

SUR LA PARALYSIE GÉNÉRALE.

(Leçons rédigées par le Dr Motet.)

AVANT-PROPOS.

Nous publions ici quatre leçons cliniques faites, l'année dernière, par Lasègue à l'hôpital de la Pitié sur la paralysie générale et recueillies par l'un de ses élèves.

En 1853, il avait publié, pour le concours d'agrégation en médecine, une thèse magistrale sur la *Paralysie générale progressive*, qui est encore aujourd'hui restée classique.

Cette thèse était en rapport avec les idées qui régnaient à cette époque sur cette maladie et qui sont encore actuellement celles de beaucoup de médecins. Elle contient, sous une forme concise et saisissante, la description rapide et aussi complète que possible de cette affection, considérée comme espèce morbide unique, ayant sa marche et ses symptômes spéciaux et formant comme un trait d'union entre la pathologie cérébrale et la pathologie mentale.

Mais depuis lors la science a marché. De nouveaux faits, très différents les uns des autres, ont été observés non seulement dans les asiles d'aliénés, mais dans les hôpitaux ordinaires et dans la clientèle privée, et le champ d'observation de cette maladie s'est singulièrement élargi. On a signalé dans sa marche et dans la plupart de ses symptômes de telles diversités que la conception de son unité s'est de plus en plus obscurcie, et que sa description classique s'est notablement modifiée. Sans doute, malgré les nombreuses diversités d'aspect de chaque cas particulier, beaucoup de médecins conservent encore sur cette maladie leur opinion ancienne et continuent à considérer la paralysie générale comme une affection distincte et spéciale, représentant une véritable unité morbide. Mais d'autres auteurs, et Lasègue

était de ce nombre, ont profondément modifié sous ce rapport leur opinion primitive. En présence de l'extrême variété des faits cliniques réunis aujourd'hui sous le nom trop vague et trop étendu de paralysie générale, ils se sont demandé s'il ne conviendrait pas d'admettre plusieurs espèces de paralysies générales, au lieu de n'en reconnaître qu'une seule. Les uns, sans pousser aussi loin la fragmentation pathologique, se sont bornés à proclamer l'existence de plusieurs variétés distinctes de marche dans cette espèce morbide restée unique. Les autres, comme M. Baillarger [qui soutient aujourd'hui cette thèse avec un grand talent et une ardente conviction], ont voulu substituer la théorie dualiste à la théorie unitaire : ils ont cherché à prouver que, sous le nom générique de paralysie générale, on réunissait à tort deux maladies distinctes, la folie paralytique et la démence paralytique, dont l'une pouvait cesser momentanément d'exister chez certains malades, tandis que l'autre continuait néanmoins son cours régulier jusqu'à la mort. D'autres enfin (et c'était là l'opinion défendue par Lasègue, avec une grande énergie, dans les dernières années de sa vie) ont proclamé qu'à côté du type classique et bien connu de la paralysie générale (péricéphalite chronique diffuse), tel qu'il est admis aujourd'hui dans la science et décrit par tous les auteurs, il convenait de rechercher et de décrire plusieurs autres types voisins, présentant sans doute quelques symptômes communs, analogues à ceux de la paralysie générale vraie, mais en différant profondément par l'ensemble des autres symptômes et surtout par leur marche, et que, dès lors, il fallait admettre l'existence clinique de plusieurs espèces de paralysies générales, au lieu de n'en reconnaître qu'une seule. C'est là l'idée mère que Lasègue a développée dans les quatre leçons qui vont suivre. Dans ces leçons, il a donné, de main de maître, des indications générales très précieuses pour arriver à établir un diagnostic différentiel entre les diverses affections cérébrales chroniques, réunies aujourd'hui, à tort selon lui, sous le nom trop vague et trop compréhensif de paralysie générale, et il a conclu que ce nom devait désormais servir à désigner un vaste genre de maladies cérébrales chroniques, comprenant plusieurs espèces pathologiques distinctes et non une espèce morbide unique. C'est parce que ces leçons expriment sa dernière manière de voir sur la paralysie générale, ou plutôt sur les diverses espèces de paralysies générales, que nous avons cru devoir les publier de préférence, au lieu de réimprimer purement et simplement sa thèse d'agrégation de 1853, qui ne représentait plus son opinion actuelle sur les symptômes variés et les nombreuses diversités de marche de cette affection.

J. FALRET.

pas à se préciser davantage. Après une incubation pendant laquelle on resta stationnaire, il se fit brusquement, comme il arrive si souvent dans les sciences, un changement de front, et l'on marcha dans un sens tout opposé.

Avec Broussais, on admit que l'aliénation mentale n'était pas seulement un trouble psychique ; que les perversions de l'ordre physique avaient une importance supérieure qu'on ne devait pas négliger. On se remit à l'œuvre ; c'est à Royer-Collard que revient le mérite d'avoir franchement ouvert la voie : on ne se demanda plus jusqu'à quel point, chez les aliénés, les facultés intellectuelles différaient des facultés normales, mais quels étaient les phénomènes physiques qui traduisaient une maladie. Or, il existait dans les asiles toute une catégorie d'aliénés incommodes du même type, vivant depuis longtemps renfermés, atteints pour la plupart de troubles de l'appareil locomoteur, de la sensibilité générale, en même temps que de démence. Ces paralytiques aliénés n'avaient pas de troubles intellectuels à caractères nettement tranchés ; ils étaient réunis sous la dénomination générale de gâteux, confondus avec les idiots qui présentaient la même déchéance qu'eux. Comme on s'occupait pour la première fois des phénomènes physiques de l'aliénation mentale, l'attention se porta tout naturellement sur ces malades, sujets d'études relativement faciles, et l'on fut amené à penser que dans chaque établissement d'aliénés, il y avait un certain nombre de malades pour lesquels la paralysie était le dernier terme d'une aliénation ancienne, la démence en était le corollaire obligé ; on avait alors cette série : délire limité, à expression plus ou moins vive, affaiblissement consécutif de l'intelligence, paralysie terminale.

Mais le procédé, précisément parce qu'il était bon, ne tarda pas à donner plus. On s'aperçut bientôt que, s'il était vrai qu'un certain nombre d'aliénés devenaient déments et paralytiques après de longues années de trouble mental, il y avait à côté d'eux une autre espèce composée d'individus chez lesquels l'évolution avait été bien autrement rapide ; ils avaient franchi en

quelques mois tous les degrés qui menaient à la démence ; agités, incommodes, ayant encore un certain degré de vitalité active, mais déjà paralytiques et gâteux. Les recherches dans cette voie amenèrent à distinguer deux formes : l'une dans laquelle la paralysie survenait à la fin des démences, l'autre dans laquelle la maladie avait pris des allures rapides, et où la paralysie avait devancé la démence. Ce fut cette seconde catégorie qui constitua le groupe des paralytiques généraux aliénés.

La délimitation de ce groupe ne fut pas tout d'un coup précise ; on inclinait à penser qu'on était en présence de cas à marche plus rapide, subaiguë ; l'étude physique n'élucida pas tout d'abord le problème, et l'anatomie pathologique, qui devait plus tard donner la solution définitive, s'égara dans l'étude de lésions qu'on trouvait semblables chez les aliénés paralytiques à évolution lente, et chez les aliénés à marche rapide. C'était cependant par l'examen microscopique que devaient être fixés les caractères différentiels ; nous aurons occasion d'y revenir.

La question fut ainsi posée par les médecins aliénistes : il est possible que, dans certaines formes d'aliénation mentale, survenue, à un moment donné, de la paralysie avec des caractères particuliers, que le trouble intellectuel ait lui-même sa caractéristique, et que les lésions trouvées à l'autopsie soient d'une nature toute spéciale. L'erreur était excusable, si l'on songe que c'est seulement dans les asiles d'aliénés qu'on observe ces malades, et qu'ils n'y arrivent jamais à la première période de la maladie. Le début restait inconnu, on ne le soupçonnait même pas, tout semblait commencer à une époque voisine de l'internement, à l'heure où les troubles intellectuels avaient, par leur intensité, contraint à prendre les mesures d'isolement nécessaires.

C'est donc dans les asiles d'aliénés que se constitua la paralysie générale, c'est aux médecins aliénistes qu'appartient son histoire : il convient de mentionner ici les travaux de Delaye, de Bayle, de Calmeil (1826), de Parchappe, et leurs recherches anatomo-pathologiques. L'attention du monde médical s'éveilla,

et des asiles, les investigations s'étendirent aux hôpitaux. Les médecins qui ne s'occupaient pas spécialement d'aliénation mentale cherchèrent, dans les services hospitaliers ordinaires, les analogues au point de vue des troubles physiques, des types dont ils avaient lu la description, et, en 1846, Requin, trouvant dans ses salles un malade qui répondait, sauf le délire, au tableau tracé par les médecins aliénistes, nomma la maladie « paralysie progressive » supprimant les termes « des aliénés ».

Or, pour les médecins d'asile, le trouble de l'intelligence était constant, caractéristique, indispensable même. Pour les médecins d'hôpitaux, tels que Requin, Sandras et d'autres, le trouble intellectuel moins étudié, moins connu, ne fut pas considéré comme nécessaire, la maladie pouvait exister sans lui, et ils se demandèrent, en présence de la vive résistance des médecins aliénistes, s'il n'existerait pas une forme de paralysie générale parcourant les phases de son évolution sans que le délire y apparût. De ce conflit d'opinions surgit une question : « Existe-t-il des paralysies générales sans délire ? » qui partagea longtemps les médecins en raison même de la spécialité des études des médecins aliénistes. Vous trouverez même encore aujourd'hui des livres où cette question posée semble embrasser la généralité des problèmes que soulève l'étude de la paralysie générale. Ce serait, à mon sens, les réduire à peu de chose, et ce n'est pas ainsi qu'il convient de les étudier. La question est d'établir la place que doit occuper la paralysie générale dans le cadre nosologique, de rechercher jusqu'à quel point elle se distingue des autres maladies et si elle est toujours identique à elle-même.

Parmi les affections cérébrales qui ont avec la paralysie générale certaines analogies, il ne faut conserver pour l'étude que celles dans lesquelles il y a des troubles intellectuels. Je tranche donc absolument la question : il n'y a pas de paralysie générale sans troubles intellectuels. Il importe aussi de ne pas confondre avec elle, de ne pas rapprocher d'elle, toutes les affections cérébrales à marche franchement et complètement

aiguë. Il n'y a pas de diagnostic à faire entre la paralysie générale, affection chronique, et les maladies cérébrales qui parcourent en deux ou trois semaines, par exemple, les phases rapides de leur évolution.

Je sais que ces affections cérébrales aiguës sont celles que vous connaissez le mieux ; elles répondent à quatre ou cinq types qui vous paraissent résumer la généralité des affections cérébrales, au delà vous n'entrevoiez rien ou presque rien. L'observation attentive du malade vous montrera votre erreur. Vous n'avez pas tout dit quand vous avez affirmé qu'un homme avait une apoplexie, un ramollissement (et quelle latitude ne vous laisse pas le ramollissement !), une méningite, une tumeur cérébrale. Il se peut que vous soyez satisfaits de votre diagnostic, et, si l'autopsie vient le confirmer, vous trouverez sans doute que vous êtes arrivés à la précision diagnostique en fait de maladies cérébrales. Et cependant, à côté de ces maladies aiguës incontestables, il y en a d'autres qui sont chroniques, et dont l'évolution n'est pas moins curieuse à suivre. Elles n'entrent pas dans votre programme, je le sais, elles ne vous arrêtent pas, et vous les qualifiez, un peu au hasard, de méningites chroniques. Pourriez-vous donc sous cette appellation vague déterminer ces maladies cérébrales dont l'invasion est soudaine, qui procèdent par attaques successives de durée variable d'un jour, de deux jours, quelquefois d'une heure ? A la suite de cette secousse considérable, énorme, phlegmasique ou autre, l'individu va rester dans un état de dépression intellectuelle ou dans un état de paralysie tantôt partielle, tantôt plus ou moins généralisée. Dans un espace de temps très court, ce malade aura perdu de ses facultés intellectuelles ou physiques, il restera considérablement abaissé, amoindri ; il entrera d'emblée dans la chronicité ; mais cet état chronique ne sera pas à évolution uniformément progressive. Il procédera par secousses ; à chacune d'elles, il y aura une déchéance plus marquée, mais ce ne sera pas de la paralysie générale. Ces secousses, ces attaques, vous pourrez bien les retrouver dans la paralysie générale,

mais ce que vous observerez aussi, c'est qu'entre chacune d'elles, en dehors d'elles, la démence ira toujours croissant.

Vous voyez que j'élimine les affections cérébrales aiguës et même les affections cérébrales chroniques à grandes secousses, qui débutent à la manière d'une attaque pseudo-apoplectique, qu'on a réunies sous le nom de congestions cérébrales vives, intenses, et qui sont encore si peu connues.

Je les élimine bien qu'elles aient avec la paralysie générale des points de contact assez nombreux pour que le diagnostic reste souvent difficile; aussi bien pour cela, d'ailleurs, que pour ces formes frustes où la maladie débute lentement, marche progressivement, intéressant à la fois l'intelligence, la sensibilité, le mouvement, sans avoir toutefois les allures propres de la paralysie générale. Là, en effet, le diagnostic différentiel devient difficile, car il s'agit de comparer la paralysie générale à des espèces inconnues ou mal décrites. Ces difficultés je ne chercherai pas à les éluder, et résolument, je tends à élargir le cadre de la maladie, à aborder l'étude comparée de la paralysie générale et d'autres affections cérébrales.

Je ne me renfermerai pas dans le simple problème de savoir s'il y a, oui ou non, une forme de paralysie générale sans délire, je trouve cette donnée insuffisante. Je ne négligerai pas plus les difficultés d'un autre ordre, tenant à ce que, pendant son décursus, la paralysie générale se complique avec d'autres états cérébraux, à ce qu'elle peut, à un moment donné, dévier de son type, présenter de singulières anomalies. Dans un organe dont la physiologie est encore si peu connue, on peut avoir affaire à une série de lésions très délicates et dont l'existence prépare de singuliers mécomptes.

Pour bien des cas, vous n'aurez pas de certitude, et il vous sera parfois difficile d'arriver à en acquérir une. Ce qu'il y a de sage, c'est de décrire un type de la paralysie générale; de prendre une succession de faits, de les décrire exactement, tout en ayant soin de faire cette réserve, que cette succession de symptômes ne représente pas tout ce qui se peut observer :

nous la prenons comme une mesure, laquelle s'applique à un très grand nombre d'objets, qui cependant ne sont pas forcément adaptés tous à cette même mesure. Ce type de la paralysie générale que je vais vous présenter ne répond qu'à un certain nombre de malades; mais il me sera permis, avec lui, de vous dire ce qui dans tel autre cas se présente soit en plus, soit en moins.

Un homme, entre trente et quarante ans (c'est l'âge de la maladie; après cinquante ans, vous ne la rencontrerez que par exception, et toujours plus fréquemment chez l'homme que chez la femme), jusque-là vigoureux, bien portant, actif, devient un peu triste; il ne prend plus le même intérêt qu'autrefois à ses occupations accoutumées, il s'ennuie; c'est à peine si son entourage prend garde à ce changement d'humeur. Son sommeil n'est pas troublé, son appétit est le même, son activité ne semble pas réduite. Il ne se plaint d'aucun malaise, et si on l'interroge sur sa santé, il répond qu'il ne se sent pas malade. En dehors d'une tristesse mal définie, que rien ne motive, il est le même qu'autrefois; il en peut sortir encore sans grand effort. Puis cette tristesse augmente; elle prend le caractère d'une préoccupation durable, d'un souci, et l'homme semble devenir étranger à ce qui se passe autour de lui. L'attention s'éveille, on pense à un trouble moral, on ne suppose pas la maladie. Bientôt le caractère se modifie, il devient irritable, facile à agacer; il ne supporte pas la plus légère contradiction; les moindres embarras qui surviennent dans ses affaires prennent des proportions énormes, il ne sait plus parer à des difficultés qui ne l'eussent pas arrêté il y a quelques mois.

En même temps ses aptitudes au travail baissent. Il dirige encore sa maison, ses affaires, il vise sa comptabilité, mais s'il a un calcul à faire, il y mettra une demi-heure là où cinq minutes lui auraient suffi. Il s'y attache avec cette insistance que mettent à faire les choses les plus simples les gens d'une intelligence au-dessous de la moyenne. Il travaille beaucoup pour un résultat petit. Cette assiduité trompe et laisse malheu-

reusement les troubles cérébraux marcher sans intervention médicale. A quoi bon demander un avis pour un homme dont la santé physique est, en apparence, parfaite

Trois ou quatre mois se passent, et un jour on s'aperçoit que le père, le mari, le chef de famille n'est plus l'homme intelligent d'autrefois; qu'à sa tristesse succède un besoin de mouvement et d'extériorité: chez lui, au dehors, il entame des conversations qui n'aboutissent pas. A chaque instant il change de place, il sort, marche vite, et si on l'accompagne on a peine à le suivre; si on lui donne le bras, on se sent entraîné par lui: sa démarche est mal assurée, tantôt les pieds posent lourdement à terre, tantôt il heurte les pavés de la rue. A cette période, examinez l'écriture, vous verrez des inégalités qui sautent aux yeux; à côté de caractères régulièrement tracés, vous en trouverez d'autres incorrects; les pattes de mouche se mêlent aux lettres de grandeurs différentes, les pages sont couvertes de ratures, des mots sont oubliés, et sur la table de travail s'accumulent des épreuves inachevées.

L'inquiétude de la famille commence; on appelle le médecin qui, le plus souvent inexpérimenté, examine les grandes fonctions, ne constate de troubles ni du côté de la circulation, ni du côté de la respiration; les digestions sont faciles, le sommeil est bon, les fonctions génitales ne sont pas atteintes; tout au plus va-t-il penser à un embarras gastrique, à un peu de fatigue cérébrale; il conseille de distraire cet homme ennuyé, et l'intervention médicale sans profit pour le malade a l'inconvénient grave de jeter la famille dans un ordre d'idées où elle continue à s'abuser, à rester inactive. On cherche quels peuvent être les sujets d'ennuis, et on en trouve toujours. On ne s'occupe que de les écarter, et la maladie marche. Il arrive un moment où non seulement la correspondance est assez confuse pour qu'il ne soit plus possible de l'expédier, mais où l'indécision dans la marche, les inégalités dans le caractère, se doublent d'une hésitation fréquente dans l'articulation des mots. Ce n'est pas tout à coup qu'on s'aperçoit de ce trouble, il y aura, dans une con-

versation de quelques minutes, certains mots moins nettement prononcés que d'autres, puis des syllabes au milieu d'un mot, puis enfin l'hésitation portera sur les mots entiers.

Les phénomènes cérébraux, légers d'abord, apparaissent. Lorsqu'il est debout, le malade est pris d'un peu d'étourdissement. Il lui semble qu'il a de la peine à conserver son équilibre, et, sans mal de tête, il a plusieurs fois dans la journée un état de vertige fugace. La première période de la paralysie générale n'est rien de plus que cela. Je dis que pour le médecin habitué à cette étude, il y a dans cet ensemble de symptômes assez pour lui permettre de prédire, du premier coup, sinon que le malade est atteint d'une paralysie générale, du moins qu'il est sous le coup d'une affection cérébrale grave.

Dans toutes les maladies lentement progressives du cerveau, l'évolution est telle que je viens de vous l'exposer. J'insiste sur une perversion que je vous ai signalée. Presque insignifiante, peu profonde en apparence, profonde en réalité, elle s'observe plus encore du côté du caractère que du côté de l'intelligence. Les médecins ne savent pas assez quelle importance il convient d'attacher aux déviations du caractère chez les malades. Or, il n'y a pas de maladie dans laquelle les déviations du caractère se présentent sous cette forme, au début. Vous ne les trouverez d'ordinaire qu'à la dernière période des cachexies, de l'épuisement. Chez les tuberculeux, par exemple, dont la maladie est à évolution longue, vous ne trouverez rien au début qui ressemble aux perversions du caractère des paralytiques généraux. Vous verrez bien plutôt l'inverse; c'est à la dernière période qu'ils montrent la satisfaction, le contentement, l'égalité d'humeur. Ainsi, lorsque chez un homme, en pleine santé apparente, vous constaterez ces modifications profondes du caractère, survenues presque tout à coup, vous serez autorisés à porter un pronostic grave.

Il importe que ces notions restent présentes à votre esprit; dans ces phases de début, tout est fait pour vous dérouter si vous n'avez pas l'éveil d'une situation grave sous des apparences

I

La paralysie générale n'est pas une espèce aussi nettement définie que la plupart des médecins inclinent à le croire. Par un procédé commode peut-être, mais d'un résultat scientifique douteux, on établit sans effort le diagnostic différentiel entre la paralysie générale et d'autres affections cérébrales qui n'ont rien de commun avec elle ; on néglige, parce qu'on les connaît mal, toutes celles qui sous certains aspects se rapprochent de la paralysie générale. Les difficultés du problème sont doubles : elles tiennent à la nature même du sujet, elles tiennent aussi à votre défaut de préparation. Vous ne savez pas étudier les phénomènes intellectuels ; inhabiles à parler une langue qui ne s'apprend qu'à la longue, vous n'avez à votre service que des expressions sans valeur ; et, quand vous avez, un peu au hasard, prononcé les termes de débilité mentale, d'affaiblissement intellectuel, vous êtes restés dans les généralités vagues, vous n'avez rien fixé d'une manière décisive. Dans cette étude où rien ne s'improvise, où il faut suivre pas à pas l'évolution de la maladie, vous vous arrêtez à la surface, parce que vous n'êtes pas mûrs pour cette acquisition nouvelle. Il me faudra donc vous préparer par des notions préliminaires, à comprendre. Pour la paralysie générale vous y arriverez d'autant plus vite que la maladie est de découverte récente, et qu'on en peut plus facilement suivre la genèse.

De tout temps, il y a eu, dans les asiles d'aliénés, une catégorie d'individus remarquables par les exagérations vaniteuses ou satisfaites de leur délire. Si variés que soient les types, vous y retrouverez l'ambitieux qui, dans ses redites monotones, vous parlera de sa haute situation, de sa parenté avec Dieu, de ses rapports avec les puissants du jour ; de ses alliances et de son

pouvoir. Il ne sortira pas de cette sphère ; il n'ajoutera rien à un délire qui le laisse satisfait, et vous le verrez, si grandes que soient ses orgueilleuses visées, se plier à la règle des maisons d'aliénés, se prêter sans grande résistance à des soins domestiques, à d'humbles corvées, comme s'il eût oublié pour un moment qu'il était tout à l'heure un monarque, un prophète, un Dieu.

A côté de ces aliénés, on rencontre une autre catégorie de délirants ambitieux sous une forme singulière. Leurs conceptions vaniteuses sont vagues, sans limites précises, incohérentes.

Elles n'ont rien de fixe : dans la première catégorie le délire une fois constitué restait immuable ; dans la seconde, il s'étend, il devient diffus. Les aliénés de ce genre sont riches à millions et leur générosité est sans bornes ; ils se croient toutes les qualités, toutes les aptitudes, et, mobiles à l'excès dans leurs manifestations délirantes, ils ajoutent sans cesse aux exagérations de la veille, jusqu'au jour où le cercle se rétrécit, et où les idées de richesses se traduisent seulement par les mots d'or, d'argent, de diamants, etc.

Ce type n'avait pas échappé aux observateurs. Esquirol l'avait décrit, il admettait une monomanie ambitieuse, il en signalait les variétés, mais il n'était pas allé plus loin ; c'étaient alors encore des aliénés ; comme tous les autres, ils restaient confondus dans les catégories communément admises.

Au temps d'Esquirol l'étude de l'aliénation mentale était simplement symptomato-psychologique ; on croyait avoir tout dit quand on avait déterminé la forme sous laquelle le trouble intellectuel pouvait se traduire. C'était l'époque où l'école psychologique s'ingéniait à chercher les troubles des facultés de l'entendement humain, à retrouver chez les aliénés les troubles de l'attention, de la mémoire, du jugement, du raisonnement, etc. Cette première phase de l'étude de l'aliénation mentale fût d'une durée longue. Pendant son cours, on vit pourtant se dessiner une tentative d'observation de symptômes assez sévère pour détacher une espèce dont les caractères ne tardèrent