

dans la paralysie générale. Ils n'y ont pas du reste été étudiés systématiquement.

Les réflexes cutanés sont eux aussi variables, et MARANDON DE MONTYEL n'a pas trouvé de rapport fixe, aux différentes périodes de la maladie, entre eux et les réflexes tendineux. Ils seraient cependant plus souvent diminués ou abolis.

Le réflexe des orteils de BABINSKI paraît rare en dehors des cas avec lésions pyramidales (E. DUPRÉ) ; il a été surtout observé par ARDIN-DELTEIL et ROUVIÈRE et par CHARUEL, dans la paralysie générale associée à diverses lésions organiques ou à de la sclérose latérale ou combinée.

Le signe de KERNIG, associé au clonus du pied et au signe de BABINSKI, serait fréquent, d'après DARCANNE (1905), surtout dans les dernières périodes.

Pour CROCO, l'altération anatomique des neurones corticaux au début de la paralysie générale donne lieu d'une part à l'affaiblissement des réflexes cutanés, par lésion de leurs centres corticaux, d'autre part à l'exagération des réflexes tendineux, par la diminution de l'inhibition corticale. Plus tard, les altérations anatomiques se généralisant de plus en plus, les réflexes tendineux et cutanés s'affaiblissent progressivement.

d. *Troubles de la sensibilité générale et spéciale.* — Il y a souvent, dans la paralysie générale, diminution de la sensibilité cutanée à tous ses modes : *contact, piqure, température*, etc. Mais ce symptôme, d'ailleurs peu stable et inégal suivant les régions, est difficile à contrôler chez les malades, en raison de leur état mental.

L'*algésie du cubital à la pression* (signe du cubital ou de BIERNAKI), fréquent dans les tabes, existe en proportion variable (BRIAND et ISCOVESCO, ARNALDI et PERUGIA, KÉRAVAL et LAURENT) dans la paralysie générale.

On peut encore y rencontrer des troubles de la *sensibilité subjective*, tels que céphalées, névralgies, prurit et trichotillomanie (FÉRÉ), fourmillements, engourdissements, algies profondes avec hypoesthésie superficielle (E. DUPRÉ).

Du côté des *sensibilités spéciales*, nous n'avons pas de particularités importantes et bien établies à noter, sauf en ce qui con-

cerne la sensibilité *olfactive* et *gustative*. Déjà A. VOISIN (1879) avait signalé l'*anosmie*, unilatérale ou bilatérale, comme un signe précoce et fréquent de paralysie générale. Son existence a été confirmée dans ces derniers temps par DE MARTINES (1900), TOULOUSE et VASCHIDE (1900, 1902) qui l'ont constatée aux diverses époques de la maladie, en même temps qu'une diminution du goût. FÉRÉ a cité un cas de paralysie générale avec zona facial, hallucination du goût, et hallucination unilatérale de l'ouïe.

e. *Troubles vaso-moteurs et trophiques.* — Les troubles vaso-moteurs tels que bouffées congestives, bourdonnements d'oreille (EITELBERG), pâleurs, refroidissement, asphyxies locales, etc., sont certainement assez communs dans la paralysie générale, mais ils n'y ont pas été l'objet d'une observation complète.

L'*hématome de l'oreille* ou *othématome* est la seule manifestation de ce genre qui ait donné lieu à une étude spéciale. Il consiste, comme on sait, en une tumeur ou bosse sanguine du volume d'une noisette à celui d'un œuf de pigeon, survenant plus ou moins brusquement et occupant tout le pavillon de l'oreille à l'exception du lobule. Au début, cette tumeur communique au toucher la sensation de crépitation. Incisée, elle donne issue à du sang mêlé à de la sérosité. Elle guérit d'habitude au bout de quelques semaines, mais laisse après elle une déformation le plus souvent indélébile et caractéristique, sous forme de bosselures plissées et dures. L'épanchement siège pour les uns (FOVILLE) dans le péri-chondre, pour les autres (MABILLE) entre le cartilage et la peau, pour certains enfin (VALLON) dans l'épaisseur du péri-chondre.

L'othématome serait, d'après un assez grand nombre d'auteurs, le résultat d'un traumatisme et surtout de coups, et ils font valoir à l'appui de leur opinion ce fait qu'il est plus fréquent à gauche et chez les hommes (DARCANNE).

D'après d'autres auteurs, non moins nombreux, il est spontané et résulte d'un trouble de l'innervation vaso-motrice. En réalité, il paraît dû à un trouble primitif de circulation périphérique, à la faveur duquel le moindre choc ou frottement suffirait à le provoquer. Son origine microbienne ne paraît pas exacte (DARCANNE, 1905).

Rappelons que l'othématome n'est pas spécial à la paralysie générale, puisqu'on le retrouve dans l'épilepsie, la manie, l'idiotie, les cérébropathies congestives, ainsi que chez les lutteurs, les clowns, etc., et qu'il peut siéger à droite ou des deux côtés, soit simultanément, soit successivement. La plus grande fréquence à gauche n'implique pas d'ailleurs qu'il résulte d'une violence telle qu'un soufflet, car nombre de symptômes par troubles circulatoires de la tête, à commencer par la sclérose otique, par exemple, prédominent de ce côté.

Quant aux *troubles trophiques*, dont HÉRISSEY a fait récemment une bonne étude d'ensemble (1903), ce sont, avec moins de fréquence, ceux qu'on a relevés et décrits dans le tabes : zona, purpura, pemphigus (DÉJÉRINE, 1876; COLOLIAN, 1898; LALANNE, 1898), vitiligo, ichthyose, dystrophie et chute spontanée des ongles (RÉGIS, TRÈVES), sillons unguéaux (PIERRET), dystrophies et chute des dents (GUÉRARD, 1903), et des cheveux; lipomes symétriques, hernies intestinales et musculaires (RÉGIS), mal perforant (CHRISTIAN), escarre du sacrum, du grand trochanter, du talon, etc.; *arthropathies*, périostose sternale douloureuse (RÉGIS); mais surtout *fractures osseuses spontanées* ou tout au moins semi-spontanées, se produisant dans certains cas tout à fait au début, comme dans le tabes, et se consolidant avec une extrême facilité, sans cal vicieux (CHRISTIAN et RITTI, BIAUTE, RÉGIS, LALANNE, QUÉNEUDEG, etc.)

f. *Etat des grands appareils*. — Les grands appareils sont souvent atteints dans la paralysie générale, mais leurs altérations ne sont pas d'habitude suffisamment recherchées. Elles ont été dans ces dernières années plus nettement précisées par KLIPPEL et par DURANTE. Nous nous bornerons à énumérer les principales.

*Appareil digestif*. — Exagération habituelle de l'appétit; voracité, glotonnerie, troubles de la déglutition, asphyxie possible par le bol alimentaire dans les dernières périodes. Exagération des fonctions digestives dans les formes expansives et excitées, diminution de ces fonctions, état saburral, auto-intoxications gastro-intestinales secondaires dans les formes dépressives, entérite muco-membraneuse (F. BERNARD, 1905).

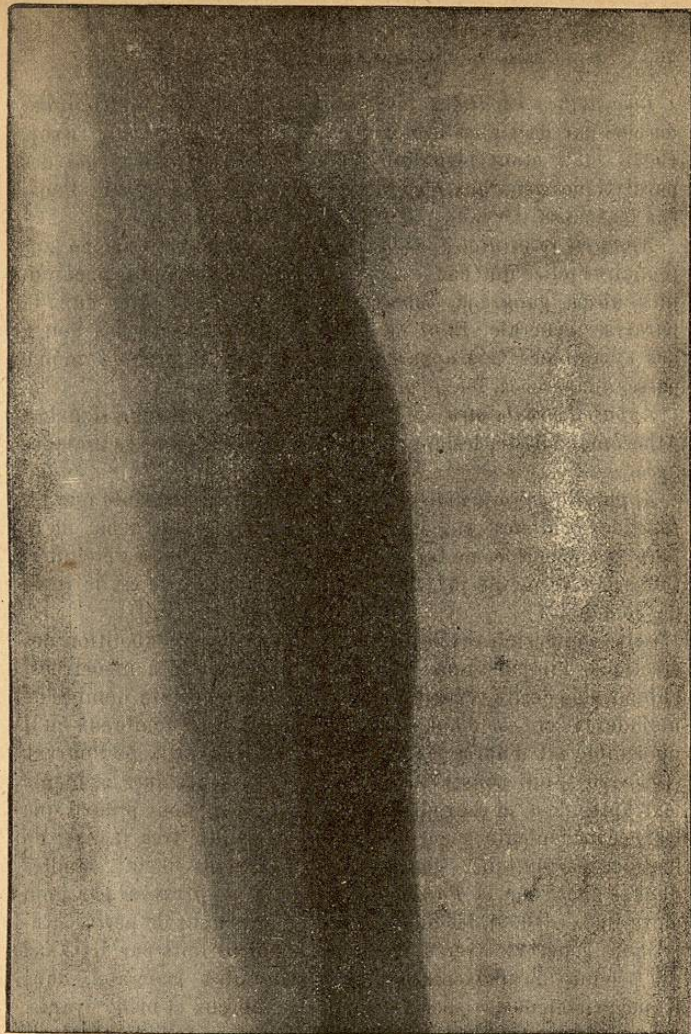


Fig. 72.

Paralysie générale juvénile. Fracture semi-spontanée. Radiographie due à l'obligeance du professeur BERGONIÉ, montrant la consolidation normale de l'os (Collection de l'Auteur).

*Insuffisance hépatique* chez certains paralytiques généraux, décelée par les signes urologiques ordinaires (E. DUPRÉ, TISSOT, 1902), mais étant bien loin d'être constante, même chez des paralytiques généraux alcooliques (E. DUPRÉ, SÉBILLEAU, PROSPER MERCKLEN, DEVAUX).

*Appareil respiratoire.* — Les affections et complications pulmonaires telles que congestions, broncho-pneumonies, pneumonies, abcès, gangrène, tuberculose, ne sont pas rares dans la paralysie générale. Elles ne donnent généralement pas lieu à des symptômes très apparents et très nets et peuvent même passer inaperçues, lorsqu'on ne les recherche pas.

*Appareil circulatoire.* — Troubles vaso-moteurs déjà signalés. Athérome, aortite, lésions cardiaques, surtout chez les malades âgés.

*Appareil génito-urinaire.* — Il est de notion courante que les *fonctions génitales*, susceptibles d'être excitées au début de la paralysie générale, ne tardent pas à s'amoindrir et à s'éteindre. CHRISTIAN va même jusqu'à dire que l'impuissance est la règle dès le début.

Cette conclusion est beaucoup trop absolue. Si l'abolition des érections, l'impuissance virile, la suppression des menstrues, l'absence de désirs vénériens existent chez un certain nombre de malades, il en est d'autres, en revanche, plus nombreux qu'il ne semblerait d'après les recherches de MARANDON DE MONTYEL (1900-1901), qui conservent leurs facultés génésiques et même leur aptitude à la reproduction. Je n'en veux pour preuve que les accouchements généralement très simples, très faciles, de femmes paralytiques générales à la période d'état, étudiés dans sa thèse sur la *Paralysie générale et la grossesse* par mon élève BRUAS (1900), les naissances d'enfants issus de pères paralytiques généraux avérés, enfin les examens faits par LALANNE du produit de l'éjaculation de paralytiques généraux, dans lequel existaient des spermatozoïdes nombreux et bien vivants.

Les *affections des reins* sont loin d'être rares dans la paralysie générale. BRISTOWE (1895) après y avoir constaté la présence habituelle du rein granuleux contracté, et la similitude des lésions vasculaires avec celles de la maladie rénale, est allé

jusqu'à conclure que les deux états morbides ont entre eux des rapports de dépendance si singulièrement étroits, que, selon toute probabilité, ils ont une commune origine.

*Sécrétions, urine, sang, liquide céphalo-rachidien.* — Divers troubles sécrétoires ont été observés dans la paralysie générale, notamment l'*hyperhydrose cutanée* se produisant par crises et parfois sous forme de sueurs locales ou unilatérales (RÉGIS, 1887; MARANDON DE MONTYEL, 1903); la *sialorrhée*, abondante, incessante, épuisante, qui peut même se manifester dans la phase d'incubation ou précéder des attaques épileptiformes (sialorrhée paroxystique de FÉRÉ); l'*hydrorrhée nasale* et, d'une façon générale, l'hyperfonctionnement isolé ou collectif des grandes sécrétions de l'organisme (MARANDON DE MONTYEL, 1904).

L'*urine* ne paraît pas offrir, dans la paralysie générale, des caractères constants et sa quantité comme sa composition varient à la fois suivant les individus et suivant les moments. KOPPEN (1888) y a signalé l'existence de l'albumine, fait récemment confirmé par MARANDON DE MONTYEL (1903), MARRO celle de la peptonurie qui, pour lui, serait même constante. FÉRÉ, BRIAND, BAUDIN, ROUILLARD (1889), LAILLER (1890), KLIPPEL et SERVEAUX (1893), SIEGMUND, (1893), TURNER (1895), RIEDER (1895), E. DUPRÉ et SÉBILLEAU (1903), etc., ont tour à tour étudié l'urine dans la paralysie générale. Il résulte de l'ensemble de ces recherches qu'on observe surtout la polyurie avec hypoazoturie, hypophosphaturie, hyperchlorurie et acétonurie à la période d'état, et parfois la peptonurie, la glycosurie, l'albuminurie, l'oligurie, l'anurie et l'hématurie (SAVAGE). L'hypoazoturie serait particulièrement fréquente.

Les recherches en ce qui concerne l'état du *sang* dans la paralysie générale ont été poussées assez loin dans ces dernières années par CAPPS (1896), SMITH ELLIOT, JELLIFE (1897), JENKS (1900), KLIPPEL et LEFAS (1902), SABRAZÈS et MATHIS (1902-1903), DIEFENDORF (1903). SABRAZÈS et MATHIS ont conclu que dans la paralysie générale, au moins avant la période cachectique, le taux de l'hémoglobine était un peu abaissé (92 p. 100), le nombre des globules rouges normal ou un peu supérieur à la normale (5.400.000), la valeur globulaire de 0,90; que la leucocytose

était négligeable (8.500), et le nombre des éosinophiles quelque peu augmenté (5, en moyenne).

Les conclusions du travail de CAPPS sont d'autre part les suivantes : 1° dans la paralysie générale l'hémoglobine et les globules rouges sont toujours diminués ; le poids spécifique est un peu au-dessous de la normale ; dans beaucoup de cas il existe une légère leucocytose (environ 22 p. 100 au-dessus de la normale) ; parmi les leucocytes on note une augmentation du nombre des grandes cellules mononucléaires et, dans quelques cas, l'existence de cellules éosinophiles très abondantes. 2° Dans les attaques congestives on constate une augmentation habituelle de l'hémoglobine et des globules rouges pendant l'attaque convulsive, mais une diminution dans les attaques apoplectiformes d'assez longue durée ; poids spécifique variable. Après les attaques convulsives et apoplectiformes, leucocytose brusque et assez prononcée, en raison directe de la gravité et de la durée de l'attaque ; dans cette leucocytose, l'accroissement du nombre des grandes cellules mononucléaires est relativement plus marqué que pour les autres variétés.

DIEFENDORF, dont les conclusions se rapprochent de celles de CAPPS, fait remarquer que l'existence de la leucocytose à la période terminale et dans les attaques congestives est un signe évident en faveur de l'origine toxique de la paralysie générale.

D'autres auteurs, comme D'ABUNDO, CHEVALIER-LAVAURE, SÉGLAS, LEGRAIN, MAIRET et VIRES, COLOLIAN, CENI, W. KUHNON, JOLLY, ont étudié la *toxicité* et le *pouvoir bactéricide du sang* dans les psychoses en général et en particulier dans la *paralysie générale*. Il résulte de ces travaux que la toxicité du sang et son pouvoir bactéricide seraient augmentés dans les états d'excitation et la paralysie générale, vis-à-vis surtout du staphylocoque pyogène, et diminués dans les états de dépression.

Rappelons enfin que CABITTO aurait trouvé un *microbe* dans les périodes d'attaques ou d'ictus de la paralysie générale et que W. FORD ROBERTSON y aurait trouvé aussi, avec JEFFREY et avec SHENNAN, un *micro-organisme* semblable à celui de LÖFFLER.

De très nombreux auteurs ont étudié dans ces dernières années la *cytologie* du liquide céphalo-rachidien dans la paralysie

générale. Citons entre autres les travaux de WIDAL, SICARD et RAVAUT, de R. MONOD, de NAGEOTTE, de SÉGLAS et NAGEOTTE, de DUPRÉ, de DEVAUX, de FAURE et LAIGNEL-LAVASTINE, de DUFLOS, de A. MARIE et DUFLOS, d'ANGLADE et CHOCREAUX, de JOFFROY et MERCIER, de WIDAL et LEMIERRE, de MAILLARD, d'ARDIN-DELTEIL, de VOULCOFF, etc..., etc...

La plupart de ces travaux amènent à cette conclusion qu'il existe dans le liquide céphalo-rachidien des paralytiques généraux une *lymphocytose* abondante, habituellement très précoce et marquée surtout au cours des ictus congestifs. Toutefois, tandis que certains auteurs comme JOFFROY voient dans cette lymphocytose céphalo-rachidienne le plus précoce et le plus constant des signes de la maladie, d'autres considèrent qu'il peut faire parfois défaut.

Il résulterait de certaines recherches que le liquide céphalo-rachidien des paralytiques généraux contient le plus souvent de l'albumine, fréquemment même en quantité notable (GUILLAIN et V. PARANT fils, 1903, A. MARIE et VIOLLET, 1905) ; qu'il est toxique pour les cobayes, surtout après les accès épileptiformes (BELLISARI, 1899) ; que son pouvoir bactéricide est généralement augmenté (D'ABUNDO, 1894 ; SCABIA, 1899 ; G. DONZELLO, 1900), de même que son pouvoir hémolytique (BARD, 1903) ; enfin qu'il peut contenir des microbes, surtout du pneumocoque (KLIPPEL, 1891 ; MONTESANO et MONTESSORI, etc...)

g. *Etat général*. — Les paralytiques généraux ont un *facies spécial* qu'on désigne sous le nom de *masque paralytique* et qui consiste dans la couleur terreuse et la flaccidité des joues, avec effacement des plis cutanés, surtout des sillons naso-labiaux, ce qui enlève au visage toute vivacité et toute expression.

Au début de la période d'état, surtout lorsqu'il coïncide avec un apaisement d'excitation, la nutrition générale s'améliore et le malade prend de l'embonpoint. Plus tard survient un amaigrissement progressif qui aboutit finalement à un état de cachexie dénutritive appelé *fonte paralytique*, dans lequel KRAEPELIN voit un signe de la nature générale et toxique de la maladie.

La *température* et le *pouls* ne présentent pas de modifications appréciables. Mais il peut survenir, en même temps que les

ictus cérébraux ou des complications intercurrentes, des *poussées hyperthermiques*, indice de processus toxi-infectieux subaigus (KLIPPEL, KRAEPELIN, LEGRAIN). D'autres fois, ce sont de véritables accès d'*hypothermie* qui se produisent et s'accroissent progressivement, au point d'atteindre parfois 26°, jusqu'à la mort (JOFFROY).

B. SYMPTÔMES PSYCHIQUES. — Le symptôme psychique essentiel, fondamental de la paralysie générale, celui qui ne fait jamais défaut, c'est l'*affaiblissement intellectuel progressif*, la *démence*. Sur ce fond de démence se greffent plus ou moins fréquemment d'autres symptômes psychiques inconstants, accessoires, représentés surtout par des troubles psychosiques. Nous avons par suite à décrire successivement: 1° la *démence*; 2° les *psychoses*.

a. *Démence*. — La démence, à la période d'état de la paralysie générale, est évidente et caractéristique.

Ce qui y domine avant tout, c'est la diminution de la mémoire, l'*amnésie*. Cette amnésie ne se borne plus aux faits récents, nouveaux, actuels; elle s'étend aux faits anciens, aux notions de temps et de lieu. Les malades ont oublié leur âge, la date de leur naissance, le nombre, le nom, l'âge de leurs enfants, leur domicile et ils commettent à cet égard des erreurs grossières, sans en être surpris, et sans s'émouvoir si on les leur indique. L'un donne 1820 ou 1880 comme année présente, ou le 34 mars comme quantième du mois. Un autre dit avoir neuf ans, ou être âgé de trente ans et avoir un fils de vingt-huit ans. Une femme annonce qu'elle va se marier et elle ne sait pas avec qui (MAGNAN et SÉRIEUX).

Une diminution très notable de l'*attention*, de la *réflexion*, du *jugement*, du *sens critique*, de la *volonté* accompagne cette amnésie. De leur côté, les *facultés morales et affectives* s'émoussent de plus en plus.

De cette désagrégation mentale globale résulte une *dissolution progressive de la personnalité* au triple point de vue intellectuel, moral et affectif. Les idées s'appauvrissent, elles sont niaises, enfantines, sans lien et sans enchaînement; l'inconscience de

l'état, du milieu, est très marquée; l'indifférence vis-à-vis de tous et de toutes choses, très profonde; la *crédulité*, la *passivité* très grandes, malgré les moments d'irritation, d'excitation et les variations incessantes de l'humeur. En un mot, l'automatisme mental règne en maître et a remplacé l'activité cérébrale supérieure.

A cet état psychique correspondent une *attitude* et *des actes* significatifs. L'*attitude* du paralytique général témoigne en effet de sa démence. Il est négligé de sa personne, malpropre, se tient mal, incorrectement, indécent même; il a l'air étranger à ce qui l'entoure, à ce qu'on fait, à ce qu'on dit autour de lui, aux questions qu'on lui pose; il ne s'étonne de rien et, le plus souvent, n'a d'autre souci que celui de son bien-être présent, en particulier de sa nourriture.

Quant aux *actes*, ils sont d'une niaiserie et d'une extravagance enfantines et qui dépassent toute croyance. Un paralytique général entre à l'eau pour se noyer, mais se rappelant qu'il est rhumatisant, il se hâte d'en sortir; un autre veut se suicider par le charbon, mais aussitôt le réchaud allumé, il ouvre la fenêtre toute grande pour que la fumée ne le fasse pas tousser (MENDEL), ou ne salisse pas ses rideaux (MAGNAN et SÉRIEUX). Les malades dissipent leur argent, le distribuent au premier venu, volent en pleine rue et sans se cacher des objets quelconques, etc..., etc... Aussi, comme l'ont fait remarquer MAGNAN et SÉRIEUX, est-ce pour l'entourage l'heure de la curée, lorsque les paralytiques ne sont pas surveillés et placés déjà hors des atteintes de la captation.

Cette démence, si caractéristique, s'accroît durant l'évolution de la période d'état et tandis qu'au début de cette phase il restait encore quelques idées, quelques notions, quelques souvenirs, un langage quelque peu suivi et correct, tout cela, à la fin, achève de disparaître. A ce moment, les idées se circonscrivent de plus en plus et se limitent aux choses de la vie matérielle et aux besoins de l'existence. Les malades en viennent à n'avoir plus aucune notion de ce qui existe autour d'eux; ils se livrent à des actes absurdes, automatiques, enfantins, sont malpropres, mal vêtus, ramassent des ordures, des cailloux, des chiffons

de papier, dont ils emplissent leurs poches. Il ne reste plus rien de ce qu'ils ont été autrefois.

b. *Psychoses*. — La démence progressive qui constitue l'élément psychopathique constant et fondamental de la paralysie générale s'accompagne fréquemment de troubles psychiques, d'états délirants accessoires et surajoutés.

Tous les types de psychoses existants peuvent s'observer dans la paralysie générale : *états maniaques, états mélancoliques, folie à double forme, confusion mentale, délire onirique, délires systématisés*.

Quels qu'ils soient, tous ces délires ont des caractères communs, parfaitement résumés par J. FALRET dans quatre adjectifs bien connus. Ils sont : *absurdes, mobiles, contradictoires, incohérents*. *Absurdes*, car leur extravagance saute aux yeux dès l'abord ; *mobiles*, car ils varient d'un instant à l'autre dans leur expression, leur formule, leur nature et jusque dans leur existence ; *contradictaires*, car ils s'associent souvent dans la même phrase avec d'autres idées ou déclarations contraires ou tout à fait incompatibles avec eux ; *incohérents* enfin, car ils n'ont ni coordination, ni suite dans leur composition et dans leurs manifestations.

Ces caractères, très typiques, les délires de la paralysie générale, les tirent, ainsi que l'a surtout fait remarquer MAGNAN, du fond de démence sur lequel ils se reproduisent, et on peut dire d'un mot que, ce qui les distingue surtout, c'est leur *cachet démentiel*.

α) *États maniaques*. — L'état maniaque peut se présenter, dans la paralysie générale, sous toutes ses formes et à tous ses degrés. Il est fréquent de voir la maladie débiter par un état d'*excitation maniaque* avec suractivité intellectuelle et physique, euphorie, optimisme, etc., donnant lieu à cette *dynamie fonctionnelle* caractéristique, dont nous avons parlé.

A l'encontre des autres excités maniaques, vésaniques, circulaires, hystériques, qui se font remarquer par leur malignité, leur méchanceté extrême, le paralytique général dans ces conditions est surtout un expansif, chez lequel l'excitation maniaque développe de préférence la générosité, la philanthropie, l'affec-

tuosité et qui rêve souvent, dans ses conceptions grandioses, de fondations charitables, l'abolition de la misère, la fraternité des peuples, le bonheur universel. Son délire dans ce cas est un vrai délire d'altruisme (RÉGIS).

D'autres fois, c'est la *manie aiguë* qui survient, avec son agi-



Fig. 73.

Paralysie générale féminine (collection Dupré; art. Paralysie générale du *Traité de Pathologie mentale* de BALLET).

Etat expansif avec excitation mégalomaniaque démentielle; satisfaction exubérante, érotisme avec exhibition complaisante des formes : la malade fait voir ses mains, son cou, son ventre; elle vient de faire admirer son bras droit, qui est encore découvert, lorsqu'elle montre ses seins, dans une attitude et avec une expression de satisfaction à la fois orgueilleuse et sensuelle.

tation bruyante, désordonnée, violente et le cortège de tous ses symptômes habituels.

C'est dans ces états maniaques surtout que s'observe le *délire des grandeurs*.

Nous disons surtout, car chose curieuse, le délire des grandeurs peut se montrer aussi dans les états dépressifs, soit seul, soit en coexistence avec du délire mélancolique.

Le *délire des grandeurs*, dans les états maniaques de la para-

lysie générale, n'a pas une intensité parallèle à l'intensité de l'agitation. Il en est souvent ainsi cependant.

Quoi qu'il en soit, ce délire doit être considéré comme englobant toutes les conceptions vaniteuses des malades, depuis leur euphorie débordante et leurs idées excessives de force et de santé, qui en constituent le rudiment, jusqu'aux formules les plus hyperboliques de leurs titres et de leurs richesses imaginaires.

A son degré le plus simple, ce délire vaniteux se traduit uniquement par des idées de satisfaction puérile. Les malades sont contents, heureux de tout et de rien, béatement; ils sont d'une force incroyable et font admirer leur poitrine et leurs bras; ils sont beaux; leurs enfants sont intelligents et superbes; ils ont des vêtements, des meubles, des bijoux magnifiques. Les femmes surtout, vantent complaisamment leurs charmes qu'elles étalent impudiquement, leurs cheveux, leurs toilettes, le contenu de leurs armoires et de leurs tiroirs (voy. fig. 73).

A un degré plus élevé, le délire s'exprime par toutes sortes de superlatifs, portant sur toutes les grandeurs possibles. Les malades ont des richesses considérables, des millions, des milliards; ils sont princes, rois, ducs, évêques, papes, généraux, amiraux; ils commandent des armées, des flottes, des Etats. Ils vont donner des fêtes splendides où tout le monde sera invité. Ils distribuent à la pelle des titres, des richesses, des décorations. Tout est à eux, tout leur appartient.

Au degré maximum enfin, le grandiose absurde de ce délire atteint les limites les plus fantastiques. Les malades sont Dieu, plus que Dieu; ils ont des organes en or, des fesses en diamant, leurs excréments valent des millions, etc., etc.

Ce délire s'augmente, s'amplifie, se contredit à chaque instant; non seulement le malade y ajoute du sien, mais il y joint tout ce qu'on lui suggère. Aucune objection, aucun démenti, aucune impossibilité ne l'étonnent, il se grise de ses propres hyperboles comme un hâbleur de ses inventions chimériques. Et si, pendant qu'il parle de sa fortune colossale, on l'interrompt pour lui demander son métier ou ce qu'il gagne, il répond tranquillement et exactement: « Je suis cordonnier; je gagne six francs par jour, etc. » (MAGNAN).

3) *Etats mélancoliques.* — Tous les états mélancoliques, depuis le plus léger jusqu'au plus aigu, s'observent dans la paralysie générale: *dépression mélancolique, mélancolie aiguë, mélancolie anxieuse, mélancolie avec stupeur.* Ces états mélancoliques s'accompagnent le plus souvent, ici comme ailleurs, de délire triste, fait d'idées de ruine, de culpabilité, d'auto-accusation, de damnation, avec tendance au suicide et parfois hallucinations.

Mais le délire mélancolique le plus fréquent, le plus typique dans la paralysie générale est le *délire hypocondriaque*, décrit par BAILLARGER en 1857.

Ce délire est en effet tout spécial. Les malades croient que leurs organes sont changés, détruits ou complètement obstrués. Ils prétendent qu'ils n'ont plus de bouche, plus de dents, plus de ventre, plus d'anus, que leur gosier est bouché, leur estomac complètement plein, leur ventre barré. Ils répètent constamment: « Ça ne passe pas. » Ils croient que leurs aliments s'en vont dans la peau, tombent dans un trou. Ils disent ne plus pouvoir ouvrir les yeux, la bouche, ne plus pouvoir avaler, aller à la selle, uriner. Ils affirment que leurs membres sont changés, détruits ou même qu'ils sont morts. Ce délire hypocondriaque d'obs-



Fig. 74.

Paralysie générale (collection G. BALLEZ; art. Paralysie générale de E. DUPRÉ, du *Traité de Pathologie mentale*).  
Etat dépressif, avec idées mélancoliques.

truction n'est pas autre chose, on le voit, qu'un *délire de négation*; mais il est rare que les idées de négation s'étendent au dehors et s'appliquent au monde extérieur comme cela a lieu

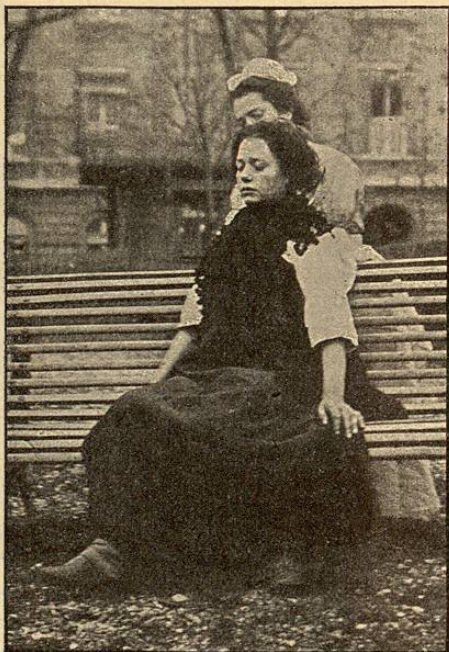


Fig. 75.

Paralyse générale mélancolico-maniaque (collection G. BALLET; art. Paralyse générale de E. DUPRÉ, du *Traité de Pathologie mentale*).

Paralyse générale en état de dépression mélancolique.

dans le syndrome de COTARD. Ici, le malade nie surtout son existence, son corps, ses organes, en particulier ses organes digestifs, et cette particularité a son importance, car elle peut

permettre, ainsi que nous le verrons plus loin, de rattacher le délire à des lésions du grand sympathique.

De ce délire, il faut rapprocher les délires, au fond similaires, de *transformation corporelle*, dans lesquels les sujets se croient changés en verre, en bois, le délire *micromaniaque* ou de *petitesse* (MATERNE), dans lequel ils se croient tout petits, enfin le délire de *fausse grossesse*, avec signes plus ou moins marqués de gravidité (E. DUPRÉ) et qui peut être de teinte soit dépressive, soit expansive.

Il n'y a là, le plus souvent, que les expressions différentes d'un même délire hypochondriaque, d'origine cénesthésique.

Les divers délires mélancoliques que nous venons d'énumérer sont, comme tous les délires de la paralysie générale, cela va sans dire : *absurdes, mobiles, contradictoires, incohérents*; ils ont tous le *cachet démentiel* caractéristique.

Ils peuvent aussi, avons-nous dit, s'associer au délire de grandeurs; soit qu'ils se combinent avec lui pour former un *délire mégalo-mélancolique* (RÉGIS) (les malades *doivent* des millions et des milliards, ils ont l'estomac bouché par 300.000 vers, des billets de banque dans la tête); soit que les deux délires coexistent, mais indépendants (le malade est bouché, déglotté, et il est prince, il a des millions); soit



Fig. 76.

Paralyse générale mélancolico-maniaque (collection G. BALLET; art. Paralyse générale de E. DUPRÉ, du *Traité de Pathologie mentale*).

Même malade en état d'excitation expansive.



enfin que les deux délires se succèdent d'un instant à l'autre.

γ) *Etats mélancolico-maniaques*. — Nous venons de voir que le délire de grandeurs et le délire mélancolique pouvaient s'associer et se succéder dans la paralysie générale. Il n'est donc pas étonnant que cette succession des deux délires puisse s'opérer de façon plus lente et plus régulière, donnant lieu ainsi à une sorte de *psychose cyclique* ou *circulaire*.

Le plus souvent, il faut bien le dire, ces alternatives n'ont pas la périodicité, la régularité, l'identité entre elles des vraies psychoses circulaires vésaniques et il est rare qu'elles se répètent plusieurs fois (DE LAMAESTRE, 1878).

Dans tous les cas, l'attitude, l'aspect, l'activité, le ton affectif se modifient naturellement à chacune des deux périodes et les malades présentent dans l'une et dans l'autre un contraste frappant, en rapport, comme l'ont montré KLIPPEL et DUMAS, avec les variations de la circulation vaso-motrice (voy. fig. 75 et 76).

δ) *Confusion mentale*. — A l'exception de RAYMOND et SÉRIEUX qui signalent, d'ailleurs comme un fait exceptionnel, la possibilité de la *confusion mentale hallucinatoire* dans la paralysie générale, cette association n'est pas mentionnée par les auteurs. Nous croyons qu'elle y existe cependant et qu'on y rencontre, même assez fréquemment, toutes les formes de la confusion mentale : la *confusion mentale simple*, la *confusion mentale hallucinatoire*, le *délire onirique*, le *délire aigu*, déjà connu sous le nom de *délire aigu paralytique*, la *stupidité*, avec états *cata-toniques* au complet (RAYMOND et SÉRIEUX).

Nous avons appelé l'attention dans ces dernières années, LALLANNE et moi, sur l'*origine onirique* de certains délires dans la paralysie générale.

Il y a lieu certainement d'étudier de plus près les rapports de la confusion mentale et de la paralysie générale, soit au cours ordinaire de son évolution, soit surtout au moment des ictus et des complications qui s'y produisent si fréquemment.

ε) *Délires systématisés*. — L'affaiblissement mental si profond qui existe dans la paralysie générale ne permet évidemment pas

la formation de véritables *délires systématisés*, dont les caractères sont précisément l'opposé des caractères des délires de la paralysie générale.

On peut toutefois observer des *idées* plus ou moins *systématisées*, dues soit à des interprétations délirantes, soit à des hallucinations de l'ouïe.

On a même vu des *délires systématisés de persécution* au début de la maladie ou durant les périodes de rémission (MAGNAN).

ζ) *Hallucinations, obsessions, impulsions*. — On a longtemps discuté la question de savoir s'il existait ou non des *hallucinations* dans la paralysie générale. Leur existence n'y est pas douteuse et on peut les y rencontrer sous toutes leurs formes : *sensorielles* (auditives, visuelles, olfactives, gustatives, tactiles), *cénesthésiques*, ou même *psycho-motrices verbales* (SÉRIEUX, A. MARIE et BUVAT, etc.). Il faut reconnaître cependant que sauf dans les cas avec états dépressifs, elles sont relativement rares, et que, d'une façon générale, elles n'ont pas dans la maladie de BAYLE, quelle qu'en soit la forme, l'activité et la persistance qu'elles ont ailleurs.

Les *obsessions* et les *idées fixes*, possibles au début de la paralysie générale, sont rares dans la maladie confirmée.

Quant aux *impulsions*, elles sont, au contraire, fréquentes, tout particulièrement dans les cas accompagnés d'états délirants, dont elles reflètent les caractères. Les plus fréquentes sont les tendances au vol, à la salacité sexuelle, au suicide, à la violence. Elles ont un caractère plus ou moins irréfléchi, spontané, subit, dément, suivant le degré d'affaiblissement mental du malade.

4° *Période terminale*. — Après une durée plus ou moins longue de la période d'état qui, suivant qu'elle est traversée ou non par des complications, surtout congestives, peut durer quelques mois ou même plusieurs années, le malade s'achemine vers la période terminale qui est marquée, elle, par l'apparition d'un signe caractéristique : le relâchement des sphincters, dont la conséquence est l'*état gâteux*.

Il commence habituellement par uriner la nuit dans son lit, puis dans ses vêtements, d'abord d'une façon intermittente, ensuite d'une façon continue; peu à peu il en arrive à laisser échapper ses matières fécales et devient complètement gâteux; ses sphincters vésical et rectal sont paralysés. Par instants, cette paralysie donne lieu à de la rétention d'urine ou des matières fécales.

Le paralytique, dès lors, se dégrade de plus en plus; il marche lourdement ou d'une façon ataxique, toujours prêt à tomber, se tenant à peine debout; il est incapable de s'habiller, de procéder aux actes les plus simples de la vie; il est tout à fait malpropre, mange gloutonnement, se nourrit d'ordures et dévore même quelquefois ses excréments. La physionomie exprime l'hébétéude et la *démence la plus complète*; l'*inégalité pupillaire* est le plus souvent très apparente; l'*embarras de la langue* est tel que la parole n'est plus qu'un bredouillement incompréhensible, compliqué parfois d'une véritable aphasie; le *grincement des dents* et le *mâchonnement*, lorsqu'ils existent, deviennent très marqués; les *tremblements spasmodiques* des mains, des lèvres, de la langue très accentués; les *contractures*, surtout celle du cou, sont très manifestes; la *sensibilité* est nulle ou presque nulle; la *paralysie du pharynx* se joint à celle des sphincters, à ce point que les aliments avalés gloutonnement s'entassent fréquemment dans l'isthme du gosier, et déterminent parfois une *asphyxie par bol alimentaire*, qui peut entraîner la mort.

Enfin, de dégradation en dégradation, les malades en arrivent à ne plus quitter le lit, à devenir *grabataires*, et bientôt ils présentent des *troubles trophiques* divers, en particulier des escarres, avec amaigrissement cachectique.

Certains cependant, plus nombreux même qu'on ne le pense, ainsi qu'il résulte des constatations d'ARNAUD et de BONNAT, vont et viennent plus ou moins facilement jusqu'à la fin, sans qu'on soit obligé de les aliter systématiquement. Beaucoup de paralytiques généraux « meurent debout », comme dit ARNAUD.

Quoi qu'il en soit, lorsque le malade arrive aux phases ultimes, il présente le tableau de la déchéance la plus pro-

fonde et la plus lamentable; il n'a plus rien d'humain, tombe véritablement à l'état d'animal inférieur, et est réduit, comme on l'a dit, à un tube digestif.

La *mort* est la terminaison constante de cet état. Elle a lieu soit pas les progrès mêmes de la déchéance physique, appelée *marasme* ou *cachexie paralytique*, soit par le fait d'une *complication quelconque* (maladie incidente, congestion pulmonaire hypostatique, etc...), soit enfin à la suite d'*ictus cérébraux* dits *attaques congestives*.

Les ictus, dus, suivant les notions nouvelles, à des poussées infectieuses ou auto-toxiques secondaires (LEGRAIN, PIERRET, DIEFENDORF, etc.), jouent un rôle important dans l'existence de la paralysie générale. Ils peuvent en ouvrir la marche au début, l'interrompre à un moment quelconque de la période d'état, enfin la terminer brusquement par la mort à la dernière période.

Ils se manifestent sous les formes les plus diverses, à ce point qu'AUBANEL et MARCÉ en avaient distingué jusqu'à six ou huit variétés. En réalité, deux dominent surtout: la forme *apoplectique* ou *apoplectiforme*, la forme *épileptique* ou *épileptiforme*, cette dernière principalement formée d'un ou plusieurs accès convulsifs successifs, réunis parfois en une sorte d'état de mal, et le plus souvent généralisés.

Ces ictus, qui peuvent reparaitre plusieurs fois dans le cours de la maladie, mais de préférence à la dernière période, sont constamment suivis d'une aggravation sensible des symptômes et souvent même de mort, ce qu'on peut prévoir à l'élévation progressive de la température (BOURNEVILLE). Ils laissent généralement après eux divers accidents tels qu'hémiplégie, contracture, aphasie, en général transitoires.

## B) FORMES CLINIQUES

Après la description des symptômes de la paralysie générale que nous venons de faire, nous pouvons indiquer maintenant les principales formes symptomatiques de la maladie.

1° *Forme simple ou démente, démence paralytique.* — De ce fait que le symptôme fondamental et constant de la para-