

Neurologie et de Psychiatrie

JOURNAL DE

L'ENCÉPHALE

Publication de

LES FORMES PSYCHOSIQUES  
CHEZ LES PARALYTIQUES GÉNÉRAUX MALARISÉS  
ET LA NOTION DE DÉMENCE PARALYTIQUE

PAR

G. VERMEYLEN et P. VERVAECK

de Bruxelles

Tome XXV Nos 8 et 9 — Septembre - Octobre - Novembre 1930

Gaston DOIN et C<sup>ie</sup>, Éditeurs  
8, Place de l'Odéon, Paris (VI<sup>e</sup>)

En pathologie interne, on n'a pas souvent la bonne fortune de saisir sur le vif les réactions de défense de l'organisme humain aux prises avec une infection expérimentale. C'est un des grands mérites de Wagner von Jauregg d'avoir orienté dans cette voie les recherches de ses élèves ; si elles ne paraissent pas encore avoir donné l'explication du mécanisme thérapeutique de l'impaludation, elles ont enrichi la pathologie générale — en particulier celle du liquide céphalo-rachidien — d'une documentation d'un haut intérêt.

Sans doute est-ce en psychiatrie que l'impulsion novatrice s'est fait le plus vivement sentir et qu'elle est le plus susceptible de répercussions éloignées. Voici que s'est modifiée radicalement le pronostic virulence.

Le malariologue suit avec étonnement le cycle de ces souches parasitaires qui se multiplient depuis plus de dix ans sans passer par l'hôte intermédiaire où puisse s'achever leur évolution, et s'ingénie à surprendre les modifications de leurs aptitudes biologiques et de leur

La méthode thérapeutique instaurée par l'illustre psychiatre viennois est incontestablement une innovation des plus fécondes ; à mesure que l'expérience s'étend sur une plus vaste échelle, elle évoque de nouveaux et délicats problèmes de biologie et de psychiatrie, bouleversant notions traditionnelles et doctrines classiques.

# LES FORMES PSYCHOSIQUES CHEZ LES PARALYTIQUES GÉNÉRAUX MALARIÉS ET LA NOTION DE DÉMENCE PARALYTIQUE

PAR  
G. VERMEYLEN et P. VERVAECK  
de Bruxelles  
v) Rue Saint-Roman, Bruxelles

EXTRAIT DE L'ENCEPHALE, Journal de Neurologie et de Psychiatrie. —  
N° 8, 1930. — G. Doin et Cie éditeurs, 3 Place de l'Odéon, Paris (VI<sup>e</sup>).

x) 35 Rue Verhulst, Nette 3, allei

d'une affection mentale qui semblait ne plus pouvoir prêter à discussion. La paralysie générale semblait la moins qualifiée pour fournir des documents à la psychopathologie, et voici que la conception de la démence, déjà ébranlée, émietlée par l'effort tenace d'une analyse subtile, s'effondre en présence de ces récupérations mentales inattendues. Bien plus, on voit, à la faveur des perturbations biologiques et histologiques dues au traitement malarique, surgir des syndromes psychiatriques qui s'apparentent ou même s'identifient à ceux dont la nature lésionnelle, quoique souvent pressentie, restait encore le champ clos des théories et des hypothèses. Et le tableau clinique de la paralysie générale, qui paraissait définitivement tracé, se modifie profondément ; les formes atypiques : hypocondriaques, dépressives, querulantes, hallucinatoires, catatoniques, se multiplient de façon inquiétante.

### I. — LES FORMES « PSYCHOSIQUES » DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE

Les formes psychosiques, pour les appeler d'un terme qui fit récemment fortune, étaient jadis fort rares. Les auteurs qui en parlaient les citaient comme des exceptions et, pour la plupart, reconnaissaient qu'elles n'étaient possibles que dans la période prémonitoire de la paralysie générale, ou au cours de paralysies générales torpides et dont le diagnostic différentiel avec les réactions mentales de la syphilis cérébrale était difficile à établir. Bien rares, en effet, étaient les cas, comme ceux d'Arnaud, de Lhermitte et Parant (1) où les protocoles d'autopsie permettaient d'incriminer à l'évidence la paralysie générale.

Au contraire, depuis l'application de la pyrétothérapie, ces formes psychosiques se sont multipliées de façon impressionnante. Malgré le peu d'observations rapportées jusqu'à ce jour, nous savons par notre expérience personnelle et par les dires de plusieurs de nos confrères des asiles, que ces types deviennent de plus en plus fréquents. On commence même à s'inquiéter sérieusement de leurs conséquences au point de vue de l'assistance de ces malades et de leurs réactions médico-légales.

C'est Gerstmann (2) qui, le premier, en 1925 a signalé l'évolution de la paralysie générale malarisée vers ces formes psychosiques. Mais il n'en a décrit qu'un des aspects, le plus fréquent, il est vrai, et le

(1) LHERMITTE et PARANT. — Communication au Centenaire de la thèse de Bayle  
 (2) GERSTMANN. — Die Malariabehandlung der progressiven Paralyse, 1925.

plus typ  
 niforme  
 Il y voit  
 tique dif

Depui  
 de la q  
 même, u  
 sous un  
 que ces f

Seuls,  
 classer o  
 rédaction  
 paralytic  
 stuporeu  
 pas à l'  
 apprécia

Dès 19  
 décrit un  
 visé par  
 l'apparit  
 larisés (2  
 eu l'occa  
 d'états p  
 choses en  
 que nous  
 basant s  
 occasion,  
 temps, m  
 générale,  
 formes m

La for  
 à l'heure  
 Bien a  
 rielles de

(1) LEROY  
 Méd. Psych.  
 (2) VERME  
 1926.  
 (3) VERME  
 malarisés. A

## LES FORMES PSYCHOSIQUES CHEZ LES PARALYTIQUES GÉNÉRAUX MALARISÉS ET LA NOTION DE DÉMENCE PARALYTIQUE

PAR

G. VERMEYLEN et P. VERVAECK  
de Bruxelles

### II. — LA DÉMENCE PARALYTIQUE

Un des premiers problèmes d'ordre psycho-pathologique que soulèvent les résultats, parfois étonnants, de la pyrétothérapie, c'est celui de la démence. Car même chez les paralytiques qui virent vers les formes psychosiques dont nous venons de rappeler quelques types, la démence régresse, au moins temporairement, et même disparaît complètement. Que devient dès lors la vieille notion de la démence, syndrome irréversible ? Et tout particulièrement, que devient la démence paralytique, qui était considérée par la plupart des auteurs classiques comme étant le symptôme psycho-pathologique le plus important et le plus précoce de la paralysie générale ?

Il est bon, à cet égard, de rappeler l'évolution que nos conceptions sur la démence ont subie au cours de ces 25 dernières années.

L'affaiblissement de toutes les facultés mentales, quoique pouvant prédominer sur telle ou telle d'entre elles, semblait aux auteurs anciens une altération définitive, c'était la ruine de la pensée, un état irréversible, incurable par définition, et, comme le rappelait Minkowski,

cette con  
elle trouva  
alors en v  
avaient ar  
faillances  
grise. Cett  
Klippel  
plète ma  
drites et  
et la syne  
attentive  
quirol n'a  
varier » ?

La pre  
lorsqu'il  
de la dér  
Mais sa c  
de la not  
par Chas  
définitifs  
là étendr  
avaient é  
de sépar  
et mérite

Une d  
cienne th  
tieuseme  
temps de  
la portée  
précoce.  
coce n'é  
démence  
terme qu  
timide, l  
Les auto  
mence »

(1) KLIN  
Art. *Déme*  
(2) TOUL  
1905.  
(3) P. 1

tion et c'est ce qui donne à l'activité spontanée du sujet un aspect plus dementiel.

La démence semble donc bien n'être jamais un état initial, s'installant brusquement et sans transition. Elle est toujours précédée d'une période, généralement assez longue, de phrénolèpsie qui peut revêtir tous les caractères de la démence mais sans en avoir la continuité et l'irréversibilité.

La démence elle-même n'apparaît que tardivement et par transitions insensibles; elle est un état terminal, s'installant progressivement et suivant la marche croissante de lésions cérébrales de plus en plus étendues et profondes.

### III. — LA SIGNIFICATION NOSOLOGIQUE DES FORMES PSYCHOSIQUES

Un autre problème non moins intéressant est celui que pose l'évolution de certaines paralysies générales malariées vers des états mentaux dont nous avons décrit quelques modalités. Nous assistons la vraiment à la formation par des mécanismes encore mal élucidés, et dont nous aurons à parler, de syndromes psychosiques qui se substituent en tout ou en partie au tableau habituel de la paralysie générale.

On ne peut ne pas être frappé du changement qui se produit, parfois assez brusquement, chez ces malades. Avant la cure malarique ils se présentaient, la plupart du temps, comme des paralysies générales classiques; pendant la cure l'état restait à peu près semblable, tout au plus voyait-on parfois s'ajouter quelques épisodes confusionnels avec ométrisme. Puis peu à peu, à mesure que l'état paralytique s'amende, on voit apparaître des symptômes nouveaux et la psychose se constitue, souvent en très peu de temps, sur d'autres bases. Le malade qui était jovial et bon enfant devient méfiant, soucieux, voire agressif et vitre vers des états hallucinatoires, ou quérulants, ou hypochondriaques, ou bien encore il prend une allure nettement maniacodépressive ou schizophrénique.

Des états semblables ont été décrits, comme nous l'avons déjà signalé, soit au début de l'invasion de la méningo-encéphalite, soit dans l'encounter des états psychosiques des paralysies malariées, qui semblent devenir de plus en plus fréquents. Et plus rarement encore ils ont ce caractère de changement radical du tableau clinique qui, de

les circonstances  
taux qu'on peut

dement mental.  
les plus comm-  
me de la même  
dant pour quel-  
ême au cours de  
rénusites et les  
l'exécution de

chronique, de-  
une allure plus  
tant est intéres-  
en prolongée et  
ne nerveux, on  
a desappris  
vant sa mala-  
es déjà mis en  
rét temporaire,  
ouvement que

ce, ni même de  
«énolepse», de  
et les plus ré-  
est-à-dire des

Le caractère  
u cours même  
rsque cet état  
ction ni lésion  
onnement des

le plus cette  
de la « direc-  
de Mignard.  
fragmentaire,  
ue l'on cons-  
mise au point  
ments d'elec-

par les modifications que la pyrétothérapie a amenées dans l'action de l'agent syphilitique.

Ce sont ces modifications qu'il nous reste à envisager maintenant.

\* \* \*

#### IV. — LA PATHOGENIE DE CES PSYCHOSES

Il n'y a donc pas évolution d'un état démentiel vers un état psychosique, mais suppression, dans certains cas tout au moins, de l'état phrénoleptique et formation, sur un nouveau plan psychique et peut-être organique, d'une psychose.

Ce que nous avons dit de l'allure symptomatique de ces psychoses semble en effet indiquer nettement que des éléments nouveaux d'ordre organique interviennent, tout au moins dans les cas malheureux où l'ancien paralytique général fait après sa cure malarique un état psychopatique.

Voyons si des constatations biologiques ou anatomo-pathologiques corroborent cette donnée clinique : la substitution d'un état démentiel par un état psychosique. Car telle était on s'en souvient la conception de Gerstmann : en publiant les premières observations de psychose post-malarique, il n'y voyait pas un signe en soi défavorable, mais le témoignage d'un remaniement biologique et histologique profond.

Les anatomo-pathologistes et les syphilitigraphes ont tout d'abord cherché la solution d'un problème plus étroitement délimité : le rapport entre les modifications humorales et anatomiques d'une part, et la rétrocession clinique du syndrome paralytique d'autre part.

Le côté biologique de la question a été brillamment abordé par le professeur agrégé Dujardin (de Bruxelles) dans son rapport au Congrès de dermatologie (1929) (1). Les données qu'il a invoquées cadrent d'ailleurs avec une conception de l'infection syphilitique et de la parasymphilie que cet auteur a depuis longtemps soutenue et développée avec une érudition, une ténacité et une ingéniosité des plus remarquables. Si la malariation détermine les heureuses transformations cliniques que l'on sait, c'est que, avec plus de sûreté que d'autres techniques, elle provoque l'allergisation d'une syphilis restée anallergique.

L'apparition de gommées cutanées chez des paralytiques malariés est une des preuves cliniques les plus solides. Dujardin fait état des cinq obser-

(1) DUJARDIN. — Mécanisme des actions de la malaria sur l'organisme syphilitique.

ptomatiques, ou de traumatisme, l'état est rarement la prédominance de l'ensemble.

risées optam- est rarement la prédominance de l'ensemble.

que nous re- les hallu- it en peu de essai de se (interven- pour tendre

VII) a fait andriques et ce la plus ca- réoccupations l'orientation

ion, il s'était professionnelle affectif par ce positif de ses guéri. Cette an cours du- a par la suite vent leur ca- les nous per- u associée et nt influencée

**MYOPATHIE PRIMITIVE PROGRESSIVE  
A TYPE FAMILIAL**

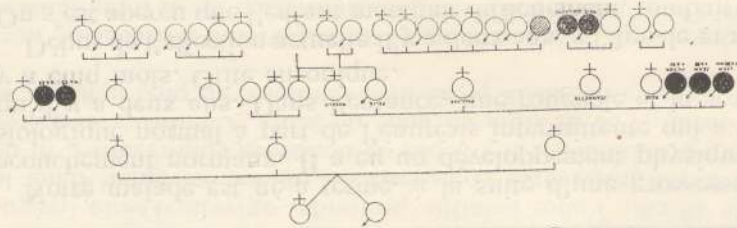
par les D<sup>rs</sup> G. VERMEYEN et MINNE

(Travail du Centre Neurologique. — Médecin-chef : Dr LAKURIELLE)

La myopathie primitive progressive est actuellement bien connue grâce aux travaux de Duchenne de Boulogne, Erb, Landouzy et Dejerine, Charcot, P. Marie, Thomsen et bien d'autres. Il ne se passe pas d'année sans que des études, précisant des points de détail, ne viennent apporter des lumières sur l'un ou l'autre élément de cet ensemble nosologique. C'est surtout la pathogénie de l'affection qui attire actuellement l'attention. Si les théories musculaires et nerveuses centrales comptent encore de chauds partisans, il est certain que la plupart des auteurs modernes, parmi lesquels Grayson, Prévost, S. D. W. Landlum, inclinent plutôt vers une conception faisant entrer en jeu les glandes endocrines.

Le cas que nous avons l'honneur de présenter aujourd'hui à la Société de Neurologie est un cas en somme assez classique, mais qui mérite pourtant d'attirer l'attention par son étiologie familiale particulière et par les aperçus pathogéniques qu'il autorise.

V. G., est âgé de 13 ans. Son père a 49 ans et est bien portant. Rien de particulier n'est signalé ni chez les parents du père, ni chez ses frère et sœur. Du côté maternel, au contraire, il y a une lourde hérédité identique qui est représentée dans le tableau généalogique ci-joint. L'arrière-grand-père maternel du jeune malade était un



colosse, ne buvait pas et n'avait eu aucune maladie apparente. On ne sait rien de ses collatéraux. Il est mort du choléra en 1889. Des collatéraux de l'arrière-grand-mère, on ne sait rien non plus. Elle-même semble avoir été bien portante jusqu'à ce qu'elle ait été atteinte du choléra, la même année que son mari, et en soit morte. De leur union sont nés trois enfants, dont la grand-mère du malade est l'aînée. La deuxième fille s'est mariée et a eu trois enfants, tous trois encore en vie et bien portants : une fille mariée sans enfants, une fille célibataire et un fils marié sans enfants. La fille cadette a eu cinq

**Apparition du syndrome hypocondriaque  
chez les P. G. malarisés**

Par les Drs G. VERMEYLEN et P. VERVAECK (de Bruxelles)

Depuis les travaux de Gerstmann (1), les modifications psychiques survenant chez les P. G. malarisés ont de plus en plus attiré l'attention des cliniciens. Jusqu'à présent, il semble bien qu'on ait surtout insisté sur un syndrome assez particulier, consistant, d'après la dénomination de Gerstmann, en réactions hallucinatoires-paranoïdes et catatoniques, qui ont été classées par les uns dans le syndrome schizophrénique et par les autres dans le syndrome hallucinatoire chronique. Par contre, les modifications à type hypocondriaque ont été laissées dans l'ombre, peut-être à cause de leur moindre fréquence.

Bien entendu, dans la P. G. non traitée, les tendances dépressives hypocondriaques ont été depuis longtemps signalées. Baillarger, qui fut un des premiers à les décrire, les distinguait nettement, dans sa communication faite en 1857 à la Société de Médecine de la Seine, de l'hypocondrie ordinaire et même du délire mélancolique. Ce délire hypocondriaque est un délire de négation et d'obstruction d'organes : par son allure bien spéciale, il pourrait aider dans une large mesure à poser le diagnostic puisqu'il se rencontrerait neuf fois sur dix chez les paralytiques généraux.

Toutefois, cette variété clinique ne fut pas admise sans contestation ; au cours des mémorables débats de 1858 à la Société Médico-Psychologique sur la nature de la P. G., Pinel (neveu), discutant le mémoire de Baillarger, estime que le délire décrit par cet auteur n'est pas spécifique de la P. G. ; il le trouve intimement uni aux idées délirantes dépressives qui tantôt apparaissent simultanément, tantôt alternent avec les préoccupations hypocondriaques dans cette affection.

(1) GERSTMANN. — *Le traitement de la P. G.*, 1925.



## Le traitement de la paralysie générale par la pyrétothérapie

intéressante (1)  
Dr VERMEYLEN

La méthode pyrétothérapique de la P. G. est tellement entrée dans le domaine public depuis quelques années que le médecin qui en ignoreait les modalités d'application se verrait en danger d'être instruit par les familles mêmes de certains de ses malades. D'autre part, tant de bruits contradictoires circulent sur les avantages et les inconvénients de ce nouveau traitement qu'il n'est peut-être pas inutile d'en tenter un exposé tant soit peu systématique. Je n'oserais, pour le faire, tout autant sur mon expérience personnelle que sur les données d'une littérature déjà très fournie et passablement touffue.

Jusqu'au moment où la pyrétothérapie a complètement détrôné les autres tentatives thérapeutiques, les interventionnistes utilisaient presque uniquement les traitements spécifiques ordinaires. Ces dernières années, des essais multiples furent tentés avec les divers arsenicaux. On les utilisait tantôt à de fortes doses jusqu'à 1 gr. 80, tantôt à de petites doses fréquemment répétées de 10 à 20 centigrammes, par séries de 6 à 7 grammes (Sicard). Des tentatives avaient été faites par voie intrarachidienne et cérébrale (Marinisco, Levaditi et A. Marie), par voie intraveineuse (Hammond et Scarpi), par ponction de la carotide interne (Enderlen et Knauer). Toutes avaient été peu encourageantes, quand elles ne donnaient pas des résultats franchement mauvais. Depuis quelque temps, les arsenicaux ont attiré à nouveau l'attention par des succès thérapeutiques réels dus cette fois à des arsenicaux pentavalents sous forme de tryparsamide en Amérique, de stovarsol et de trépanol en France.

Les tentatives pyrétothérapiques, elles, remontent plus haut dans le temps qu'on ne le pense généralement. Depuis très longtemps, les psychiatres avaient remarqué l'influence que la fièvre pouvait avoir sur les maladies mentales. Au cours de maladies intercurrentes, il est en effet fréquent de voir des déments précoces catatoniques p. e. sortir de leur stupeur et reprendre, au moins temporairement, une existence psychique presque normale. C'est à Reuss que revient le mérite d'avoir essayé le premier d'introduire la thérapeutique par les fièvres dans le traitement des maladies mentales. Dès 1786, il essaya de traiter diverses psychoses par la variole. Cet essai resta isolé jusqu'en 1786, date à laquelle Rosenblum fit un nouvel essai de traitement des psychoses par les fièvres, en recourant cette fois à la fièvre récurrente.

(1) Communication faite à la Société Médico-Chirurgicale du Brabant. Séance de mars 1928.

Odessin

Quelques moyens cliniques à propos du diagnostic  
de l'héredo-syphilis à forme mentale

Par N. DECAMPS et G. VERMEYLEN (de Bruxelles)

Dans l'état actuel de nos connaissances cliniques, le diagnostic de l'étiologie héredo-syphilitique d'un syndrome mental est toujours d'une extrême complexité. Il faut s'astreindre à rejeter tout diagnostic d'héredo-syphilis, soit probable, soit possible : cette étiologie doit être nettement définie, puisqu'il en découlera une action thérapeutique devant être longue-ment poursuivie et qu'il ne serait pas sans danger d'appliquer à des malades non spécifiques. On diagnostique difficile, et, cependant, diagnostic devant être très précis. Il faudrait donc pouvoir s'appuyer sur une série de signes qui emportent une conviction définitive. Nous ne dirons rien des altérations morphologiques, ni des malformations dentaires, ni des lésions oculaires ou labyrinthiques, ni des péritostites des os longs, et surtout de la tumeur interne des os du crâne, ni de l'examen hématologique, ni de l'atteinte des systèmes réticulo-endothélial et endocrinien, ni des signes cardiaques. La recherche de ces signes est du ressort du médecin spécialiste, et entraîne des examens de laboratoire longs et coûteux. Nous avons voulu faire œuvre utile en mettant à la disposition des aliénistes et neurologistes les résultats de notre expérience en ce qui concerne des signes aisément mis en évidence par les méthodes cliniques habituelles.

Nous voudrions parler de l'enquête familiale, des convulsions, du Bordet-Wassermann et de l'épreuve thérapeutique.

I. L'ENQUÊTE FAMILIALE

C'est ici l'assise fondamentale du diagnostic de la syphilis héréditaire. Il faut interroger et examiner non seulement les frères et sœurs du malade, mais aussi s'informer de l'existence d'enfants morts en bas âge, d'enfants mort-nés, d'avortements,