

dans sa mentalité et on peut dire à ce point de vue que son retour à l'intégrité absolue est exceptionnel.

Les altérations psychiques qu'il subit se résument essentiellement en une *diminution* partielle et plus ou moins profonde de l'*intelligence*, avec *amnésie* variable de forme et d'intensité, *conservation relative de la conscience*, *affaiblissement* ou *perversion* de la *moralité* et de la *volonté*, *irritabilité*, *sensiblerie*, *troubles du caractère* (DUPRÉ).

Ces altérations psychiques affectent tous les degrés de gravité, suivant l'importance, le siège et l'étendue de la lésion, et suivant aussi les dispositions antérieures des individus.

Chez un certain nombre même, à ces symptômes fondamentaux de *déchéance cérébrale* viennent se joindre d'autres troubles psychiques qu'il est nécessaire de signaler.

C'est d'abord un état de *dépression* ou plus souvent encore *d'excitation*, se traduisant par une véritable *agitation automatique*, tracassière, bruyante, désordonnée, malpropre, violente même parfois, presque invariablement plus marquée la nuit que le jour, ou même exclusivement *nocturne*.

Ce sont ensuite des *délires*. Les délires, chez les apoplectiques, peuvent être de deux sortes. Les uns relèvent d'une cause autre que la lésion organique, par exemple de l'hérédité vésanique, de l'alcoolisme, etc. Il s'agit alors d'un état *maniaque*, *mélancolique*, d'un *délire de persécution*, de *jalousie*, etc., qui emprunte quelques caractères spéciaux au fond dementiel, mais qui peut évoluer de façon indépendante. Les autres sont des délires dus à la *lésion cérébrale* elle-même ou à ses conséquences, en particulier aux *auto-intoxications secondaires* qui se produisent. Dans ce cas, on a affaire soit à des *hallucinations simples*, visuelles, auditives (parfois unilatérales, SÉGLAS, JOFFROY, LWOFF, TOULOUSE, etc.), gustatives, cénesthésiques, à caractère pénible ou même terrifiant; soit à des *délires* absurdes, incohérents, enfantins, faits d'idées hypocondriaques, de négation, de vanité et de grandeur, de jalousie, d'érotisme avec obscénité et salacité, de mysticisme, etc.; soit enfin et surtout à du *délire onirique hallucinatoire*, parfois professionnel, à de la torpeur somnolente, à de l'indifférence, à de l'hébétude, à de la *confusion*

mentale sous toutes ses formes, aiguë même, dans certains cas.

Dans un récent travail sur les *Démences liées aux lésions circonscrites du cerveau* (1904), A. VIGOUROUX cherche à démontrer, par la clinique et l'anatomie pathologique, que seules les lésions diffuses surajoutées à ces lésions circonscrites doivent être regardées comme la cause de leurs troubles psychiques.

Il s'appuie pour cela sur ce fait que l'état mental des lésions circonscrites est le même que l'état mental produit par les lésions diffuses, que celui, par exemple, de la *paralyse générale*.

Et il ajoute qu'en dehors des paralysies localisées, chacun des signes physiques de la paralyse générale : inégalité pupillaire, tremblement de la langue, embarras de la parole, crises épileptiformes, peut s'observer dans les méningo-encéphalites dues à des lésions circonscrites.

Si la démence globale est plus souvent observée chez les paralysies généraux, c'est parce que chez eux l'évolution de la méningo-encéphalite est plus rapide.

Quant aux délires, lorsqu'ils existent, ils portent tous, dans les deux catégories de sujets, le cachet de la démence et sont plus ou moins absurdes et incohérents suivant le degré même de cette démence.

ANGLADE vient, plus récemment encore (1905), d'émettre une opinion analogue en montrant que le ramollissement n'est pas une nécrose pure et simple, et qu'il s'accompagne d'une encéphalite interstitielle parfois limitée au pourtour du foyer, parfois généralisée, ce qui explique les symptômes psychiques si fréquents dans les ramollissements, surtout corticaux.

ARTICLE V

PARALYSIE GÉNÉRALE

La paralyse générale est une affection d'origine toxi-infectieuse, ordinairement post-syphilitique, caractérisée anatomiquement par une méningo-encéphalite diffuse avec lésions accessoires diffuses de tout le système nerveux et cliniquement par des

symptômes progressifs de démence et de paralysie (démence paralytique), auxquels viennent fréquemment s'associer des symptômes accessoires divers, somatiques et psychiques.

La découverte de la paralysie générale, dont BAILLARGER a pu dire avec raison qu'elle était le plus grand progrès que l'on puisse signaler dans l'histoire des maladies mentales, remonte à peine à quatre-vingts ans, bien qu'on ait essayé de démontrer qu'elle était autrefois connue et qu'HASLAM et PERFECT, notamment, en avaient rapporté des exemples à la fin du XVIII^e siècle.

ESQUIROL commença le premier le mouvement en signalant, d'une manière générale, l'extrême gravité des cas dans lesquels la paralysie complique la démence et la signification fâcheuse qu'il faut attribuer à l'embarras de la parole comme élément de pronostic.

Mais c'est à ses élèves qu'était réservé l'honneur de mettre la maladie véritablement en lumière. GEORGET la décrit en 1820 sous le nom de *paralysie musculaire chronique*; DELAYE, en 1824, sous le nom de *paralysie générale incomplète*, qu'elle a conservé depuis; CALMEIL enfin, en 1826, sous celui de *paralysie considérée chez les aliénés*.

Tous regardent la maladie comme une forme spéciale de paralysie venant s'ajouter à la folie, c'est-à-dire comme la *complication d'une maladie mentale déjà existante*.

Mais déjà BAYLE, en 1822, dans sa thèse inaugurale, avait formulé une opinion nouvelle, et changé la face des choses. Pour lui, la paralysie générale n'est pas une simple complication de la folie, mais une véritable *entité morbide*. Il la désigne sous le nom d'*arachnitis* ou *méningite chronique*, en raison de sa lésion prédominante, fait du délire ambitieux son symptôme nécessaire, caractéristique, et lui assigne une marche constante divisée en trois périodes successives : l'une de *monomanie*, l'autre de *manie*, la troisième de *démence*. Comme CALMEIL, il insiste sur ses caractères anatomo-pathologiques, et considère comme pathognomoniques les adhérences existant entre les méninges et les circonvolutions. C'est donc avec BAYLE que la paralysie générale devient un état morbide spécial. Aussi, peut-on réellement l'appeler la « maladie de BAYLE ».

Les idées de BAYLE sont acceptées peu à peu, et PARCHAPPE, en 1838, va jusqu'à regarder la paralysie générale comme une folie spéciale qu'il désigne sous le nom de *Folie paralytique*.

REQUIN en 1846, fait une restriction à cette manière de voir, et, considérant que la paralysie générale, à laquelle il ajoute l'épithète de *progressive*, peut exister sans folie, il en admet deux formes : l'une avec troubles intellectuels, l'autre sans aucun trouble de ce genre. Cette distinction est confirmée et précisée par plusieurs auteurs, notamment par SANDRAS, LUNIER et BAILLARGER. Ce dernier fait même ressortir qu'au point de vue psychique, c'est la *démence* et non le *délire* qui constitue le symptôme essentiel de la maladie. Aussi propose-t-il de l'appeler *Démence paralytique* (1846).

A ce moment, les recherches se multiplient, et il paraît sur la matière une série de travaux importants parmi lesquels il faut citer surtout ceux de CH. LASÈGUE, J. FALRET, A. LINAS.

En 1858 a lieu, à la Société médico-psychologique, une longue discussion qui consacre, malgré les objections de certains opposants et notamment de BAILLARGER, les idées de BAYLE, c'est-à-dire le *principe de l'essentialité de la paralysie générale*.

L'idée d'entité morbide acceptée, on s'appliqua à poursuivre en ses diverses parties l'étude de la maladie.

Dans une première période, remplie surtout par les travaux de BAILLARGER, on s'attache à l'analyse clinique et on perfectionne sa description.

Dans une seconde, on reprend l'étude des lésions anatomiques et on s'efforce d'en préciser la nature, le siège et l'évolution (ROKITANSKY, MAGNAN, WESTPHAL, MIERZEJERWSKI, MENDEL, CRICHTON-BROWN, TUCZEK, ZACHER, BONNET et POINCARÉ, JOFFROY, RAYMOND, BINSWANGER, BALLE, KLIPPEL, ANGLADE, etc.).

Dans une troisième et dernière période enfin, parallèle à la précédente, on aborde sur des données nouvelles le problème de l'étiologie et de la pathogénie de la paralysie générale, dans laquelle on tend à voir de plus en plus une affection d'origine et de nature toxi-infectieuse (ESMARK, JESSEN, FOURNIER, RÉGIS, STRÜMPPELL, KRAFFT-EBING, KRAEPELIN, CHRISTIAN, RITTI,

JOFFROY, RAYMOND, VALLON, KLIPPEL, SÉRIEUX, BALLEL, E. DUPRÉ, etc., etc.).

Nous diviserons l'étude que nous allons faire de la paralysie générale en six paragraphes, savoir : 1° *description clinique*; 2° *évolution*; 3° *anatomie pathologique*; 4° *étiologie, nature et pathogénie*; 5° *diagnostic*; 6° *traitement*.

§ 1. — DESCRIPTION CLINIQUE

Dans une première partie de ce paragraphe, nous décrirons par périodes, les *symptômes cliniques* de la paralysie générale. Dans la seconde partie, nous indiquerons les *formes cliniques* de la maladie, c'est-à-dire celles résultant des divers modes d'association des symptômes.

A) SYMPTÔMES CLINIQUES

La paralysie générale, envisagée au point de vue clinique, peut être divisée en quatre périodes successives : 1° *période préparalytique*; 2° *période de début*; 3° *période d'état*; 4° *période de terminaison*. Nous devons énumérer, pour chacune de ces périodes, les symptômes qui la composent.

1° Période préparalytique. — A. INCUBATION. — Il n'est peut-être pas de maladie qui s'établisse avec plus de lenteur que la paralysie générale. A moins qu'elle n'ait débuté brusquement par un ictus congestif, son invasion est graduellement insensible et il est presque toujours impossible de lui assigner son véritable commencement qui se perd, pour ainsi dire, dans la nuit du passé. Quand on scrute attentivement la vie des paralytiques généraux et qu'on enquête sérieusement auprès de leurs familles, on en arrive à découvrir que des symptômes avant-coureurs, consistant en modifications de la santé physique et morale, ont marqué, durant plusieurs années parfois avant son apparition évidente, l'incubation de la maladie.

Il y a là une véritable période de préparation lente, que CHRISTIAN appelle *prédélirante* et que j'appelle moi-même *préparalytique*, par analogie avec la période pré-ataxique du tabes.

Il n'est pas d'usage encore, dans les traités classiques, de décrire cette période préparalytique. Pourtant elle existe bien, et il serait, on le comprend, d'un intérêt majeur de la dépister dans les cas possibles. C'est pourquoi nous essaierons de l'esquisser ici.

a. *Particularités physiques.* — L'*aspect général* des futurs paralytiques se modifie très souvent à l'avance. Leur physionomie change : ils ont le teint mat, les chairs flasques et pâles, les traits tirés et moins expressifs, les cheveux et les sourcils ordinairement secs et raréfiés, les yeux dépourvus d'éclat et d'humidité.

Du côté de la *motilité* et de la *sensibilité*, on peut rencontrer : des ictus épileptiques généraux, mais surtout partiels, à forme motrice ou sensitive, précédant parfois de plus d'une année les signes de la maladie (BALLEL, CHARCOT, MAGALHAES LEMOS), des spasmes, des mouvements automatiques, des tics (tic œsophagique, SÉGLAS; tic buccal, OBREGIA), des paralysies, presque toujours sous forme de *paralysies oculaires* (strabisme, diplopie, ptosis, inégalité et rigidité des pupilles), qui sont relativement très fréquentes dans les années qui précèdent la paralysie générale (CHRISTIAN, RÉGIS). On constate encore : des hyperesthésies ou des anesthésies des organes des sens (en particulier de l'*anosmie*, A. VOISIN), et de la surface cutanée (DE CROZANT), de l'*exagération des réflexes tendineux*, de la diminution du réflexe crémasterien et de l'insensibilité testiculaire. Il n'est pas rare non plus d'observer de la céphalalgie, des névralgies, des topalgies, de la *migraine ophtalmique* (CHARCOT), des douleurs névritiques, des crises gastriques et vésicales analogues à celles du tabes, des symptômes névropathiques variés et jusqu'à des attaques d'hystérie. Le sommeil est souvent mauvais, pénible, coupé de rêves et de cauchemars, de crampes, de soubresauts, parfois de convulsions, de sueurs abondantes, générales ou locales, et s'accompagne dans beaucoup de cas, dès ce moment, d'une respiration difficile, saccadée, avec des pauses, des temps d'arrêt, suivis de secousses brusques et d'expirations plaintives.

Du côté des *fonctions organiques*, vaso-motrices et trophiques, je signale comme s'observant plus ou moins fréquemment : les