

a été bien mise en lumière par plusieurs auteurs, notamment par PARISOT, de Nancy (1896), et par E. DUPRÉ et DELARUE (1901).

Les accidents *hystériques* et *neurasthéniques* sont généralement communs, soit qu'il s'agisse d'états hystériques et neurasthéniques simplement accidentels, symptomatiques (le tabes débute souvent, comme la paralysie générale, par des symptômes névropathiques de ce genre), soit qu'il s'agisse de la coexistence de l'hystérie et de la neurasthénie avec le tabes (associations hystéro-tabétique et neurasthéro-tabétique).

**2° Psychoses.** — Parmi les psychoses susceptibles de se rencontrer chez les tabétiques, il faut signaler d'abord celles qui proviennent d'un élément surajouté : hérédité, dégénérescence (vésanies associées), intoxications, médicamenteuses ou non. (alcoolique, morphinique, cocaïnique, héroïnique, etc.). Nous n'avons ici qu'à les mentionner.

D'autres psychoses ont été rattachées au tabes. Ces psychoses vraiment tabétiques, très rares pour certains auteurs, n'en existeraient pas moins. Elles ont été décrites par PIERRET et ROUGIER qui ont montré qu'il s'agissait, le plus souvent, de *mélancolie* avec *obtusion*, *torpeur* ou *anxiété*, *idées vagues de persécution*, *hallucinations confuses*, *sensorielles* et *cénesthésiques*. Les malades accusent les personnes de leur entourage de vouloir les empoisonner, les faire brûler; ils se plaignent d'entendre des injures, de sentir un mauvais goût dans leurs aliments et dans leur bouche, d'éprouver dans tout le corps des picotements et des sensations désagréables. On remarquera les analogies très grandes de cette psychose avec celles observées dans la *sypilis*, notamment par JACQUIN.

Dans un article tout récent sur les psychoses dans le tabes (1903), SCHUTZE, après avoir rappelé qu'on ne peut plus admettre aujourd'hui, avec LEYDEN, que la majorité des troubles psychiques chroniques des tabétiques relèvent de la paralysie générale, signale la possibilité, chez ces malades, de toutes les psychoses, en particulier de la *mélancolie sénile*, de la *paranoïa hallucinatoire*, de la *démence précoce*.

Ajoutons enfin que beaucoup de vieux tabétiques, même

parmi ceux qui n'ont pas présenté au cours de leur maladie de troubles psychiques évidents, versent, à la période ultime, dans un état d'*affaiblissement psychique*, de *démence* plus ou moins accentué.

**3° Syndrome paralytique.** — Nous ne reviendrons pas sur les rapports du tabes et de la paralysie générale, les ayant déjà mentionnés dans l'étude de cette dernière maladie. Rappelons simplement que les symptômes du tabes peuvent s'associer aux symptômes de la paralysie générale soit en les précédant (paralysie générale ascendante, tabes cérébro-spinal ascendant), soit en les suivant (paralysie générale descendante, tabes cérébro-spinal descendant), soit enfin en apparaissant et en marchant de pair avec eux (tabes cérébro-spinal).

Une remarque curieuse, faite par la plupart des observateurs, c'est le balancement qui se produit souvent entre les symptômes paralytiques et les symptômes tabétiques, l'apparition des premiers atténuant les seconds, et inversement.

Cette succession ou cette coïncidence des deux affections doit être considérée non comme une association de deux maladies différentes, mais comme la réunion, sur le même névraxe, de processus reliés par les plus étroites affinités étiologiques, cliniques et évolutives (DUPRÉ).

Nombre d'auteurs ont étudié, cliniquement et anatomiquement, ces diverses formes de tabes cérébro-spinal. Bornons-nous à citer à nouveau les noms de PIERRET, JOFFROY, RAYMOND, NAEGOTTE, DÉJERINE et THOMAS, PERPÈRE, etc., etc.

## ARTICLE VII

## SCLÉROSE EN PLAQUES

Les troubles psychiques de la *sclérose en plaques* ont été maintes fois signalés et étudiés depuis CHARCOT et VULPIAN.

Ces troubles psychiques de la sclérose en plaques, si on laisse de côté les symptômes *hystériques*, *neurasthéniques* et les simples modifications du *caractère* et de l'*humeur* que l'on peut



rencontrer, appartiennent presque tous au *syndrome paralytique*. On ne saurait être surpris de cette fréquence du syndrome paralytique dans la sclérose en plaques, étant donnée la constance, dans cette affection, des lésions méningo-corticales, bien décrites par PHILIBERT et JONES.

Psychiquement, ce qui domine c'est la *démence*, qui ne fait guère jamais défaut. Cette démence, constituée par un affaiblissement inégal et irrégulièrement progressif de l'intelligence, est moins intense et moins globale que dans la paralysie générale.

Elle peut s'accompagner, comme celle-ci, d'idées délirantes, en particulier d'idées de grandeur ou d'idées hypochondriaques, mais bien moins fréquemment et à un bien moindre degré.

En revanche, il s'y joint d'habitude de l'*hyperémotivité*, de la *sensiblerie*, du *rire* et du *pleurer spasmodiques*, sans parallélisme avec l'altération psychique (DUPRÉ).

PHILIPPE et CESTAN, qui ont repris récemment (1903) l'étude générale des troubles psychiques dans la sclérose en plaques, concluent que ces troubles y sont relativement plus rares qu'aurait pu le faire croire l'ensemble incomplètement vérifié des observations citées à ce jour et que ces troubles psychiques, ainsi que l'avait déjà noté VULPIAN, sont *variables, inconstants, irréguliers*, comme les lésions dont ils dépendent.

GEAY (th. Lyon 1904) accorde au contraire, avec LANNOIS, une grande importance aux troubles psychiques dans la sclérose en plaques.

Quoi qu'il en soit, le diagnostic entre la sclérose en plaques et la paralysie générale peut être difficile (CHARCOT, VARIOT, SOUQUES, etc.) et il est nécessaire de l'établir à la fois sur les symptômes physiques et les symptômes psychiques.

## ARTICLE VIII

## SYRINGOMYÉLIE

Plusieurs auteurs, parmi lesquels MAGNAN, FÜRSTNER, OPPENHEIM, JOFFROY, ont signalé l'association possible de la *syringo-*

*myélie* et de la *paralysie générale*. Le fait est assez rare d'ailleurs et ne comporte pas ici de considérations détaillées. Disons simplement que dans certains cas, comme dans celui de JOFFROY, cette association passe inaperçue et les lésions de syringomyélie ne sont constatées qu'à l'autopsie.

Quant aux troubles psychiques de la syringomyélie, jusqu'ici ignorés, il ont été mis en lumière, tout récemment, par P. MARIE et G. GUILLAIN (1903).

Il résulte des observations de ces auteurs que les troubles psychiques, indépendants de toute autre cause apparente, sont très fréquents chez les syringomyéliques, surtout à une phase avancée de leur affection et qu'ils se présentent sous forme d'*affaiblissement dementiel*, de *confusion mentale*, de *délire polymorphe*, de *délire hallucinatoire*, d'*idées de persécution*, de *mysticisme*, d'*érotisme*, de *mélancolie* pouvant aboutir au *suicide*, fait confirmé par REDLICH.

Ce qui paraît dominer, par conséquent, dans les psychoses de la syringomyélie, ce sont les diverses variétés de la *confusion mentale* avec délires diffus à teinte mélancolique.

E. DUPRÉ estime que ces troubles psychiques semblent devoir être rapportés, au moins dans quelques cas, à l'action, dans un cerveau prédisposé, de processus toxi-infectieux autochtones, développés dans l'organisme, peut-être dans les centres nerveux eux-mêmes, en un mot à une auto-intoxication qui expliquerait à la fois l'apparition ultime et la grande signification pronostique de ces troubles psychiques, avant-coureurs de la mort.

## ARTICLE IX

## MALADIE DE PARKINSON

Bien que les lésions anatomiques de la *maladie de Parkinson* ne soient pas encore bien connues, nous croyons devoir la mentionner ici et non au chapitre des névroses pures, dont elle s'éloigne par la plupart de ses caractères.

Les opinions sont loin d'être concordantes en ce qui concerne