

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

comme beaucoup d'auteurs, tels que PILCZ (1902), l'admettent aujourd'hui, résultent, indépendamment de toute tendance héréditaire à la folie, du shock chirurgical et de son retentissement auto-toxique sur l'organisme, ainsi que des infections opératoires.

2° Symptomatologie. — Les troubles psychiques post-opératoires peuvent être *élémentaires* et se borner à de l'*obtusion*, de la *torpeur* ou bien à de l'*excitation cérébrale* avec insomnie, rêves, cauchemars, hallucinations nocturnes.

Ils peuvent aussi se traduire par une véritable psychose qui revêt toujours le type de la *confusion mentale*. Quel que soit, en effet, l'aspect extérieur du malade, qu'il y ait abattement, dépression ou au contraire agitation et violence, cela tient simplement à la variété en cause de confusion mentale : *simple, délirante, aiguë, hallucinatoire, stupide, méningitique*. Mais au fond, on retrouve dans tous les cas l'élément fondamental de la maladie, c'est-à-dire l'obtusion, l'hébétude, la désorientation d'esprit.

Sur ce fond de confusion mentale existe le plus souvent un *délire onirique* plus ou moins intense, roulant sur les événements de la vie familiale ou professionnelle, basé sur des hallucinations généralement pénibles, zoopsiques, fantomatiques, terrifiantes, et tantôt simplement nocturne, tantôt nocturne et diurne, c'est-à-dire continu.

Lorsque l'état est aigu, il s'y joint des symptômes généraux, de l'élévation thermique, de la sécheresse de la langue et des lèvres et comme une sorte d'état typhoïdique, parfois grave.

La symptomatologie des troubles psychiques post-opératoires connue, il faut se demander s'il n'est pas possible d'établir parmi eux une division. Celle qui me paraît la plus rationnelle est la division chronologique, basée sur l'époque d'apparition des troubles psychiques.

Ces troubles psychiques se classent en effet pour ainsi dire d'eux-mêmes en *trois groupes*, analogues à ceux que nous avons admis pour les psychoses post-traumatiques : 1° les troubles psychiques *immédiats*, qui surviennent aussitôt après l'opéra-

tion ; 2° les troubles psychiques *secondaires*, qui éclatent du deuxième au dixième jour ; 3° enfin les troubles psychiques *tardifs*, qui apparaissent plusieurs semaines après.

a. *Psychoses post-opératoires immédiates.* — Les psychoses qui succèdent sans transition au sommeil anesthésique, me paraissent dues à l'intoxication chloroformique agissant à la faveur du shock. La promptitude du délire, sa disparition en général assez rapide, son caractère typique de *délire toxique hallucinatoire confus*, tout, jusqu'à la saveur prolongée de chloroforme accusée souvent par les malades, semble trahir, en effet, sa véritable origine.

b. *Psychoses secondaires.* — Les psychoses secondaires sont dues soit à la septicémie, à une infection accidentelle, soit surtout à une auto-intoxication déjà existante ou réalisée, chez certains individus moins résistants, par le shock opératoire. Ce sont les plus fréquentes et les plus typiques, ce sont les psychoses post-opératoires proprement dites.

Leur processus est exactement le même que celui de toute confusion mentale toxique ou infectieuse et ils sont précédés, accompagnés et suivis des mêmes particularités symptomatiques. C'est dire qu'en règle générale, leur apparition coïncide avec une *diminution parfois très notable de la quantité d'urine*, de l'état saburral, de la constipation ; qu'ils débutent par de la *céphalée*, de l'insomnie, de l'agitation ; qu'ils se traduisent par un fond constant d'*obtusion psychique*, avec *délire hallucinatoire onirique*, professionnel, zoopsique ou terrifiant, et que cet état de confusion mentale plus ou moins aiguë et parfois fébrile laisse après lui une hébétude plus ou moins longue avec *amnésie* habituelle de la crise. Ainsi que nous l'avons noté à diverses reprises dans les autres intoxications s'accompagnant de confusion mentale, l'évolution des troubles psychiques est habituellement ici aussi parallèle à l'évolution auto-toxique, en particulier à la courbe urinaire, dont le relèvement, qui peut aller jusqu'à la décharge polyurique, annonce et traduit l'amélioration mentale.

c. *Psychoses tardives.* — Les psychoses post-opératoires tardives sont le résultat d'un déficit de nutrition de l'organisme, sous l'influence de toutes les conditions qui peuvent le produire :

suppurations prolongées, décubitus, cachexie, fièvre, etc. Elles se présentent surtout alors, comme dans la psychose de la lactation ou dans la psychose traumatique tardive, sous la forme de confusion mentale simple ou asthénique, avec prédominance des symptômes de torpeur et d'hébétude. Elles peuvent aussi, dans certains cas, reconnaître pour cause ou les pansements longtemps prolongés, surtout à l'iodoforme, ou la suppression d'un organe à sécrétion interne, tel que le corps thyroïde ou l'ovaire. Dans ce dernier cas, assez rare d'ailleurs mais dont j'ai observé des exemples, les troubles psychiques s'accompagnent généralement de phénomènes somatiques assez caractéristiques, en particulier des phénomènes vaso-moteurs qui s'observent si souvent à l'âge critique.

3° Pronostic. — Ainsi que nous l'avons vu pour les traumatismes, l'existence d'un délire post-opératoire n'est pas l'indice d'un pronostic grave ni quant à l'état général, ni quant au délire lui-même, qui le plus souvent *guérit* après une durée relativement courte. Ce n'est que dans certains cas, principalement lorsqu'il y a prédisposition, hérédité vésanique, qu'il peut persister, tourner en quelque sorte à la folie et nécessiter l'internement.

4° Étiologie. — Les psychoses post-opératoires surviennent surtout chez les *auto-intoxiqués* et les individus en imminence d'auto-intoxication tels que les hépatiques, les constipés, les artério-scléreux, les vieillards, etc. Il convient donc au plus haut point de s'assurer avant toute grande opération et à chaque instant pour ainsi dire durant la période qui la suit, de l'intégrité et du bon fonctionnement des grands organes éliminateurs.

Il faut tenir compte aussi dans l'étiologie de l'influence des causes antérieures, psychiques et physiques, de débilitation, comme les émotions et les fatigues de la *guerre*, par exemple, pour les soldats. Les dernières grandes guerres ont nettement confirmé le fait.

Les psychoses post-opératoires sont notablement plus fréquentes dans le *sexe féminin*. Elles sont très rares chez les enfants.

On a cherché à établir s'il existait des opérations plus aptes que d'autres à donner lieu à des troubles psychiques. Certains auteurs ont indiqué comme telles les *opérations gynécologiques* qui, par leur importance, leur durée, la quantité d'anesthésique employé, l'intensité de leur shock, leur siège, leurs conséquences possibles, etc., étaient les plus susceptibles d'exercer une action fâcheuse à ce point de vue. En réalité, la tendance à la psychose post-opératoire dépend bien moins de l'opération elle-même et de ses conditions que de l'intensité de son retentissement auto-toxique, c'est-à-dire en somme moins d'elle que de l'individu. C'est pourquoi l'on voit des sujets faire du délire post-opératoire pour l'opération la plus bénigne, la plus légère, tandis que d'autres n'en font pas pour les opérations les plus graves. L'exemple le plus probant de ce fait nous est fourni par l'opération de la *cataracte* qui, bien qu'étant une opération sans gravité, sans anesthésie générale, sans aucune des conditions considérées comme aggravantes, paraît être celle qui fournit le plus de délires post-opératoires. Pourquoi? Est-ce parce que c'est là qu'il y a le plus de prédisposés vésaniques? Assurément non; c'est tout simplement parce que la plupart des cataractés sont des *vieillards*, des *artério-scléreux*, à exutoires usés, fonctionnant mal, faisant pour un rien de la rétention toxique et, par suite, du délire auto-toxique.

Depuis que j'ai attiré l'attention sur ce mécanisme du délire post-opératoire, le délire consécutif à l'opération de la cataracte, que les oculistes avaient interprété de mille façons contradictoires, s'est trouvé expliqué, et certains d'entre eux, comme FROMAGET, ont publié des cas probants dans lesquels le délire, coïncidant avec une poussée de constipation ou un abaissement à 300 et 400 grammes du taux urinaire, disparaissait rapidement sous l'influence du traitement antitoxique approprié.

C'est le cas de répéter avec TROUSSEAU, qui semble avoir deviné la nature auto-toxique de la psychose post-opératoire : « *Quand un sujet âgé délire, s'agite à la fin de l'opération, qu'on s'inquiète !... Quand la langue se sèche, quand la quantité des urines diminue, quand surtout il y a anurie, qu'on s'alarme.* »

5° **Diagnostic.** — Comme toutes les psychoses auto-toxiques, cliniquement identiques entre elles, nous le savons, les psychoses post-opératoires peuvent être confondues, l'ont été et le sont encore souvent, avec les *psychoses alcooliques*. C'a été même pendant un temps la théorie régnante de considérer les délires post-opératoires, aussi bien que les délires de la pneumonie, les délires paludéens, et tant d'autres, comme des délires alcooliques. On en est revenu aujourd'hui. Mais telle est l'analogie des uns et des autres que, malgré la conception nouvelle des délires auto-toxiques, qui explique cette analogie, on a encore tendance à considérer un délire hallucinatoire post-opératoire, lorsqu'il survient, comme un délire alcoolique. La distinction, cliniquement difficile, se fait surtout par l'étude des antécédents, par le caractère plus confus du délire post-opératoire, par les symptômes concomitants d'auto-intoxication. Il faut également, comme le dit PILCZ, distinguer les psychoses post-opératoires des *démences* jusque-là latentes, mais écloses à la faveur des opérations, surtout chez les vieillards après la cataracte.

6° **Traitement.** — Le traitement des psychoses post-opératoires doit être essentiellement un traitement causal, c'est-à-dire celui de l'infection ou de l'auto-intoxication originelles.

ARTICLE V

INSOLATION

Le soleil et la chaleur ne se bornent pas à produire les psychoses de l'insolation aiguë. Leur action lente peut déterminer encore, surtout dans les climats tropicaux, des troubles nerveux et psychiques plus ou moins marqués que nous devons mentionner tout d'abord brièvement.

§ 1. — TROUBLES NERVEUX ET PSYCHIQUES D'ORIGINE TROPICALE

Ces troubles nerveux et ces troubles psychiques élémentaires, dans la production desquels interviennent aussi tous les facteurs

étiologiques accumulés dans les colonies et qui sont connus sous le nom de *neurasthénie tropicale*, de *soudanite*, ont été signalés et décrits par nombre d'auteurs, en particulier par LAYET, TREILLE, LE DANTEC, ESCANDE DE MESSIÈRES. Ils atteignent de préférence les prédisposés névropathes, les individus de santé débile ou déjà altérée par le paludisme chronique, la diarrhée, la dysenterie, la syphilis, les maladies antérieures, enfin et surtout par l'alcool, l'opium ou la morphine.

L'influence psychique des pays chauds sur les coloniaux peut ainsi conduire à des états nerveux variés, à des impulsions, à des actes de cruauté, de férocité vraiment extraordinaires, et dont nous avons eu, dans ces dernières années, des exemples aussi tristes que typiques.

Je renvoie plus particulièrement, pour les détails relatifs aux troubles nerveux et psychiques dus à l'influence des pays chauds, à la dernière édition du *Précis de pathologie exotique* de mon collègue LE DANTEC et à la toute récente brochure de notre ancien élève ESCANDE DE MESSIÈRES sur « la psychologie des coloniaux ».

Je me borne à insister simplement sur la nécessité qu'il y a pour les gouvernements, les administrations, les familles, à n'envoyer aux colonies que des individus exempts de toute tare, surtout mentale, et aussi sur la nécessité qu'il y a pour les Européens résidant aux colonies d'observer plus encore qu'ailleurs les règles de l'hygiène et de la sobriété les plus rigoureuses. Un Européen prédisposé originairement par son hérédité, ou accidentellement par ses excès, qui va vivre aux colonies et qui s'y intoxique, est un homme perdu cérébralement.

§ 2. — PSYCHOSES D'INSOLATION

Nous n'avons pas souvent l'occasion, dans nos climats tempérés, d'observer des troubles cérébraux sous l'influence de l'insolation, bien qu'ils y soient moins rares qu'on le suppose. Dans les pays chauds, en revanche, ces troubles sont des plus fréquents et parfois des plus graves.

Les psychoses de l'insolation sont signalées sans détails dans