroidissement des extrémités) ; les *troubles des sécrétions* et des *excrétions* (anhydrose, hyperhydrose, sialorrhée, polyurie, ischurie) ; l'*aspect général* (teint terreuse et blafard, sub-ictère, apparence typhique) ; l'*amaigrissement*, la *dénutrition*, la *peau chaude, sèche* ou *visqueuse*, enfin l'*hyperthermie* ou, par une sorte de contraste avec l'acuité de l'état, l'*hypothermie*, surtout dans certains cas de confusion mentale par insuffisance hépatique.

Quant à l'*analyse chimique* des humeurs, elle a déjà fourni quelques données précieuses et elle est appelée, croyons-nous, à en fournir davantage encore dans la confusion mentale, qui est bien la psychose de choix pour ce genre de recherches.

Du côté du *sang*, où peu de chose a été fait encore, sauf en ce qui concerne le délire aigu, dans lequel existerait un bacille dont nous aurons à parler, il y aurait à étudier spécialement, dans la confusion mentale, la composition et la proportion des éléments constituants, la toxicité et le pouvoir bactéricide ; du côté du *liquide céphalo-rachidien*, la formule leucocytaire.

Du côté de l'*urine*, nous avons déjà certains résultats. Nous savons, par exemple, et cela paraît être un fait qui, à mon avis, se vérifie de jour en jour, que le taux de l'urine est habituellement modifié dans la confusion mentale. Diminuée plus ou moins, de plus de moitié parfois, au début et au moment maximum de la maladie, la quantité d'urine augmente avec son amélioration et il n'est pas rare même que la convalescence ne soit signalée par une véritable débâcle urinaire, atteignant 3 ou 4 litres par vingt-quatre heures.

Au point de vue des éléments normaux, l'urine est ordinaire-

ment altérée dans la confusion mentale. Il y a hyperacidité, phosphaturie, uricémie, etc.

Très fréquemment aussi, elle présente des éléments anormaux : albuminurie (légère et inconstante), indicanurie, avec ou sans dérivés scatoliques, urobilinurie, diacéturie, acétonurie, etc., etc., suivant les cas. Il nous semble même qu'à chacune des causes toxiques de la confusion mentale, correspond pour ainsi dire un chimisme particulier, une formule urinaire, décelable par l'analyse. Ainsi la *psychose par auto-intoxication gastro-intestinale* se traduit plus spécialement par des quantités plus ou moins considérables d'indican, d'acétone, d'acides diacétique et oxybutyrique, de tyrosine, de sulfo-conjugués dans l'urine; la *psychose par auto-intoxication hépatique* se manifeste par l'hémaphéisme, l'urobilinurie, l'épreuve positive de la glycosurie expérimentale, l'albuminurie; la *psychose par auto-intoxication rénale*, enfin, par la diminution très notable du taux urinaire, la présence de cylindres et de tubes, l'albuminurie, l'hémoglobulinurie, etc. Quant à la *confusion mentale d'origine infectieuse*, sa formule urinaire se rapproche de telle ou telle des précédentes, suivant la voie d'élimination plus particulièrement intéressée.

4° Marche, durée, terminaison, pronostic. — La confusion mentale simple, telle que nous venons de la décrire, a une *marche* variable, rarement aiguë et rapide, le plus souvent subaiguë et lente. Il est des cas où elle paraît s'immobiliser à la période d'état. Aussi sa *durée* ne peut-elle être fixée, même d'une façon approximative, car son évolution, qui n'est parfois que de quelques jours ou de quelques semaines, s'étend parfois à plusieurs années.

Sa *terminaison* habituelle est la *guérison*. Je n'hésite pas à dire que, dans sa forme ordinaire, celle que nous avons ici en vue, la confusion mentale est la plus curable de toutes les psychoses, sans exception.

Une particularité importante marque la guérison de la Confusion mentale, quelle qu'en soit la forme, c'est l'*amnésie*, sur laquelle SÉGLAS a justement insisté.

On sait que, dans les vésanies pures, il n'en est pas ainsi et que les malades, une fois revenus à la raison, se rappellent le plus généralement avec une lucidité merveilleuse et jusque dans leurs moindres détails, les diverses péripéties de l'accès. Il est exceptionnel, au contraire, qu'au sortir d'un état de confusion mentale, le sujet en ait la notion pleine et entière; ou il y a du vague, des lacunes, ou l'amnésie est absolue.

Il faut ajouter que l'amnésie de fixation peut aussi se prolonger plus ou moins longtemps après la convalescence, compliquée même, parfois, ainsi que je l'ai noté, d'une amnésie des mots absolument telle qu'on l'observe dans l'amnésie verbale ou aphasia amnésique d'origine organique, si bien décrite par PITRES.

La confusion mentale peut se terminer par la *mort*; mais cela est rare et n'a guère lieu que sous l'influence de complications et dans les formes aiguës, stupidité et surtout délire aigu.

Elle peut aussi se terminer par l'*état chronique*. La confusion mentale verse alors plus ou moins rapidement dans une *démence* spéciale dont la *démence précoce* est le type, soit directement, soit indirectement en passant par une sorte de période de transition accompagnée d'un délire à allures parfois systématisées de persécution et de grandeur. Durant cette transition et même lorsqu'elle a tourné à la démence, la maladie conserve encore certains caractères de la confusion mentale antérieure.

5° Diagnostic. — La confusion mentale simple est susceptible d'être confondue avec la *neurasthénie*, surtout avec la neurasthénie à prédominance psychique ou *psychasthénie*. Le fait ne saurait surprendre si l'on réfléchit que les deux états morbides ont et la même origine (intoxication, infection) et le même caractère clinique fondamental (asthénie mentale). Nous croyons même pouvoir dire qu'entre la neurasthénie post-grippale, par exemple, et la confusion mentale de la convalescence de la grippe, il n'existe au fond qu'une différence de degré. C'est aussi l'opinion de CHASLIN, pour qui « les formes légères de confusion mentale de DELASIAUVE semblent se rapprocher de la neurasthénie, constituent un terrain de transition avec la

neurasthénie. » Toutefois, et hormis ces cas de transition, la distinction est facile, la confusion mentale étant en somme une psychopathie, avec des troubles psychiques très caractérisés, et non plus une simple psychasthénie.

L'histoire nous a déjà montré combien il était facile de confondre la confusion mentale et la *mélancolie avec stupeur*. Nous aurons encore à y revenir plus loin.

La confusion mentale peut également, au premier aspect, être prise pour un état d'*idiotie* ou de *démence* et la preuve en est dans les noms « d'idiotisme » et de « démence aiguë » que lui avaient donné PINEL et ESQUIROL. Les anamnétiques suffisent à faire écarter l'idée d'un arrêt de développement originel. En ce qui concerne la démence, le problème est plus délicat et c'est avec raison que CHASLIN et HANNION en ont fait ressortir les difficultés. On ne saurait, dans certains cas, affirmer si un malade présente une simple suspension ou une abolition de l'activité cérébrale; d'autant que, nous l'avons vu, la suspension peut mener à l'abolition, c'est-à-dire la confusion mentale à la démence. En général toutefois, les causes de la maladie, son début, ses particularités physiques et psychiques, ses concomitants toxiques et infectieux permettront de reconnaître la confusion mentale.

On peut hésiter davantage encore entre la confusion mentale simple, asthénique et la *paralysie générale à forme démente*, sans délire. Ici, en effet, ce n'est pas seulement le tableau clinique qui est analogue; l'étiologie elle-même complique le problème au lieu de servir à le résoudre, puisque la paralysie générale, bien que le plus ordinairement consécutive à la syphilis, semble pouvoir succéder aussi aux autres infections.

SÉGLAS a énuméré, dans une de ses leçons cliniques, tous les éléments de ce diagnostic qui réclame une grande attention et parfois un certain temps avant de recevoir sa solution. La ponction lombaire elle-même ne suffit pas toujours à l'éclairer.

La confusion mentale simple, en dehors de la dépression mélancolique, de la *mélancolie avec stupeur*, se distingue facilement des autres psychoses ou *vésanies*. Il faut signaler simplement le cas où la confusion mentale vient, par suite d'un pro-

cessus toxique intercurrent, se greffer sur une *psychose* ou *vésanie antérieure*; non seulement alors le passé du sujet démontre qu'il s'agit là d'une *confusion mentale secondaire*, mais il arrive le plus souvent que cette confusion efface ou remplace la *vésanie*, au lieu de s'ajouter à elle et de l'accentuer.

La plupart des indications précédentes s'appliquent au diagnostic de la confusion mentale délirante. Aussi me bornerai-je, en ce qui concerne cette dernière, à la simple observation que voici.

La confusion mentale délirante, avec la combinaison de ses deux éléments confusion et délire, tous deux si typiques, ne saurait guère être confondue avec une autre psychose.

Mais le diagnostic difficile consiste à déceler, par les caractères mêmes de la confusion mentale délirante, l'intoxication ou l'infection en jeu.

Je me hâte de déclarer que ce diagnostic est à peu près impossible, pour la même raison que j'indiquerai à propos du délire aigu, à savoir que ce qui varie, c'est l'intoxication ou l'infection et non la psychose qu'elle engendre, identique ou à peu près dans tous les cas.

Si je signale ici ce point, ce n'est donc pas pour essayer de tracer une série de diagnostics différentiels que je considère comme à peu près impossibles en l'état actuel des choses, mais bien au contraire, pour mettre en garde contre des méprises et des conclusions trop hâtives, résultant de l'identité des manifestations psychopathiques.

En se rappelant que toute psychose toxique et infectieuse est faite de confusion mentale et de délire onirique, on n'en arrivera plus à mettre, comme on l'a fait et comme on le fait trop souvent encore, sur le compte de l'*alcoolisme* le délire de la pneumonie, le délire post-opératoire, le délire consécutif aux *shocks* traumatiques, le délire paludéen et beaucoup d'autres que je pourrais citer.

En présence d'une psychose ayant tous les traits de la *psychose alcoolique*, il faut donc, non pas conclure d'emblée à l'*alcoolisme*, mais rechercher s'il n'existe pas en dehors de lui ou même avec lui, une autre intoxication ou infection susceptible d'avoir produit cette psychose. On évitera ainsi plus d'une erreur.