

cales, BALLET et FAURE, qui les ont bien décrites, ont constaté les mêmes altérations cellulaires que dans les divers processus infectieux aigus. RAIMANN, ELZHOLZ ont insisté sur l'identité des lésions de la psychose polynévritique avec celles de la poliencéphalite aiguë hémorragique supérieure, et CRAMER avec celles de la paralysie générale.

Et quant aux *caractères symptomatiques*, ils sont exactement, comme il est dit plus haut, ceux de la *confusion mentale* et de ses variétés cliniques, c'est-à-dire ceux de la psychose habituelle et typique des intoxications et des infections.

Il n'y a pas jusqu'au *syndrome paralytique*, à la *paralysie générale*, qui n'aient été signalés concurremment avec des accidents polynévritiques par JOLLY, SOMMER, MEYER et RAECKE, et par DEROU-BAIX qui a récemment publié un cas de « syndrome de KORSAKOFF paralytique ».

Tout au plus pourrait-on dire que dans les troubles psychiques polynévritiques, l'*amnésie* est généralement très accusée et joue un rôle prédominant. Mais cette amnésie se retrouve, sous la même forme et au même degré, dans beaucoup d'autres psychoses toxiques soit avec troubles moteurs, comme la psychose post-éclampsique, soit sans troubles moteurs, comme la psychose d'insolation.

Telles sont les principales considérations qui militent contre la conception d'une psychose polynévritique maladie autonome et qui portent à regarder les troubles psychiques polynévritiques comme des manifestations de confusion mentale, se rattachant non à la polynévrite elle-même, mais à l'intoxication ou infection originelle. C'est l'opinion que j'ai toujours défendue pour ma part, de concert avec SÉGLAS, BALLET, CHASLIN, MABILLE, PITRES et VAILLARD, FRANCOU, CROCO, PAUL MASOIN, etc.

Il faut remarquer au reste que même les partisans les plus convaincus de la maladie de KORSAKOFF, comme SOUKHANOFF, reconnaissent que « les phénomènes polynévritiques y peuvent être si peu marqués ou si passagers qu'il est difficile de prouver cliniquement leur existence et cela précisément dans les cas où le tableau psychique existe d'une manière très marquée et très démonstrative ».

Ils reconnaissent aussi que la symptomatologie de la psychose polynévritique ressemble beaucoup à celle de la confusion mentale et même, nous l'avons vu, que la psychose polynévritique peut débiter par des symptômes de confusion mentale aiguë.

Il n'y a pas loin, de là, à admettre que la psychose de KORSAKOFF n'est pas autre chose qu'une confusion mentale et qu'elle ne saurait avoir pour cause une simple manifestation morbide, la polynévrite, qui peut même y faire défaut.

§ 6. — FIÈVRES ÉRUPTIVES (VARIOLE ET VACCINE, ROUGEOLE, SCARLATINE)

1^o Généralités. — Les *psychoses des fièvres éruptives* sont exactement celles des infections aiguës. Elles se divisent en effet, comme elles, en *psychoses de la période fébrile* ou hyperthermique comprenant les *délires du début* ou *préfébriles* et les *délires de la phase d'état*, et en *psychoses post-fébriles* comprenant à leur tour les *délires de la défervescence* et les *délires de la convalescence*. Comme elles aussi, elles se manifestent par de la *confusion mentale* soit *aiguë* (délire onirique hallucinatoire, stupéur, délire aigu), soit *asthénique* (pseudo-démence), soit enfin *paralytique* (syndrome paralytique).

La seule particularité à signaler, c'est que la psychose la plus fréquente dans les fièvres éruptives est celle qui coïncide avec le processus de l'*éruption*.

Presque toujours, il s'agit d'un *délire onirique hallucinatoire* plus ou moins *aigu* qui survient au moment où l'éruption va se faire, qui dure pendant qu'elle s'établit et pendant son acmé et qui cesse au moment de son déclin ou de son aboutissement à la suppuration. Il y a là un parallélisme des plus nets et des plus significatifs. On constate même un certain rapport entre l'intensité et la gravité du délire et la confluence, la difficulté de l'éruption. De même que les autres psychoses des infections aiguës, les psychoses des fièvres éruptives se terminent par la *guérison*, exception faite de quelques cas de mort survenant dans le délire aigu méningitique et de l'obtusion amnésique persistante qui succède parfois à l'atteinte de confusion mentale.

Ces brèves indications générales nous dispensent d'insister sur les psychoses de chacune des fièvres éruptives en particulier. Aussi ne dirons-nous qu'un seul mot sur chacune d'elles.

2° Variole. — Les psychoses varioliques de la *période fébrile* se manifestent très rarement à la *phase d'incubation*. En revanche, elles sont relativement fréquentes à la *phase d'éruption*. Elles consistent en un *délire onirique hallucinatoire* plus ou moins violent et plus ou moins agité suivant le cas, cessant d'habitude au moment de la suppuration des pustules.

Quant aux *psychoses post-fébriles*, celles de la *période terminale* ou de desquamation répondent en général à la forme *mélancolique anxieuse* avec idées délirantes tristes, inquiètes, hallucinations, accès d'agitation, tentatives de suicide, sitio-phobie et sont habituellement *curables* (LAGARDELLE, KRAEPELIN, QUINQUAUD, CHARDON).

Celles de la *convalescence* proprement dite revêtent d'ordinaire le type d'*obtusion mentale*, de *pseudo-démence* et dans certains cas même, l'aspect de la *paralysie générale*, ainsi que l'ont montré BAILLARGER, FOVILLE (1873), AUGUSTE VOISIN (1883), MABILLE (1883). Ce dernier auteur a relaté l'observation d'une démence paralytique survenue à la suite d'une variole et confirmée par l'autopsie.

WESTPHAL (1871) a également appelé l'attention sur l'existence à la suite de la variole d'un complexus symptomatique rappelant d'assez près celui de la *sclérose en plaques*, notamment avec altération scandée de la parole, modification de l'humeur, du caractère et affaiblissement de la mémoire.

3° Vaccin. — J'ai signalé et décrit (1903) un *délire vaccinal*. Ce délire est intéressant en ce sens que, comme il résulte d'une infection provoquée, il prend presque, par la précision des constatations, la valeur d'un délire expérimental.

Sur sept cas observés, en effet, le délire apparut trois fois le cinquième jour après l'inoculation, deux fois le sixième et deux fois le septième, c'est-à-dire au *moment de la période inflammatoire de l'éruption*. Chaque fois, il avait été précédé et s'accompagna d'une *céphalée* qui, chez certains malades, offrit un caractè-

ère très pénible. Il s'y joignait de la fièvre, de l'oligurie et même, exceptionnellement, de l'albuminurie.

Sauf un cas où il se prolongea pendant dix jours, le délire ne présenta dans tous les autres qu'une durée de *un à trois jours*, cessant exactement au moment où la pustule vaccinale entrait dans sa phase de suppuration. Il fut constamment suivi de *guérison*, avec une *amnésie* plus ou moins complète de l'accès.

Le délire fut essentiellement un *délire onirique hallucinatoire*, formé de rêves terrifiants, le plus souvent zoopsiques.

Dans les cas légers, il revenait seulement le soir ; dans les cas plus aigus il persistait dans la journée, avec paroxysmes nocturnes et agitation. Aucun des malades, qui étaient tous des enfants ou des adolescents, n'était alcoolique.

4° Rougeole. — Les *psychoses de la rougeole* ne sont pas très communes, si l'on s'en rapporte au petit nombre de travaux et de faits publiés, parmi lesquels nous n'avons guère à citer que ceux de FOVILLE, de TORVILLE, d'ALBERS, de H. WEBER, de KOVALEWSKY, de SÉGLAS et de FINKELSTEIN.

Il est probable cependant qu'elles sont, surtout à un degré léger, assez fréquentes.

Elles peuvent, comme toute psychose d'infection aiguë, débiter pendant la *période d'incubation*, et FINKELSTEIN a cité un cas de délire hallucinatoire terrifiant avec cris, agitation, survenu chez une fillette de quatorze ans sept jours avant l'apparition de l'exanthème et disparu le troisième jour de celui-ci.

Mais, le plus souvent, c'est durant la *convalescence* que se produit la psychose, soit au moment même de la chute de la température, de la défervescence, soit plus ou moins longtemps après, vers le douzième jour comme dans le cas de SÉGLAS, le vingt-unième jour comme dans un des cas de FINKELSTEIN. Il s'agit ici de *confusion mentale* avec obtusion profonde, torpeur, hébétude, accompagnée ou non de crises paroxystiques de délire bruyant, agité, impulsif, anxieux, terrifié ou obscène et parfois de signes de pseudo-méningite.

Cette psychose de la convalescence *dure* plus longtemps que les psychoses préfébrile et fébrile, habituellement transitoires,

ce qui est plus probable, qu'elles n'aient pas une grande fréquence.

On peut dire cependant, d'après les cas connus, que les troubles psychiques dans la diphtérie sont analogues à ceux de toutes les maladies infectieuses, particulièrement à ceux des fièvres éruptives. On y a même signalé, comme dans celles-ci, la possibilité de la *paralysie générale* (PHILIPPEAU, 1867).

Ce qu'il y a de particulier à la diphtérie, c'est que les psychoses, rares durant la *période aiguë* de l'infection, surviennent surtout durant la *convalescence*, si prolongée, si traînante et si sujette, comme on sait, aux complications. Il faut ajouter précisément que, parmi ces complications, la *polynévrite* joue un rôle important et qu'on peut voir, par suite, la psychose de la convalescence de la diphtérie se manifester de concert avec des accidents polynévritiques. J'en ai observé un cas typique avec association de rougeole.

§ 8. — ÉRYSIPELE

Les troubles psychiques sont relativement très fréquents dans l'*érysipèle*, surtout dans l'*érysipèle* de la face et du cuir chevelu (BAILLARGER, JACCOUD, ROGER, VIDAL, KROUPETZKY, JOANNY ROUX, CHANTEMESSE, BEIGBEDER.)

Ils peuvent survenir dès le *début*, durant le *stade pré-fébrile*, pendant la *poussée érythémateuse*, à la *phase de défervescence* ou dans la *convalescence*. D'après ROGER, ils se seraient montrés 31 fois sur 48 cas à la période d'état.

De même, au point vue symptomatique, ils se présentent sous une des formes quelconques de la *confusion mentale*. Aux *psychoses hyperthermiques* appartiennent de préférence, cependant, les formes tout à fait *aiguës*, voire le *délire aigu*; aux *psychoses de la défervescence*, la *confusion mentale commune* avec *délire onirique hallucinatoire* plus ou moins actif; enfin aux *psychoses de la convalescence* les *confusions mentales asthéniques*, stupides et parfois la *paralysie générale*, comme cela a été signalé par BAYLE et par BAILLARGER.

Le délire, très variable d'aspect, peut être constitué par

des idées plus ou moins fixes d'érotisme, d'hypocondrie, de persécution, de grandeur; le plus souvent c'est un délire professionnel avec hallucinations calmes, zoopsiques, terrifiantes, comme dans le cas de KROUPETZKY où il s'agissait d'un individu qui, se croyant entouré d'ennemis et affolé à l'idée qu'on voulait l'empoisonner, l'assassiner, refusait toute nourriture et cherchait à s'échapper par la fenêtre.

Le Dr JOANNY ROUX a publié en 1897 la très intéressante histoire d'un délire de quatre jours qu'il a eu lui-même durant un érysipèle grave. Or, bien placé pour apprécier ce qui s'est passé chez lui à ce moment, il montre comment, avec des manifestations extérieures d'agitation et d'apparente incohérence, il s'est agi en réalité d'un véritable *rêve* parfaitement coordonné, suivi et qui s'est déroulé logiquement dans toutes ses péripéties en s'assimilant les êtres et les choses de l'entourage: à ce point que, par l'analyse de son propre cas l'auteur arrive à cette conclusion, but de son travail, que « le délire fébrile peut, dans certains cas, être assimilé à un rêve se produisant à l'état de veille et se mélangeant à des doses diverses à la réalité extérieure ».

Cette conclusion est, on le voit, la formule même de ce que nous appelons le *délire onirique*.

§ 9. — CHOLÉRA

Les psychoses du *choléra*, signalées par RAYER (1832), MULLER, de RIGA (1849), DELASIAUVE (1849), WOILLET (1849), MESNET (1866), KRAEPELIN (1881-1882), BALL (1885), etc., présentent tous les caractères des psychoses infectieuses. Dans la période de *réaction*, il s'agit le plus souvent d'une *confusion mentale très aiguë*, *délire hallucinatoire* ou *délire aigu*; dans la *convalescence*, de *confusion mentale* avec *torpeur*, dépression, idées délirantes mélancoliques ou vaniteuses. DELASIAUVE a vu un malade qui présenta du *délire ambitieux* avec ataxie des mouvements à la suite d'une attaque de choléra et qui guérit au bout de deux mois.

Nous devons mentionner surtout la très complète observation de psychose post-cholérique publiée par SÉGLAS en 1893. C'est

un cas typique, comme le fait observer l'auteur lui-même, de confusion mentale à forme de stupidité hallucinatoire, suivie de guérison, aussi intéressant par lui-même que par les réflexions qui l'accompagnent.

§ 10. — RAGE

Les troubles psychiques liés à la rage, décrits par BRIERRE DE BOISMONT, ont été plus particulièrement étudiés, depuis, par PIERRET, BELOUS, CHARDON, VAN GEHUCHTEN et NELIS.

Au début, on a noté de l'insomnie, une céphalalgie particulière (sensation d'étau), des cauchemars, une excitation générale de l'organisme avec besoin de locomotion, des troubles de sécrétion, en particulier du crachotement.

Puis éclatent des phénomènes d'agitation avec hallucinations, illusions et *délire* rappelant le *délire alcoolique*. C'est un *état aigu d'agitation confusionnelle*, de *délire hallucinatoire*; le malade casse, brise tout, gesticule et pousse des cris en rapport avec ses illusions et ses hallucinations.

A cette période d'excitation générale de tout le système nerveux succède une période de dépression et de paralysie. Des phénomènes typhoïdes surviennent et la *mort* termine la scène.

PIERRET donne les paralysies multiples, notamment celles des mâchoires et du pharynx, comme caractéristiques du délire rabique pour lui nettement infectieux.

SECTION II

INFECTIONS CHRONIQUES

C'est une loi générale en pathologie que les mêmes causes produisent les mêmes effets. Déjà nous avons constaté et répété mainte et mainte fois que l'intoxication de l'organisme, quelles qu'en fussent la nature et la source, produisait par son action sur les centres nerveux des troubles psychiques similaires, ne différant que par quelques-uns de leurs caractères et leur degré d'intensité.

Nous avons vu notamment, dans les pages précédentes, que les psychoses des maladies infectieuses aiguës étaient calquées pour ainsi dire les unes sur les autres et qu'une description générale suffirait, à la rigueur, à les faire connaître toutes.

On pourrait presque en dire autant pour les psychoses des maladies infectieuses chroniques. Celles-ci aussi, en effet, se ressemblent beaucoup entre elles, autant du moins que permet de le constater leur histoire, qui est loin d'être écrite encore.

Il y a plus. Non seulement les psychoses des infections chroniques sont toutes identiques, mais elles se rapprochent singulièrement, et c'est là un fait plein d'intérêt, des psychoses des infections aiguës. La caractéristique essentielle de celles-ci est, on le sait, de se manifester soit dans la phase hyperthermique, sous l'une des formes de la confusion mentale aiguë, particulièrement sous celle de délire hallucinatoire, soit dans la phase de déclin ou de convalescence, sous l'une des formes de la confusion mentale asthénique, pseudo-démence, ou encore sous forme de paralysie générale plus ou moins nette.

Or, la caractéristique essentielle des psychoses des infections chroniques pourrait également se résumer en ceci : qu'elles se manifestent, soit sous forme de *confusion mentale aiguë*, de *délire hallucinatoire*, au cours des *épisodes aigus* de l'infection, soit par de la *confusion mentale asthénique*, obtuse, ou de la *paralysie générale*, aux *autres moments* de sa longue évolution.

De sorte que, entre les deux ordres de psychoses, il n'y a que la différence qui doit nécessairement séparer les mêmes manifestations, lorsqu'elles relèvent les unes d'un processus infectieux rapide et temporaire, les autres d'un processus infectieux lent et même définitif.

Ceci posé, nous résumerons brièvement ce qui a trait aux psychoses dues : 1° à la *sypphilis*; 2° à la *tuberculose*; 3° au *cancer*.

§ 1. — SYPHILIS

Nous sommes encore trop peu sortis de cette conception systématique et étroite que la cause fondamentale, constante, de tout trouble psychique est l'hérédité, la prédisposition vésanique, pour

qu'on admette sans restriction l'existence d'une *psychose syphilitique* vraiment due à la syphilis, agissant en tant qu'infection.

Pourtant, comme le dit JACQUIN dans son excellente thèse de Lyon sur les *syphilo-psychoses* (1899), à laquelle je renvoie pour l'historique détaillé de la question « si, pour quelques auteurs, la relation entre la psychose et l'infection est d'ordre moral seulement, pour les autres et surtout pour l'école moderne, le délire est le produit direct de l'action toxique sur le système nerveux central. »

La psychiatrie actuelle tend en effet à accepter l'idée si rationnelle de psychoses nées exclusivement de l'action de poisons sur l'économie et même à orienter les recherches dans cette voie.

Cette tendance se retrouve en ce qui concerne les psychoses syphilitiques, non seulement dans les travaux antérieurs à la thèse de JACQUIN, mais aussi et à un degré plus marqué, dans les travaux qui ont suivi, en particulier dans ceux de COLLOTTI (1899), de DAWSON (1901), de SCKAIKEWITSCH (1901), de POTOWSKY (1902), de GALIANA (1903), de MARCHAND (1903). Quelques-uns cependant, comme celui de KÉRAVAL (1903), tiennent encore et surtout pour la prédisposition et la dégénérescence.

Ainsi que nous l'avons fait pour tous les états morbides précédents, nous ne parlerons ici que des psychoses syphilitiques proprement dites, infectieuses, et non des obsessions, des idées fixes, du suicide, des accès de folie chez des névropathes ou des déséquilibrés, survenant à l'occasion de la syphilis ou même par suite de l'effet moral qu'elle peut produire. Le professeur ALF. FOURNIER a magistralement tracé les conséquences de cet effet moral dans son étude sur le *suicide dans la syphilis*.

Certains auteurs ont tenté de classer les psychoses de la syphilis au point de vue clinique : tel GALIANA qui admet, dans les rapports de cette infection avec les psychopathies, trois catégories de cas : 1° les cas dans lesquels la syphilis agit comme cause commune des perturbations psychiques ordinaires; 2° les *psychoses syphilitiques* proprement dites, dues à des lésions cérébrales spécifiques et divisées en *déméntielles, délirantes et motrices*; 3° la *paralysie générale* d'origine syphilitique.

La plupart des auteurs distinguent les psychoses de la syphilis suivant la période à laquelle elles appartiennent. W.-R. DAWSON établit à cet égard le schéma suivant :

I. *Psychoses de la syphilis précoce* (période primaire et secondaire) : 1° *Psychose toxique aiguë* (analogue au délire ou à la manie alcoolique); 2° *Mélancolie avec ou sans démence*, probablement due à l'anémie cérébrale.

II. *Psychoses de la syphilis tardive* (période tertiaire) : 1° *Psychose due à une lésion syphilitique de la base et des vaisseaux*; 2° *Psychose due à une lésion de la convexité*.

III. *Psychoses métasyphilitiques* (parasyphilitiques) : 1° *Psychose du tabes*; 2° *Paralysie générale des aliénés*.

Nous croyons qu'il y a avantage à conserver une division de ce genre. Nous ne dirons rien toutefois des *psychoses para-syphilitiques*, qui trouveront leur place à l'histoire de la paralysie générale et du tabes, ni des *psychoses de la période primaire* qui sont très rares et qui, suivant la remarque de GOLDSMITH et de SAVAGE, sont dues plutôt à l'influence morale qu'à l'action spécifique de l'infection.

Nous parlerons uniquement des *psychoses de la période secondaire* et de celles de la *période tertiaire*, que nous ferons suivre de quelques mots sur les *psychoses hérédo-syphilitiques*.

1° Psychoses de la période secondaire. — Les psychoses de la période secondaire sont les vraies psychoses toxi-infectieuses de la syphilis, en ce sens qu'elles sont dues directement à l'action du poison spécifique et non aux lésions cérébrales provoquées par la syphilis. Ce sont aussi les plus intéressantes et les moins connues, comme le fait ressortir JACQUIN qui a tout spécialement consacré sa thèse à leur étude.

Il est difficile de savoir si les psychoses de la syphilis secondaire sont fréquentes, et dans quelle mesure, l'attention n'ayant pas été encore suffisamment attirée sur elles. Les divers cas relevés par les auteurs et ceux qui, d'abord méconnus, ont été par la suite rapportés à leur véritable origine, montrent qu'elles doivent être moins rares qu'on ne l'a cru jusqu'ici.

Elles surviennent d'ordinaire en même temps que la période

secondaire, c'est-à-dire vers le quarantième jour de l'accident primitif, précédant rarement, suivant quelquefois la phase éruptive. Ou bien elles apparaissent à un moment quelconque de la période secondaire, mais presque invariablement au moment d'une poussée quelconque d'accidents, que cette poussée soit ou non accompagnée de fièvre.

Quelques-uns des sujets ainsi atteints étaient déjà antérieurement des cérébraux, des alcooliques, des surmenés. Beaucoup, par contre, n'avaient aucun antécédent morbide.

Les troubles psychiques débutent plus ou moins brusquement, comme cela est à peu près la règle pour les délires toxiques. A la façon de ceux-ci également, ils s'annoncent par la *céphalée*, sur laquelle insiste JACQUIN, par de l'insomnie, des troubles gastro-intestinaux, de la coprostase, de la diminution du taux urinaire avec traces fréquentes d'albumine et même élévation légère de la température.

Une fois constituées, les psychoses syphilitiques se traduisent essentiellement par une *torpeur* constante allant parfois jusqu'à la *stupeur*, à la somnolence, au gâtisme, par de l'*obtusion mentale*, de l'hébétéude, de la désorientation, par de l'*anxiété mélancolique*, du *délire onirique hallucinatoire* fait le plus souvent d'idées et de sensations absurdes et incohérentes de persécution, d'empoisonnement, de violence, de viol, par de l'*amnésie*, soit actuelle, soit rétro-antérograde, soit même progressive.

Ces symptômes, nettement relevés par JACQUIN dans des observations d'auteurs antérieurs et dans les siennes propres, sont trait pour trait, comme on le voit et comme il le fait observer, ceux des psychoses d'auto-intoxication et d'infection, c'est-à-dire ceux de la *Confusion mentale*, dont ils revêtent les diverses formes suivant leur association. ANGIOLELLA et GALDI (1904) disent aussi que les troubles psychiques de la syphilis ont tous les caractères des psychoses d'intoxication.

Les types le plus fréquemment rencontrés sont : 1° la *Confusion mentale stupide*, pseudo-déméntielle ; 2° la *Confusion mentale hallucinatoire* avec *délire onirique* et agitation ; 3° la *Confusion mentale* avec *anxiété mélancolique* ; 4° le *Délire aigu*.

Quelle que soit la forme, et ce paraît être là un des effets les

plus particuliers du poison syphilitique, l'obtusion, l'hébétéude et la torpeur souvent somnolente font rarement défaut.

Inutile de redire ici encore que les psychoses de la syphilis secondaire, principalement la Confusion mentale avec délire onirique hallucinatoire, ressemblent beaucoup à la psychose alcoolique et demandent à en être distinguées. KIERNAN, en 1880, avait déjà signalé le fait.

Les troubles psychiques de la syphilis secondaire coïncident, comme nous l'avons déjà dit, avec des manifestations spécifiques de cette période, notamment avec les plaques muqueuses, la roséole et les éruptions pustuleuses, les papules cuivrées, l'adéno-pathie inguinale, sous-maxillaire, cervicale, la desquamation de la peau, la céphalalgie, les douleurs musculaires, etc., etc., qui permettent d'établir le véritable diagnostic.

Ce *diagnostic* se confirme d'ailleurs par l'influence incontestable du *traitement spécifique*. Tous les auteurs qui ont rapporté des cas de ce genre ont en effet insisté sur ce point important que les psychoses dont nous parlons étaient toujours améliorées et très souvent guéries, dans un temps même assez court, par le traitement spécifique. Parfois la psychose s'amendait dès le début de la médication et, si on suspendait celle-ci, revenait visiblement en arrière.

Les psychoses le plus rapidement et le plus complètement curables sont les *formes aiguës, délirantes, hallucinatoires* de la *Confusion mentale*; celles qui sont surtout *atténuées*, mais avec *reliquat démentiel* possible, sont les *formes stupides* ou *anxieuses* de la *Confusion*.

Il nous paraît ressortir nettement de là que les psychoses de la syphilis secondaire sont vraiment dues à l'infection syphilitique. Quant au *mécanisme pathogénique*, il est difficile de le préciser tant que la nature de la syphilis ne sera pas exactement connue. L'hypothèse la plus probable est qu'il s'agit là, de même que dans la plupart des infections à la phase aiguë et ainsi que l'admettent nombre d'auteurs, en particulier ROBERTSON (1900), de l'action directe du poison sur des cellules nerveuses corticales spécialement vulnérables. Mais, comme dit JACQUIN, « qu'il s'agisse là de microbes, qu'il s'agisse de toxines, le résultat est

le même; il n'y a pas unitoxie, mais *polytoxie*. A côté du poison spécifique, il faut tenir compte d'auto-intoxications sur le rôle desquelles le professeur PIERRET a particulièrement insisté: le rein, le foie, l'intestin, la peau fonctionnent mal chez les infectés comme le sont les syphilitiques; ils font d'abord de la mauvaise chimie élémentaire, puis sont soumis à des intoxications secondaires qui aboutissent à des modifications humorales. »

2° Psychoses de la période tertiaire. — Les psychoses de la période tertiaire ont attiré l'attention depuis plus longtemps que les précédentes et elles ont déjà été étudiées par nombre d'auteurs, notamment par A. FOURNIER, qui les a décrites sous le nom de *forme mentale* de la syphilis cérébrale.

Elles diffèrent des psychoses de la période secondaire en ce qu'elles surviennent plus ou moins longtemps après l'infection, quelquefois très tardivement; qu'elles ne correspondent à aucune poussée extérieure, exanthématique, fébrile de syphilis, mais bien à un de ses processus anatomo-pathologiques sur le cerveau, tels que méningo-encéphalite, artérite et endartérite oblitérante, néoplasmes, etc.; qu'elles s'accompagnent ordinairement de troubles moteurs ou convulsifs (crises épileptiformes, crampes, contractures, névrites périphériques, ictus parétiques localisés, paralysies oculaires, embarras de la parole, etc.); que, tout en ayant pour type clinique fondamental la *Confusion mentale*, elles se manifestent rarement sous l'une de ses formes aiguës (délire hallucinatoire agité et violent, délire aigu), mais presque toujours au contraire sous l'une de ses formes *subaiguës, dépressives* ou *pseudo-démentielles*.

La forme *pseudo-démentielle* est de beaucoup la plus commune. Elle consiste en une obtusion, une torpeur très marquées des facultés, avec hébétude, amnésie profonde des idées, des souvenirs, des sentiments, incohérence et désorientation, stupidité, gâtisme. Les malades semblent du jour au lendemain avoir été plongés dans une démence irrémédiable. Il y a là, suivant l'expression d'ANGIOLELLA et GALDI, des formes de passage entre les psychoses et la paralysie générale, ou encore des états de

transition entre les myélites syphilitiques, le tabes et la paralysie générale (GUILLAIN et THAON, 1905).

Ces symptômes caractéristiques se retrouvent du reste à un degré plus ou moins marqué dans les formes s'accompagnant de *délire*, notamment dans les variétés *dépressive* et *expansive* de FOURNIER. La *variété dépressive*, faite de dépression générale ou d'anxiété, de délire à prédominance d'idées d'hypochondrie, de persécution ou d'empoisonnement, d'hallucinations confuses du goût, de l'odorat, de l'ouïe, de refus d'aliments, de tendance au suicide, repose en effet sur un fond d'hébétude et de démence très marqué; et quant à la *variété expansive*, constituée à son tour par de l'excitation cérébrale avec suractivité psychique, optimisme, délire vaniteux, elle reçoit aussi son empreinte de l'obtusion mentale, qui donne aux conceptions un cachet d'enfantillage et d'absurdité très net.

Il va sans dire que l'*évolution* de ces psychoses est subordonnée à celle de la lésion cérébrale spécifique à laquelle elles se rattachent, c'est-à-dire qu'elles s'améliorent avec elle, s'exacerbent avec ses recrudescences, prennent enfin une allure tout à fait aiguë lorsque le processus anatomique est lui-même aigu.

Dans la grande majorité des cas, les psychoses tardives de la syphilis *guérissent*, mais, plus souvent encore que les psychoses précoces, elles laissent après elles un *déficit*, une *déchéance psychique* plus ou moins marquée, avec ou sans coexistence de troubles moteurs.

Le *diagnostic*, d'autant plus délicat qu'il n'existe généralement pas ici de manifestations extérieures de syphilis, se tire surtout des antécédents, de la forme même des troubles psychiques, enfin de l'efficacité du traitement spécial qui produit toujours des résultats favorables, souvent même complets.

POTOWSKY (1902), qui a récemment consacré une intéressante étude au diagnostic des psychoses syphilitiques précoces et tardives, le base sur l'ensemble des particularités suivantes, qui résume en effet leurs principaux caractères: 1° obnubilation de la conscience, sous forme de torpeur, de somnolence pathologique; 2° affaiblissement des capacités intellectuelles se traduisant par la lenteur particulière des opérations cérébrales, l'am-

nésie pour les faits courants ou récents, l'affaiblissement très intense du sens moral; 3° évolution de la maladie, se signalant par l'inconstance des symptômes dans la période primordiale et par la succession subite des exacerbations et des rémissions; 4° existence des troubles nerveux spéciaux aux lésions syphilitiques (céphalalgie, analgésies cutanées, états épileptiques, équivalents); 5° lésions syphilitiques cutanées; 6° influence favorable du traitement spécifique.

3° Psychoses hérédo-syphilitiques. — Si nous consacrons un paragraphe spécial aux psychoses hérédo-syphilitiques, c'est bien moins pour les décrire que pour les signaler comme un sujet d'observation et d'étude à suivre de près.

Depuis, en effet, que l'attention est attirée sur ce point, on a reconnu que certaines maladies organiques du système nerveux, particulièrement chez l'enfant et l'adolescent, étaient le résultat très probable de la syphilis héréditaire.

On sait aussi que la *paralyse générale juvénile*, ainsi que je me suis surtout efforcé de le démontrer et ainsi que cela paraît être admis aujourd'hui, est due à la syphilis héréditaire.

Mais, à côté de ces maladies organiques du système nerveux central, l'hérédo-syphilis a certainement droit aussi à revendiquer sa part dans certains états psychopathiques proprement dits, tels que les *neurasthénies constitutionnelles obsédantes et impulsives*, les *dégénérescences mentales*, voire les *psychoses de l'adolescence et du développement*, telles que la *démence précoce*, surtout *hébéphrénique*. Comme le dit fort bien KÉRAVAL, « bon nombre de monstruosité mentales : débilité mentale, imbecillité, idiotie et pas mal de perturbations intellectuelles du jeune enfant et de l'adolescent, sont imputables à la syphilis des générateurs. On y note concurremment des troubles pupillaires, l'atrophie du nerf optique. Il n'est pas rare que le cachet de la syphilis s'accuse par des accidents cutanés, osseux, par des gommés. Tout récemment nous avons perdu un enfant de quatorze ans, interné au quartier des idiots, de gommés oculaires et cérébrales à marche suraiguë. A tout instant, quelque malheureux de ce genre ou quelque dément précoce même, présente

des manifestations de la vérole, alors que jusque-là rien de semblable n'avait été remarqué. »

Pour l'instant, nous ne pouvons que nous en tenir là et signaler simplement ces faits. Mais il est clair qu'il faudra compter dans l'avenir avec la syphilis héréditaire comme facteur de psychopathies.

§ 2. — TUBERCULOSE

Les *troubles psychiques de la tuberculose* ont été signalés depuis longtemps, notamment par ESQUIROL, GEORGET, BURROWS et ELLIS, FRIEDREICH, SCHREDER VAN DER KOLK, SKAE, CLOUSTON, BIAUTE, BALL, PETER, L. LEUDET, etc.

Ces auteurs avaient notamment insisté : 1° sur la fréquence de la tuberculose chez les aliénés; 2° sur l'état mental de beaucoup de tuberculeux, caractérisé par l'hypocondrie, mais surtout par de l'euphorie, de l'excitation génitale, de la dipsomanie; 3° sur les folies de la tuberculose, susceptibles de revêtir la forme de mélancolie avec idées de persécution, de mélancolie aiguë, de manie, de démence, de paralyse générale avec idées hypocondriaques (CLOUSTON) et, au point de vue de l'évolution, tantôt marchant parallèlement avec les lésions pulmonaires, tantôt alternant avec elles, tantôt enfin, les remplaçant; 4° sur le délire de la période terminale de la maladie, considéré comme toxique.

Dans ces dernières années, les rapports de la tuberculose avec les maladies mentales ont été repris de façon très active et on s'est efforcé à la fois de combattre la tuberculose dans les asiles d'aliénés par la création de pavillons spéciaux d'isolement, et de préciser l'influence étiologique et pathogénique de la tuberculose sur les psychoses et sur la paralyse générale. Parmi les travaux les plus récents et les plus importants à ce sujet, je signalerai ceux de LA BONNARDIÈRE (1898), CHARTIER (1899), S. BERNHEIM (1900), TH. DRAPER (1901), BÉRAUD (1902), BIENVENU (1903), S. SAXE (1903), ANGLADE et CHOCREAUX (1903), L. BOUR (1903), A. MORSELLI (1903), ANGLADE (1904).

Le plus important de ces travaux est sans contredit celui de

A. MORSELLI, qui embrasse la question dans son ensemble et l'étudie dans chacune de ses parties principales.

Nous envisagerons successivement ici : 1° les *troubles psychiques élémentaires*, c'est-à-dire l'état mental du tuberculeux, sa psychologie (BÉRAUD), son psychisme (A. MORSELLI); 2° les *psychoses de la tuberculose*.

1° Troubles psychiques élémentaires. — Les troubles psychiques élémentaires constituant par leur ensemble la mentalité du tuberculeux sont connus depuis longtemps, et ils se résument dans ces quelques lignes empruntées à la précédente édition de cet ouvrage : « Chez beaucoup de tuberculeux, l'intelligence et le caractère s'affectent plus ou moins. On voit survenir une tendance anormale à l'hypocondrie, à la tristesse ou au contraire à la satisfaction, à l'optimisme, au bien-être, à l'euphorie, comme on l'a dit. Les malades deviennent irritables, mobiles à l'excès; souvent aussi ils font preuve d'une *excitation génésique* remarquable. Enfin, ils peuvent se laisser aller à des actes morbides et à de véritables tendances impulsives, par exemple à la dipsomanie. »

Les travaux récents ont confirmé et précisé sur certains points cette mentalité. A. MORSELLI, par exemple, remarque que d'une manière générale, l'affectivité est augmentée chez le tuberculeux qui est émotif, bizarre, volubile, capricieux, souvent égoïste, parfois d'un altruisme excessif; que le sens des besoins organiques, souvent altéré, produit du dégoût pour les aliments ou de la voracité outrée; que la volonté est toujours diminuée, ce qui se traduit par des décisions à l'improviste et injustifiées; que l'intelligence est au contraire en état d'hyperexcitabilité (mémoire excellente, sens critique très avisé, etc.), au point, d'après LOMBROSO, de pouvoir atteindre jusqu'au génie, au moins à la période du début. S. SAXE considère que les troubles psychiques essentiels chez le tuberculeux consistent en diminution plus ou moins accentuée de la conscience, exaspération de l'égoïsme brutal, exagération de la suggestibilité, de l'émotivité et de l'irritabilité et que ces troubles sont le résultat de l'altération du système nerveux central par les produits toxiques micro-

biens. BÉRAUD, de son côté, dans sa thèse spécialement consacrée à la psychologie du tuberculeux (1901), insiste sur la succession chez lui de phénomènes d'asthénie et d'hyperexcitabilité et sur son *optimisme* : au début optimisme du diagnostic (le malade ne croit pas être tuberculeux), à la fin optimisme du pronostic (le tuberculeux ne croit pas être malade). LETULLE (1900) a également mis en relief cet « illusionisme délirant » des tuberculeux qui fait que certains voient leur espoir augmenter au fur et à mesure que leurs forces déclinent, et enfin E. DUPRÉ (1904), à propos d'un cas récent accompagné d'autopsie, montre que cette *euphorie délirante des phthisiques*, comparable à celle des cancéreux morphinisés, est le résultat d'une intoxication qui a ses facteurs dans les poisons bacillaires, l'insuffisance hépato-rénale et l'anoxémie aiguë, et son substratum anatomique dans les lésions destructives des cellules du lobe frontal.

L'obsession et la phobie s'observent aussi chez les tuberculeux (PITRES et RÉGIS).

Il nous faut signaler enfin ici les publications récentes dont l'*excitation génitale* du tuberculeux a été l'objet, à la suite d'un ouvrage littéraire sur la vie dans les sanatoriums spéciaux. CABANÈS notamment a provoqué sur ce point une enquête médicale intéressante mais peu concluante, et la question a été reprise il y a quelques mois, dans sa thèse sur « l'Excitation génitale chez les tuberculeux » (1904), par LANDRET, qui la résout d'une façon nettement affirmative.

Cette excitation génitale du tuberculeux que nous avons déjà observée et mentionnée en termes formels, comme on l'a vu plus haut, dans notre édition précédente et que BÉRAUD a si bien caractérisée dans sa thèse est, en somme, bien réelle, et elle se retrouve, quand il est possible de l'observer, dans un certain nombre de cas, surtout au début, comme l'indique SAXE. J'y vois volontiers pour ma part un symptôme d'irritation cérébrale qui, lorsqu'il s'associe à l'excitation intellectuelle et physique, à l'optimisme euphorique, à la toxicomanie alcoolique ou morphinique, contribue à constituer un état de *dynamie fonctionnelle* comparable à celui qu'on observe au début de la paralysie générale.

Faisons ici une remarque d'une portée plus étendue. L'excita-

tion génitale relevée dans la tuberculose et qui ressemble dans une certaine mesure à celle de la paralysie générale est susceptible de s'observer aussi dans tous les autres processus toxiques et infectieux de l'organisme, chroniques ou aigus. Non seulement, en effet, le délire des infections aiguës prend fréquemment un caractère érotique, mais on voit encore des malades, en pleine hyperthermie typhique, grippale ou exanthématique, présenter des érections perpétuelles et une tendance irrésistible à la masturbation. L'excitation génitale n'est donc pas un symptôme spécial à la tuberculose; ce paraît être un phénomène commun, à divers degrés, à toutes les intoxications et infections et c'est dans cet ordre d'idées plus large qu'il conviendrait, par suite, de l'étudier.

2° Psychoses. — Les auteurs récents qui ont relevé les formes de psychoses observées par eux dans la tuberculose ont constaté, pour la plupart, qu'elles étaient très variables, et cela se comprend d'autant plus aisément que certains d'entre eux n'ont pas fait la distinction entre les psychoses des tuberculeux et les psychoses chez les tuberculeux.

En réalité, et de l'ensemble même de leurs travaux, il résulte quelques notions déjà assez claires et qu'il nous paraît possible de résumer ici.

Et d'abord disons que la tuberculose ne fait pas exception à cette règle générale de nosologie psychiatrique qui veut que toute infection ou toute intoxication se traduise cliniquement par de la *confusion mentale*.

Toutefois ici, et c'est l'une des causes qui ne permettent pas toujours de reconnaître la psychose tuberculeuse, les troubles mentaux n'apparaissent pas à des phases, à des moments bien précis de l'infection. Sauf ceux qui accompagnent les poussées tuberculeuses aiguës du côté du cerveau, du péritoine ou du poumon, ou des accidents polynévritiques, les autres surviennent sans que rien trahisse l'action du poison, et il n'est pas rare, comme on l'a déjà remarqué, de voir ces troubles mentaux se manifester de préférence dans les tuberculoses pulmonaires latentes ou en rémission.

Quoi qu'il en soit, on peut observer dans la tuberculose toutes les formes de confusion mentale.

La forme la plus fréquente est celle où domine la *torpeur* avec *état mélancolique anxieux* ou *stupide*, *hallucinations multiples*, *faux délire systématisé de persécution*. BIENVENU a tout récemment encore cité des cas probants de ce genre, sans altérations bacillaires du cerveau ou des méninges à l'autopsie.

Une autre forme également fréquente est la *confusion mentale* avec *délire hallucinatoire* soit terrifiant, soit coordonné, comme une sorte de *délire systématisé* ou de *paranoïa aiguë* avec prédominance d'*idées de persécution*.

Citons encore la *confusion mentale suraiguë* du *méningisme tuberculeux*, qui se confond avec le *délire aigu infectieux* et la *confusion mentale de la polynévrite tuberculeuse*, observée par COLELLA et où dominant comme toujours l'excitation, l'irritabilité, le délire et les hallucinations nocturnes, l'amnésie.

Je crois devoir rappeler tout particulièrement ici la fréquence de la *démence précoce* chez les tuberculeux et par suite la tendance de la confusion mentale des tuberculeux, quelle qu'en soit la forme, à prendre les allures de la *démence précoce*, surtout de la *démence précoce catatonique*. C'est un fait qu'il importe de bien connaître et qui montre la nécessité d'examiner avec soin, chez les malades atteints de confusion mentale aiguë avec symptômes catatoniques, l'état des organes respiratoires. ROUBINOVITCH et PHULPIN viennent encore d'insister avec raison sur cette particularité.

Je rappelle également la tendance indiquée par quelques auteurs, notamment par LA BONNARDIÈRE et par A. MORSELLI, de certaines psychoses tuberculeuses à s'accompagner d'*accidents hystériques* et même de revêtir le type de *psychose hystérique*, caractère qui les rapproche encore de la *démence précoce*, dans laquelle on observe communément des accidents hystériques ou pseudo-hystériques.

Le *délire de la période ultime de la tuberculose* ou délire terminal est fréquent et connu depuis longtemps. C'est au premier chef un délire toxique, dû sans doute au défaut d'hématose et à la saturation du sang par l'acide carbonique et analogue, par suite,