

L'inanition produirait donc, par *autophagie*, un véritable empoisonnement de l'organisme et on s'expliquerait ainsi ses troubles psychiques et leurs caractères.

Les *délires d'inanition dans les maladies*, soit fébriles, soit stomacales, que les auteurs et en particulier TOUPET et LEBRET ont eu spécialement en vue, ne diffèrent pas sensiblement de ceux que nous venons d'indiquer chez les jeûneurs non malades. Mais, ainsi que nous l'avons dit, dans les maladies, quelles qu'elles soient, surtout dans les maladies infectieuses aiguës, des causes multiples interviennent qui ne permettent pas de considérer les délires, mêmes ceux de la convalescence, comme exclusivement dus à l'inanition.

**3° Surmenage.** — Quant au surmenage, qui agit de la même façon et par un mécanisme analogue à celui de l'inanition, il est susceptible lui aussi de déterminer des troubles psychiques, surtout lorsqu'il est aigu et intense. On a cité quelques faits probants chez certains grands coureurs, après de longues et dures épreuves sportives. La *confusion mentale*, l'*obtusion*, la *torpeur*, l'*amnésie* semblent prédominer dans ce cas sur le délire et les hallucinations.

## ARTICLE III

## TRAUMATISMES

Nous nous proposons ici de décrire brièvement et exclusivement les troubles psychiques dus aux traumatismes corporels, en particulier aux traumatismes crâniens.

Mais il ne faut pas oublier que, dans la pratique, ces troubles sont le plus souvent inséparables des troubles névropathiques, avec lesquels ils forment des états mixtes ou *psycho-névroses traumatiques*.

Les troubles psychiques et les troubles nerveux d'origine traumatique reconnaissent pour cause les mêmes shocks : chutes, coups violents, fractures, accidents de chemin de fer et du travail, etc., etc.

**1° Historique.** — Ces troubles psychiques ont été signalés dès la plus haute antiquité par HIPPOCRATE, GALIEN, FÉLIX PLATER, WILLIS, et, à des époques plus récentes, par PINEL, MATHEY, ELLIS, ESQUIROL, GRIESINGER, etc.

Le premier auteur qui les ait décrits en termes précis est un chirurgien, DUPUYTREN : « Si le soir, le lendemain ou le surlendemain d'une fracture, d'une luxation ou d'une opération quelconque, dit-il, le malade paraît dans un état de gaieté surnaturelle, s'il parle beaucoup, s'il a l'œil vif et la parole brève, les mouvements brusques et involontaires, s'il affecte un courage et une résolution désormais inutiles : tenez-vous sur vos gardes. Bientôt il se manifeste une singulière confusion d'idées sur les lieux, les personnes et les choses.

« Le malade, en proie à l'insomnie, est ordinairement dominé par une idée plus ou moins fixe, mais presque toujours en rapport avec sa profession, ses passions, ses goûts, son âge, son sexe ; il se livre à une jactation continuelle.

« Les parties supérieures de son corps sont couvertes d'une sueur abondante, les yeux deviennent brillants, injectés, la face s'anime, se colore ; il profère avec une loquacité extraordinaire des vociférations effrayantes. L'affection peut au bout de quatre à cinq jours se terminer par la mort, ou le plus souvent, par la guérison. Si cette terminaison doit avoir lieu, le calme revient sans crise apparente et aussi brusquement que le désordre a commencé. Un sommeil profond s'empare du malade, puis il se réveille en pleine raison sans se souvenir du passé ».

J'ai tenu à reproduire ici cette description du « délire nerveux des blessés » publiée par DUPUYTREN en 1819, dans un mémoire sur les fractures du péroné, car il y a dans ces quelques lignes non seulement le tableau très exact de la *psychose traumatique type*, mais encore celui, avant l'heure, de la *confusion mentale*. Si bien que le chirurgien DUPUYTREN se trouve être à la fois le premier qui ait signalé, peint et dénommé la *confusion d'idées* ou *confusion mentale*, avec ses caractères essentiels, jusques et y compris son amnésie consécutive, et le premier aussi qui ait montré que cette confusion mentale, qu'il ne faut pas confondre, malgré ses nombreux points de ressemblance, avec le delirium

tremens, est la psychose caractéristique des traumatismes et des opérations chirurgicales.

Il a fallu arriver jusqu'à l'époque actuelle pour que les idées si justes de ce grand observateur, perdues de vue ou discutées, fussent reprises par la psychiatrie. Expression même de la vérité, elles arriveront certainement à s'imposer.

Parmi les auteurs postérieurs à DUPUYTREN qui se sont spécialement occupés des psychoses traumatiques, citons : SCHLAGER (1857), FRANCIS SKAE (1866), KRAFFT-EBING (1868), VALLON (1882), CHRISTIAN (1889), RIGAL (1894), BECKHOLIN (1896), COWEN (1896), PEUGNIEZ (1897), NAECKE (1898), CHAGNON (1899), SMESKAL (1899), CHEILZA (1899), CARPENTER (1900), MURALT (1900), TROEGER (1901), EDEL (1901), RATHMANN (1901), AUBEAU (1901), WERNER (1902), MARIE et PICQUÉ (1902), ROSENFELD (1903), FOREL (1903), VIENDENZ (1903), FROST (1903), VEDRANI (1903), SALA (1903), WENDE (1904), KAMENSKY (1904), TH. DRAPER (1904), MEYER (1904), TISSOT (1904), MARIE et VIOLLET (1904), WAHL (1904), MIDDLEMASS (1904), GAGOT (1904), etc., etc. La plupart admettent que le traumatisme intervient surtout en donnant un coup de fouet à la prédisposition cérébrale et, par suite, comme cause adjuvante de folie. Il ne serait que rarement le facteur réel de la psychose, et celle-ci, dans ce cas, peut se présenter sous différentes formes cliniques; elle n'a pas de type spécial. On ne semble faire exception que pour la paralysie générale qui est considérée, avec VALLON, comme susceptible d'être due à des traumatismes du crâne, avec ou sans fractures des os.

Frappé de plusieurs faits très probants qui m'étaient passés sous les yeux, j'ai cherché à établir dans la thèse de MEYSSAN (1899) que les psychoses traumatiques, identiques aux psychoses post-opératoires, étaient essentiellement formées, comme elles, de *confusion mentale* à tous les degrés et qu'elles relevaient, par suite, d'un processus d'*auto-intoxication*. Depuis, d'autres cas du même genre n'ont fait que corroborer cette opinion qui se trouve exactement conforme, au point de vue clinique, à celle énoncée par DUPUYTREN.

Nous ne nous occuperons ici, bien entendu, que des psychoses réellement dues au traumatisme et non des vésanies survenues

chez des prédisposés à l'occasion d'un traumatisme, comme à la suite d'une cause adjuvante quelconque.

**2° Étiologie.** — Les troubles psychiques réellement dus au traumatisme étant, pour nous, de nature auto-toxique, les conditions susceptibles de les favoriser doivent être, avant tout, celles qui tiennent l'organisme en imminence d'*auto-intoxication*. C'est donc chez les individus susceptibles de faire de l'insuffisance gastro-intestinale, hépatique, rénale, c'est-à-dire chez les arthritiques, les émotifs, les artério-scléreux, les infectés, que la psychose traumatique, comme la psychose opératoire, aura le plus de chances de se produire. Il en est ainsi en effet, et c'est ce qui explique que l'intensité et la fréquence de la psychose traumatique, comme de la psychose opératoire, soient bien moins en rapport avec la localisation ou la gravité du traumatisme lui-même qu'avec l'influence auto-toxique du shock chez l'individu. C'est ce qui explique aussi pourquoi les névroses traumatiques peuvent, comme le remarque justement FRANCOU (1904), survenir sous l'influence de la seule frayeur, sans traumatisme corporel proprement dit.

**3° Symptomatologie.** — On peut rencontrer, à la suite des traumatismes, les troubles psychiques de la *confusion mentale* à tous les degrés. Au premier degré, il s'agit de modifications du caractère, d'irritabilité, d'aboulie, d'inaction et de torpeur, d'obtusion mentale avec légère amnésie actuelle ou rétrograde, de rêves et de cauchemars pénibles, reproduisant souvent des accidents ou l'accident lui-même, comme dans les névroses traumatiques. Ce sont les *troubles psychiques élémentaires*. Citons entre autres le cas de NAECKE, d'un état crépusculaire avec amnésie consécutive à une légère commotion par un coup au visage.

À un degré de plus, la confusion est plus accentuée et le rêve nocturne devient un véritable *onirisme* empiétant souvent sur la veille, surtout dans les moments d'assoupissement du malade. C'est, en un mot, de la *confusion mentale avec délire onirique*. J'ai rapporté, avec le D<sup>r</sup> SENGENSSE, un fait typique de ce genre dans la thèse de MEYSSAN et tout récemment encore, j'en ai présenté un autre à ma clinique de l'hôpital Saint-André.

On peut enfin observer, comme psychoses traumatiques, les formes les plus aiguës de la confusion mentale : *délire hallucinatoire, stupeur, délire aigu*. A. MARIE (1902), TH. DRAPER (1904) en ont cité des exemples. MURALT (1900) a même noté le syndrome *catatonie* à la suite de traumatisme crânien.

Quels que soient leur aspect clinique et leur degré d'intensité, les troubles psychiques post-traumatiques nous paraissent devoir être divisés en *trois catégories distinctes*, suivant le moment de leur apparition. C'est là une division qui a son importance et qui s'applique à toutes les psychoses par intoxication ou infection aiguës, en particulier aux psychoses post-puerpérales et post-opératoires.

Le *premier groupe* est constitué par les cas dans lesquels le trouble psychique est immédiatement consécutif au traumatisme. Au sortir de sa perte de connaissance, le sujet ne revient pas à la lucidité et à la raison ; il reste dans un état intermédiaire de *confusion*, de torpeur, de désorientation, avec ou sans délire onirique, comme certains dormeurs mal réveillés, comme certains opérés sortent de leur coma anesthésique en état de *confusion* et de *délire*. C'est la *psychose traumatique immédiate*, dans laquelle le shock, par l'ébranlement organique qu'il occasionne, paraît être le facteur étiologique prépondérant. Notre cas, avec SENGENSE, appartient à cette catégorie.

Le *second des groupes* que nous avons admis comprend tous les faits dans lesquels la psychose survient *du deuxième au dixième ou douzième jour environ*. Ce sont les plus fréquents et les plus typiques, exactement encore comme dans les psychoses post-puerpérales et post-opératoires. DUPUYTREN, dans la note citée plus haut, avait déjà signalé, nous l'avons vu, cette particularité chronologique. Il s'agit là de la *psychose traumatique proprement dite ou secondaire*, due à une auto-intoxication par insuffisance gastro-intestinale, hépatique ou rénale réalisée sous l'influence du traumatisme. Le malade que j'ai présenté récemment à ma clinique avait été pris le troisième jour, dans la soirée ; car, comme tous les délires d'intoxication, le délire traumatique débute au crépuscule ou au cours du sommeil et son retour ou ses paroxysmes sont essentiellement nocturnes.

Le *troisième groupe* est formé par les cas de *psychose traumatique tardive*. Ils existent aussi dans les psychoses post-puerpérales où ils sont représentés par la psychose de la lactation et dans les psychoses post-opératoires. Comme dans ces dernières, ils peuvent survenir plusieurs semaines ou même plusieurs mois après le traumatisme et sont dus eux aussi à un état d'auto-intoxication, mais d'un mécanisme un peu différent, engendré qu'il est par l'ensemble des causes qui peuvent dans ces conditions amener l'épuisement, la dénutrition de l'organisme : séjour prolongé au lit, suppuration longue, inanition, abus de certains pansements, surtout à l'iodoforme, etc. Dans ces cas, ce n'est presque jamais à une confusion mentale aiguë qu'on a affaire, mais à une *confusion simple*, avec ou sans délire onirique, où prédominent les symptômes d'*hébétude* et d'*amnésie*.

Reste la *paralysie générale* d'origine traumatique, qui peut être considérée, à son tour, comme un des accidents cérébraux tardifs, et même parfois très éloignés du traumatisme crânien : soit que la lésion initiale se réveille un jour et s'étende pour donner naissance à une méningo-encéphalite plus ou moins diffuse, soit que cette méningo-encéphalite se développe autour de l'ancien foyer sous l'influence d'infections ou d'auto-intoxications secondaires. De nombreux auteurs, en particulier LASÈGUE (1853), AZAM (1881), VALLON, CHRISTIAN, DUBUISSON (1890), NAECKE, FROST, WAHL (1904), MIDDLEMASS (1904), ont rapporté des faits de ce genre. Je n'en ai personnellement observé aucun et n'ai vu que des sujets chez lesquels le traumatisme était consécutif à une paralysie générale déjà plus ou moins évidente, c'est-à-dire effet plutôt que cause de la maladie.

Il y a lieu de croire que les traumatismes crâniens peuvent favoriser et hâter la production d'une paralysie générale, et, dans certains cas même, déterminer des états cérébraux plus ou moins semblables à la paralysie générale, comme toutes les intoxications, quelles qu'elles soient. Nous ne saurions affirmer cependant que ces traumatismes puissent produire de toutes pièces une véritable paralysie générale.

Rappelons que les *accidents convulsifs hystériques, épileptiques*, le *somnambulisme*, l'*amnésie rétrograde* et *antérograde* sont, ainsi

que l'a montré AZAM, très fréquents dans les psychoses traumatiques, en particulier dans les cérébropathies tardives.

**4° Terminaison.** — Les troubles psychiques du traumatisme sont en général *curables* et *passagers* comme tous ceux des intoxications et leur existence ne constitue pas, dans les shocks, un indice plus grave pour le *pronostic*. Les chances et la rapidité de la guérison varient d'ailleurs avec l'intensité de ces troubles et avec l'époque de leur apparition. Une confusion mentale simple, légère, est toujours moins grave qu'une confusion aiguë, une stupeur, un délire aigu. De même, on peut dire que plus la psychose est rapprochée du traumatisme, c'est-à-dire précoce, plus, en principe, elle est curable ; plus elle est tardive, plus elle est grave.

**5° Traitement.** — Le traitement doit viser l'état d'auto-intoxication et les symptômes. Il peut aussi être chirurgical, et MARIE et PICQUÉ ont cité des cas de psychose guérie à la suite de la première ou même de la seconde intervention opératoire dirigée contre le traumatisme ou ses suites.

## ARTICLE IV

## OPÉRATIONS CHIRURGICALES

**1° Considérations générales.** — Les psychoses consécutives aux opérations chirurgicales ou *psychoses post-opératoires* ont fait l'objet dans ces dernières années de travaux très nombreux, surtout en France, où la question a été discutée au Congrès d'Angers (1898), sur un très bon rapport de RAYNEAU, auquel je renvoie pour la documentation. Depuis, l'étude de ces psychoses a donné lieu à de nouvelles et importantes contributions.

De cet ensemble de travaux, il résulte que, pour certains aliénistes, il n'existe pas à proprement parler de psychoses post-opératoires et que les délires consécutifs aux interventions chirurgicales ne sont pas autre chose que des délires vésaniques, de forme quelconque, survenus chez des prédisposés à l'occasion d'une de ces interventions. C'est, ici encore, la conception

simpliste de la prédisposition vésanique, de la dégénérescence se suffisant à elle-même et expliquant tout.

Mais, pour la plupart des auteurs, parmi les délires consécutifs aux opérations chirurgicales, il en est qui méritent réellement le nom de *délires post-opératoires*.

Ces délires post-opératoires sont évidemment ceux qui sont dus avant tout à l'opération ou à ses conséquences. Or, par suite d'une confusion fâcheuse au point de vue de la clarté de la question, PICQUÉ appelle délires post-opératoires les délires vésaniques attribuables à l'hérédité. Quant à ceux provenant de l'opération, par ce fait qu'ils surviennent par la voie d'une infection ou d'une intoxication, ce ne sont pas pour lui des psychoses post-opératoires.

Cette opinion, bonne peut-être à établir que « la chirurgie ne crée pas de psychoses », ne saurait être admise, car elle tend à consacrer une erreur. C'est comme si l'on soutenait, en effet, que dans l'ensemble des psychoses des alcooliques, les vésanies héréditaires sont les vraies psychoses éthyliques, et les vraies psychoses éthyliques des psychoses purement issues de l'insuffisance hépatique. C'est encore comme si, dans l'ensemble des psychoses des nouvelles accouchées, on appelait psychoses puerpérales vraies les vésanies héréditaires, en rejetant les vraies psychoses puerpérales comme relevant de l'infection.

*Les vraies psychoses opératoires sont en réalité, nous le répétons, celles qui sont dues, avant tout, à l'opération ou à ses suites ; quant aux vésanies, ce sont des folies ordinaires, quelconques, n'offrant rien de spécial, sinon d'être survenues à l'occasion d'une intervention opératoire, comme elles auraient pu survenir à l'occasion d'une autre circonstance banale, ou même en dehors de toute circonstance occasionnelle appréciable.*

Ainsi que nous l'avons fait jusqu'ici pour toutes les psychoses symptomatiques, nous laisserons donc de côté les vésanies des héréditaires pour ne nous occuper que des véritables psychoses post-opératoires.

Ces psychoses post-opératoires, comme nous nous sommes efforcé de l'établir soit dans des travaux personnels (1893-1898), soit dans les thèses de nos élèves PENON (1893), GINOX (1903), et