

paralysie générale par les mêmes caractères différentiels. Elles présentent en plus quelques autres symptômes tels que névrite optique, œdème papillaire, attaques épileptiformes répétées, vomissements, vertiges, torpeur, somnolence, qui complètent le diagnostic (SÉRIEUX et MIGNOT). Ces tumeurs peuvent d'ailleurs s'associer à la paralysie générale (KLIPPEL). Ces indications sont applicables à certains processus syphilitiques plus ou moins nettement circonscrits du cerveau (tumeurs gommeuses, méningite et encéphalite scléreuses et scléro-gommeuses diffuses, artérites) autour desquels se développent des méningo-encéphalites de voisinage. Il en résulte cliniquement un syndrome plus ou moins comparable à la paralysie générale, mais qui s'en sépare par la rapidité plus grande de son évolution, ses symptômes prédominants d'obtusion, d'hébétéude, de fausse démence, de semi-conscience, et un ensemble de troubles moteurs (paralysies, anesthésies, convulsions localisées, etc.), qui n'appartiennent pas habituellement à la paralysie générale. Ce syndrome est d'ailleurs beaucoup plus accessible à l'action du traitement spécifique. Ces processus font partie de l'ensemble des lésions syphilitiques semi-diffuses et diffuses du cerveau qui constituent ce qu'on a appelé, avec FOURNIER, la *pseudo-paralysie générale syphilitique*. Ils peuvent coexister chez le même malade avec les lésions ordinaires de la paralysie générale (RAYMOND).

4° Diagnostic de la paralysie générale à type spinal. —

La paralysie générale peut, nous le savons, s'associer au *tabes* dans trois conditions. Elle peut, à un moment quelconque de son cours, se compliquer de symptômes tabétiques; elle peut survenir au cours du *tabes*; enfin, elle peut d'emblée se présenter en coexistence avec le *tabes* et marcher de pair avec lui sous forme d'une sorte de *tabes cérébro-spinal* (FOURNIER).

Ces divers modes d'association du *tabes* et de la paralysie générale ne comportent pas, à vrai dire, un véritable diagnostic différentiel, et il est généralement facile de les constater.

Le seul point que nous ayons à mentionner ici, c'est la possibilité tout à fait au début, chez un syphilitique présentant de la

neurasthénie préorganique accompagnée d'accidents tels que strabisme, ptosis, diplopie, d'hésiter entre un début de *tabes* et un début de paralysie générale. Les signes de trouble et surtout d'affaiblissement mental, si légers qu'ils soient, l'existence ou l'absence de douleurs fulgurantes, du signe de ROMBERG, l'état d'exagération ou d'abolition des réflexes tendineux, etc., permettront le plus souvent de résoudre la question.

La *sclérose en plaques* peut également s'associer à la paralysie générale, ce qui est relativement rare, ou revêtir plus ou moins le même aspect, ce qui est fréquent. La distinction, bien résumée par ARNAUD, s'établit par la différence symptomatique des deux affections. La sclérose multiloculaire se caractérise par le tremblement intentionnel, le nystagmus, les attaques apoplectiformes, les vertiges, les contractures, la paralysie spasmodique croissante; par sa parole scandée, gutturale; par le type plus lourd, plus spastique de la marche; enfin et surtout par l'atteinte bien moins profonde de la démence et l'absence habituelle de manifestations délirantes. Toutefois, la ressemblance des deux maladies, surtout au début et lorsque la sclérose en plaques affecte un type en quelque sorte psycho-cérébral, est telle dans certains cas que le diagnostic devient des plus difficiles et nécessite une attention très grande et même une observation suivie.

§ 6. — TRAITEMENT

Le véritable traitement de la paralysie générale ne peut être que le traitement de la cause, c'est-à-dire, puisque c'est là le facteur habituel, le traitement de la *syphilis*.

Ce traitement de la syphilis, en ce qui concerne la paralysie générale ne devrait pas consister uniquement, ainsi que cela se pratique, dans l'application de la médication spécifique à des individus déjà atteints de paralysie générale; il devrait surtout avoir pour but d'empêcher ces individus de devenir paralytiques généraux.

Le meilleur moyen pour cela serait de les empêcher de devenir syphilitiques.

La *prophylaxie de la syphilis*, comme je le répète depuis bien

des années, et c'est aussi l'avis de mon maître A. FOURNIER, est donc la meilleure arme que nous possédions contre la paralysie générale. Diminuer, par les mesures hygiéniques que conseillera, je l'espère, la Commission spéciale récemment instituée, la fréquence de la syphilis dans la jeunesse d'un pays, civile et militaire, c'est diminuer d'autant la fréquence de la paralysie générale et je rappelle à ce sujet les recherches très intéressantes de HEIBERG (1896) qui a constaté que les élévations et les abaissements de la courbe de la paralysie générale à l'hôpital de Saint-Hans à Copenhague, correspondaient exactement, après l'intervalle moyen de douze ans, aux élévations et aux abaissements de la courbe de la syphilis.

J'insiste donc sur ce point que le premier des traitements de la paralysie générale doit être le traitement préventif de la syphilis.

Le second traitement, à ce point de vue, doit consister dans une cure plus générale et plus efficace de la syphilis.

Nous constatons actuellement que nombre de paralytiques généraux n'ont jamais traité leur syphilis, et aussi, il faut bien le dire, que la médication antérieure, chez ceux qui l'ont faite, sauf un plus long retard peut-être, ne les a pas empêchés de devenir paralytiques généraux, tout comme les autres.

Il conviendrait donc et de généraliser la cure de la syphilis et surtout de tenter de la rendre efficace vis-à-vis des graves affections tardives des centres nerveux dites para-syphilitiques, en l'améliorant suivant les préceptes que vient d'indiquer A. FOURNIER à l'Académie.

Il n'est peut-être pas téméraire, non plus, d'espérer qu'on aboutira un jour à une sérothérapie rationnelle ; au point de vue de la paralysie générale, on ne peut que le souhaiter fermement.

Le troisième traitement antisyphilitique de la paralysie générale est celui qui peut être pratiqué une fois la maladie déclarée et tout particulièrement à son début :

Autrefois déjà, on avait tenté, à diverses reprises, d'opposer à la méningo-encéphalite diffuse la médication spécifique telle qu'elle était alors usitée : pilules, frictions ou inhalations mer-

curielles par la flanelle de MERGET (de Bordeaux), et iodure à hautes doses. On y avait généralement renoncé, les résultats n'en étant guère favorables et les sujets en étant même parfois éprouvés.

Depuis que la méthode des injections mercurielles a fait son apparition, on est revenu plus activement que jamais au traitement antisyphilitique. Les injections de sels mercuriels solubles (benzoate, cyanure, biiodure, etc.), ou insolubles (calomel), ont été pratiquées dans la profondeur des muscles, parfois même dans le canal rachidien, au lieu d'élection de la ponction lombaire (MARCHAND), ou même dans les veines. Ces injections, faites à des doses assez élevées (2 à 6 centigrammes par jour de sel soluble, ou 10 centigrammes de calomel par semaine), sont pratiquées par séries de huit à dix, séparées par des temps de repos.

Le mercure a été associé pour ces injections à l'iodure de potassium (MARCHAND), à l'extrait thyroïdien (CARL SPENGLER).

Dans l'intervalle, plusieurs font prendre l'iodure aux doses de 3, 4, et 6 grammes par jour.

Ce traitement, entre les mains de quelques auteurs tels que DEVAY, LEMOINE, LERREDDE, etc., aurait donné d'excellents résultats, c'est-à-dire des améliorations nombreuses, très marquées, et même de vraies guérisons.

Personnellement, nous n'avons jamais obtenu que des rémissions plus ou moins durables et toujours incomplètes, et chez certains de nos malades, le traitement, sans produire d'accidents graves, a été suivi de fatigue manifeste.

C'est la conclusion à laquelle sont arrivés déjà beaucoup d'autres observateurs, tels que DÉJÉRINE, MARIE, JOFFROY, BALLEZ, BRISAUD, etc., et, en l'état actuel des choses, nous ne pouvons que nous rallier à l'avis de DUPRÉ lorsqu'il dit, à propos du traitement mercuriel de la paralysie générale : « qu'il n'en a jamais vu le bénéfice, qu'il en a constaté quelquefois l'innocuité, et qu'il en a souvent observé les inconvénients et le danger ». On peut continuer ce traitement, surtout dans les cas et aux phases où il a le plus de chances de donner des résultats, et cela jusqu'à ce que nous soyons entièrement fixés sur sa

valeur. Mais il convient toujours de se montrer réservé vis-à-vis de son efficacité et prudent dans son application.

Nous ne possédons pas encore, par conséquent, de véritable traitement curatif de la paralysie générale, car je ne crois pas qu'on puisse recommander comme tel aucun de ceux, médicaux ou chirurgicaux, qui ont été préconisés dans ce but, par exemple le *drainage céphalo-rachidien* ou la *trépanation du crâne*.

Force est donc de faire, vis-à-vis de la maladie, le traitement des symptômes et des complications. Le premier comprend surtout : l'*isolement* dans un établissement spécial, sauf les cas où le sujet peut sans inconvénient vivre chez lui ou dans un hôpital ordinaire ; une *hygiène* physique, morale et alimentaire appropriée ; les *révulsifs* locaux et généraux, les *dérivatifs* intestinaux, les *désintoxicants* et *désinfectants*, les *diurétiques*, les *régulateurs de la circulation*, les *sédatifs*, les *hypnotiques*, les *bains* à l'exclusion des *douches*, surtout des *douches froides* absolument contre-indiquées dans la paralysie générale, le *massage*, les *frictions sèches*, l'*électricité statique*, etc..., etc.

Le traitement des *complications* doit viser surtout à prévenir les *ictus cérébraux*, par la régularisation du fonctionnement de tous les organes et de tous les émonctoires, en particulier de l'intestin et de la vessie, ou à en atténuer les effets, lorsqu'ils se produisent, au moyen des révulsifs, des évacuants, des calmants, de la saignée au besoin. Il doit de même s'efforcer d'empêcher ou de faire disparaître, par les soins hygiéniques et les médications appropriées, les autres complications habituelles : *agitation*, *gâtisme*, *escarres* (ARNAUD), *rétention et infection urinaires avec miction par regorgement, souvent méconnues* (PIERRET), refus d'aliments, asphyxie par bol alimentaire, congestions et gangrène pulmonaires, etc..., etc.

Les considérations précédentes s'appliquent, bien entendu, à la paralysie générale ordinaire, celle consécutive à la syphilis.

Il va de soi par conséquent que si on range dans le domaine de la paralysie générale les syndromes paralytiques constituant le groupe des pseudo-paralysies générales, ils réclament, sur certains points tout au moins, une thérapeutique autre que

celle que nous venons d'indiquer et variable pour chacun d'eux.

Ainsi les *paralysies générales aiguës* ou *temporaires* liées aux processus toxiques aigus et infectieux comportent le traitement des confusions mentales aiguës. De même les *paralysies générales régressives* des intoxications chroniques comportent avant tout le traitement de ces intoxications.

Pour des détails plus complets, relatifs au traitement de la paralysie générale, nous renvoyons aux articles spéciaux sur le sujet de MAIRET, dans le *Traité de Thérapeutique appliquée* d'A. ROBIN, de P. GARNIER et COLOLIAN dans leur *Traité de Thérapeutique des maladies mentales et nerveuses*, et de E. DUPRÉ dans le *Traité de pathologie mentale* de BALLET.

ARTICLE VI

TABES

On peut observer dans le tabes trois sortes de troubles psychiques : 1° des *troubles psychiques élémentaires* ; 2° des *psychoses* ; 3° le *syndrome paralytique*.

1° Troubles psychiques élémentaires. — Les *troubles intellectuels* proprement dits sont relativement très rares dans le tabes, et P. MARIE insiste avec raison à cet égard, en faisant remarquer combien sont nombreux les tabétiques qui continuent de se livrer aux grands travaux de l'esprit. En revanche, il relève la fréquence chez ces malades des modifications pathologiques du *caractère* et de l'*humeur*, soit dans le sens de l'énervement, de l'irritabilité, soit dans le sens de l'apathie, de l'indifférence, ainsi que leur philosophie vis-à-vis de leur pénible affection et la rareté chez eux de la disposition au suicide.

Les *obsessions* de toute sorte s'observent assez fréquemment chez les tabétiques, particulièrement l'obsession phobique de l'équilibre, véritable *stasobasophobie* qui, surajoutant ses effets anxieux aux effets réels de l'ataxie, complique et rend plus difficiles encore leur station debout et leur marche. Cette phobie