

survient, que les malades tombent à la longue dans la démence.

Ce processus pathologique, avant tout *accidentel*, diffère notablement, on le voit, du précédent. Ici, il existe pour ainsi dire trois stades successifs : un premier stade, stade aigu, qui n'est autre qu'un accès ordinaire de confusion mentale, essentiellement curable par conséquent; un second stade, stade de transition, dans lequel la confusion mentale aiguë, qui prend des caractères spéciaux, tend vers la chronicité tout en restant encore curable (Confusion mentale chronique); un troisième stade enfin, stade d'incurabilité et de démence (démence post-confusionnelle). C'est, en somme, une évolution comparable à l'évolution des autres psychoses généralisées aiguës, manie et mélancolie.

Tels sont, à notre avis, les deux principaux groupes d'états contenus dans la démence précoce de KRAEPELIN.

Cela étant, il conviendrait de séparer ces deux groupes : soit pour en constituer deux variétés distinctes de démence précoce, soit pour classer le premier dans les psychoses constitutionnelles, dégénératives, avec le titre légitime de *démence précoce*, et le second dans la confusion mentale sous la dénomination de *confusion mentale chronique* et de *démence post-confusionnelle*.

La récente discussion qui a eu lieu sur le sujet au Congrès de Pau (1904) a paru montrer que, de façon générale, la psychiatrie française repoussait la conception intégrale de KRAEPELIN et tendait à admettre la parenté d'une forme de démence précoce avec la confusion mentale toxique.

Déjà du reste certains auteurs tels que CHRISTIAN, CUYLITS, ANGLADE, etc., avaient insisté sur la difficulté du diagnostic entre la confusion mentale et la démence précoce et d'autres comme LEWIS C. BRUCE et PEEBLES avaient assigné à la démence précoce une phase aiguë de confusion intermédiaire entre la période prodromique et la phase de stupeur. Depuis, la plupart des travaux parus tels que ceux de DIDE, de ROUBINOVITCH et PHULPIN, etc., ont eu également pour but d'affirmer les rapports de la démence précoce avec les processus toxiques et infectieux.

On s'explique par là et par les raisons que j'en ai données

ailleurs, comment je rattache la démence précoce à la confusion mentale, en la considérant comme un état de transition, critique mais non fatal, entre une confusion mentale aiguë qui a tardé à guérir et une démence post-confusionnelle incurable.

Pour être logique avec ce qui précède, je devrais toutefois ne classer dans la confusion mentale que le second groupe des états composant la démence précoce, le groupe des états confusionnels, et transporter le premier groupe, celui des états constitutionnels, au chapitre des dégénérescences, ou tout au moins les séparer nettement en paragraphes distincts dans la description de la démence précoce.

Je n'ai pas cru devoir aller jusque-là, pour la raison bien simple que l'étude de la démence précoce traverse en ce moment une période de tâtonnements et d'incertitude et que ce serait vouloir compliquer sa description, déjà difficile, que de la présenter sous un plan différent de celui généralement adopté.

Toutes réserves faites sur la légitimité de la synthèse nosologique de KRAEPELIN et tout en la considérant simplement comme une théorie d'attente, je me conformerai donc à l'usage en décrivant ici la démence précoce comme l'ont fait SÉRIEUX, SÉGLAS, DENY et ROY, MASSELON, qui ont vulgarisé en France les vues de l'ancien professeur d'Heidelberg. Il sera d'ailleurs facile, même à travers cette description, de tenir compte cliniquement des objections qu'elle comporte.

## § 2. — DESCRIPTION

« La démence précoce est une psychose caractérisée essentiellement par un affaiblissement psychique spécial, à marche progressive, survenant en général dans l'adolescence et se terminant le plus souvent par l'anéantissement de toute manifestation de l'activité mentale, sans jamais compromettre la vie du malade ». (SÉRIEUX.)

« La démence précoce est une psychose qui débute le plus souvent dans l'adolescence et qui est caractérisée par un affaiblissement spécial et progressif des facultés intellectuelles, évoluant plus ou moins rapidement vers la démence, soit simple-

ment, soit à travers des phénomènes aigus, qui consistent en états de stupeur ou d'agitation ou en délires plus ou moins mal systématisés ». (MASSELOX.)

**1° Étiologie.** — Bien que certains auteurs, comme BIANCHINI, la considèrent comme à peu près également fréquente dans la jeunesse et dans l'âge mûr, la démence précoce est en réalité une maladie essentiellement climatérique, c'est-à-dire liée à l'influence d'une époque déterminée de la vie, l'*adolescence*. Elle peut, il est vrai, survenir à l'âge adulte et même exceptionnellement à la ménopause (KRAEPELIN, TRÖMMER, SÉRIEUX), mais c'est d'habitude entre quinze et trente ans qu'elle se manifeste.

Sa fréquence, plus grande dans le sexe féminin pour MEEUS, CLAUS, etc., serait, pour d'autres auteurs, à peu près égale dans les deux sexes.

Le rôle de l'*hérédité* y est assez grand, quoique de proportion variable suivant les auteurs (KRAEPELIN, CHRISTIAN, TCHISCH, MEEUS, BIANCHINI). Cette hérédité peut se présenter sous une forme quelconque : psychopathique, névropathique, toxique, arthritique (CLAUS), etc. On a noté son caractère parfois *familial* et MASSELOX cite des faits dans lesquels la démence précoce s'est rencontrée chez plusieurs frères et sœurs. J'ai observé personnellement des cas très nets d'hérédité *similaire* chez la mère et l'enfant.

Bien que porteurs, pour la plupart, d'une hérédité fâcheuse, les déments précoces sont généralement d'un niveau mental au moins ordinaire et assez rarement de véritables dégénérés.

Parfois cependant, ils s'étaient déjà signalés, antérieurement à leur psychose, par des singularités plus ou moins marquées.

Comme causes occasionnelles, les plus importantes seraient l'onanisme et les excès sexuels, l'alcoolisme, le surmenage (CHRISTIAN, LEITEISEN), les émotions vives (chagrins de famille, frayeurs, échec aux examens, shocks moraux de toute sorte), la transplantation dans un milieu nouveau (collège, caserne, etc.); l'emprisonnement, le traumatisme (CROCO); enfin et surtout les troubles de nutrition, les infections et auto-intoxications, l'épuisement, en particulier l'épuisement de la croissance, du dévelop-

pement (developmental neuroses de CLOUSTON). On tend de plus en plus en effet, à considérer la démence précoce comme une psychose d'intoxication, en particulier comme une psychose d'auto-intoxication d'origine sexuelle (KRAEPELIN, TCHISCH), ou même d'auto-intoxication plus générale (RÉGIS, SÉRIEUX, MASSELOX, FEHIGE, etc.).

Signalons aussi que les maladies infectieuses aiguës telles que la fièvre typhoïde, la grippe, les accidents puerpéraux, etc., et les infections chroniques telles que la *tuberculose* (KIERNAN, DUNTON, CLAUS, ROUBINOVITCH et PHULPIN, DIDE), la syphilis, paraissent influencer sur la production de la démence précoce.

**2° Symptomatologie.** — Certains auteurs, comme WEYGANDT, décrivent la démence précoce en énumérant d'abord ses symptômes, physiques et psychiques, et en exposant ensuite ses diverses formes cliniques.

D'autres, comme SÉRIEUX, DENY et ROY, MASSELOX, suivent la maladie dans ses trois phases de début, d'état et de terminaison, en indiquant séparément dans la seconde les caractères spéciaux à chacune de ses formes. Nous procéderons comme ces derniers.

#### A) PÉRIODE PRODROMIQUE

On s'accorde à dire que l'invasion de la démence précoce est rarement aiguë et que d'ordinaire elle est constituée par une longue étape de modifications diverses survenant insensiblement et progressivement chez le sujet, au point de passer, pendant un certain temps, inaperçues.

Ce mode d'invasion est en effet fréquent, surtout dans les formes constitutionnelles, dégénératives de la démence précoce; par contre, dans sa forme accidentelle, la démence précoce commence d'emblée par un accès de confusion mentale aiguë, hallucinatoire ou stupide qui, ainsi que remarqué ANFIMOFF, peut passer inaperçu.

Lorsque le début s'opère lentement, il se traduit par des troubles du caractère consistant en nonchalance, apathie, indifférence; par des troubles intellectuels dans lesquels dominent la

faiblesse de l'attention volontaire et la difficulté de tout effort mental, par une *indifférence émotionnelle* typique qui émousse la sensibilité morale et amoindrit visiblement les sentiments et les affections.

Dès cette période, on peut voir apparaître aussi certains symptômes destinés à acquérir dans la suite une grande importance, tels que : opposition avec entêtement aux actes, même les plus simples, c'est-à-dire *négalivisme* ; docilité extrême, passive, comme suggestive, alternant, par une sorte de contraste paradoxal, avec l'opposition systématique ; mobilité extrême du caractère et variations incessantes de l'humeur ; actes extravagants et impulsions subites sous forme d'attitudes favorites, de tics, de mouvements anormaux, de fugues ; idées morbides de mysticisme, de persécution, mais surtout d'hypocondrie avec analyse consciente du *moi*.

A ces troubles psychiques se joignent à peu près constamment quelques troubles physiques : de la migraine, de l'anorexie, de l'insomnie, de la constipation, des poussées fébriles éphémères (DENY et ROY).

Le début de la démence précoce, habituellement très long, puisqu'il pourrait se prolonger, dit-on, durant des mois et même des années, ressemble fort, comme on le voit, à un état neurasthénique. Souvent, en effet, l'identité est complète.

Très fréquemment aussi, ce sont des accidents hystériques, convulsifs ou non convulsifs, qui ouvrent la scène, liés parfois aux manifestations neurasthéniques précédentes ; si bien que la maladie est prise presque invariablement pour un accès passager et sans gravité de névrose pubérale, à type neurasthénique, hystérique ou hystéro-neurasthénique.

Dans certains cas, enfin, la démence précoce s'annonce comme un accès de manie et surtout de mélancolie.

Rien n'est plus difficile, en somme, que de reconnaître à cette phase la démence précoce, car elle n'a pas de mode d'invasion qui lui soit propre, et c'est, nous semble-t-il, en se basant sur des signes insuffisants que DIEFENDORF tente de la différencier, à ce moment, de la neurasthénie et de l'hystérie.

Il en est de même et plus encore lorsque le début est rapide

et se manifeste, d'emblée ou après des prodromes névropathiques, par une crise aiguë de confusion mentale. Cette crise aiguë de confusion mentale n'offre en effet rien de particulier, qui la distingue du type classique, ce qui s'explique fort bien, puisque, suivant notre opinion, elle précède la démence précoce sans lui appartenir, sans être l'une de ses phases constituantes.

Nous n'avons donc pas à la décrire ici mais simplement à la signaler comme l'une des voies par lesquelles la démence précoce se développe et arrive à sa phase d'existence propre, c'est-à-dire à sa période d'état.

#### B) PÉRIODE D'ÉTAT

Il convient d'envisager séparément : 1° les *symptômes psychiques* ; 2° les *symptômes physiques*.

##### 1° *Symptômes psychiques.*

Quel qu'ait été son mode d'invasion, la période d'état dans la démence précoce est quelque peu différente suivant la forme de la maladie.

Nous retiendrons comme formes celles qui sont le plus généralement admises : la forme *catatonique*, la forme *hébéphrénique*, la forme *paranoïde*, bien que ces deux dernières puissent, à la rigueur, ainsi que nous le verrons, se confondre en une seule sous le nom de forme *délirante*.

Quant à la forme *simple* (TRÖMMER, SÉRIEUX, MASSELON, MASSOIN, DEIM), à la forme *fruste* (MASSELON), aux sous-variétés de la forme paranoïde (KRAEPELIN), aux formes *aboulique* et *asthénique* (MANDALARI), nous n'en parlerons pas, parce que, sauf peut-être la forme *simple* ou *fruste*, elles nous paraissent ne pas avoir droit à l'autonomie et compliquer sans nécessité évidente le cadre clinique déjà chargé de la démence précoce.

A. FORME CATATONIQUE. — Sous le nom de *catatonie* (κατατονία, en contraction), KAHLBAUM a décrit en 1874 une psychose spéciale à marche cyclique consistant en la succession de phases de mélancolie, de manie et de stupeur, accompagnées d'un affaiblissement intellectuel avec conceptions délirantes actives

mais peu systématisées, et se distinguant par des troubles du système nerveux moteur ayant les caractères de la spasticité (*Spannungs Irresein*).

Aujourd'hui, on tend généralement à admettre dans la catatonie de KAHLBAUM deux sortes d'états : l'un qui appartient à la démence précoce, dont il constitue l'une des formes cliniques principales, la forme catatonique ; l'autre qui ne serait qu'un symptôme catatonique ou cataleptoïde (catalepsie symptomatique de BRISSAUD), susceptible d'être observé dans nombre de névroses et de psychoses, en particulier dans l'hystérie, dans la mélancolie (SÉGLAS), dans le délire systématisé ou paranoïa (GRABE), dans les auto-intoxications (BRISSAUD et LAMY, LATRON, RÉGIS et LALANNE). PASINI et MADIA (1905) vont jusqu'à considérer la catatonie comme un simple symptôme d'états neuro-psychopathiques divers.

La forme catatonique de la démence précoce, telle qu'elle est conçue d'après KRAEPELIN, est constituée par des états particuliers de *stupeur* et d'*agitation* aboutissant le plus souvent à la démence et accompagnés de *négativisme*, de *suggestibilité* et de *stéréotypie*.

a. *Négativisme*. — Le négativisme est « une tendance permanente et instinctive à se raidir contre toute sollicitation venue de l'extérieur, quelle qu'en soit la nature » (KAHLBAUM). Cette tendance, véritable *folie d'opposition*, comme on l'appelait autrefois, se traduit par la résistance du sujet, non seulement aux mouvements qu'on essaie d'imprimer à ses membres, mais encore à tout ce qu'on sollicite de lui ou qu'on lui commande. Il refuse de parler, d'écrire, de se lever, de marcher, de manger, de se coucher, de se vêtir, etc.

L'opposition ne se limite pas, du reste, aux sollicitations étrangères, à de l'*hétéro-négativisme* ; elle se présente fréquemment aussi sous forme d'*auto-négativisme*, c'est-à-dire de résistance aux propres désirs, aux propres besoins du malade qui se retient autant qu'il peut d'uriner, d'aller à la garde-robe, d'avalier sa salive, de manger, etc.

Il est à remarquer que beaucoup de catatoniques font plus que de s'opposer simplement à ce qu'on veut d'eux ; souvent, ils

font exactement le contraire, et il est même possible, dans certains cas, d'en obtenir un acte déterminé en leur réclamant, comme à des enfants capricieux, la contre-partie de cet acte. WEYGANDT qui insiste sur cette tendance appelée par lui *négativisme actif*, voit là, ainsi que dans le négativisme en général, le résultat d'une *idée contraire* s'associant à l'idée du mouvement voulu ou commandé, et venant ainsi produire un mouvement opposé antagoniste. Cette explication de WEYGANDT, exprimée aussi par SÉGLAS, pour qui les manifestations automatiques de contraste psychique ne sont souvent qu'une forme atténuée supérieure de négativisme, me paraît fort juste. L'influence de l'idée contraire ou de contraste, plus considérable qu'on ne croit dans beaucoup de psychoses et de névroses (BIANCHI), particulièrement dans les tics et les obsessions (PITRES et RÉGIS), joue en effet un rôle important dans la démence précoce catatonique, non seulement sur le négativisme, mais aussi sans doute sur la stéréotypie et sur les autres symptômes d'automatisme. J'ai pu constater chez un jeune homme guéri de démence précoce catatonique typique que deux éléments psychologiques principaux le dominaient dans sa maladie : 1° une insuffisance de volonté, ne permettant pas au désir de se transformer en acte, ou suspendant cet acte au cours de son exécution ; 2° la constante opposition à l'image motrice faible de l'acte à accomplir, de l'image motrice forte de l'acte antagoniste, qui s'effectuait automatiquement. A. PICK, de Prague (1904), explique aussi les phénomènes de contraire par l'absence de l'inhibition du mécanisme antagoniste qui, d'après SHERRINGTON, accompagne toute tendance à un mouvement.

WEYGANDT a donc raison de voir dans les actes et attitudes bizarres des catatoniques, non la conséquence d'idées délirantes ou d'hallucinations, mais une perversion primitive de la volonté, une dissociation complète des éléments qui déterminent l'impulsion motrice et la perte presque complète de contrôle de la part du sujet sur ses propres actes (FINZI et VEDRANI) ou, comme disent SÉGLAS et CLAUS, une dissociation des éléments divers qui forment l'agrégat personnalité : en un mot, de *l'aboulie*. Notre propre observation tend nettement à confirmer le fait.

Elle nous a permis aussi de constater que la timidité, la gêne, l'ennui d'être regardé jouent chez certains de ces malades un rôle important dans les manifestations morbides, ce qui explique leur exagération comme voulue dès qu'ils sont en présence de quelqu'un.

Le négativisme des déments précoces qui résulte surtout, comme on le voit, d'une inhibition aboulique, peut être seulement momentané. Après quelques instances, le sujet finit souvent par exécuter, de façon même très rapide, ce qu'on lui commande. Ce phénomène, spécial pour KRAEPELIN à la démence précoce et qui la sépare notamment de la stupeur mélancolique, est appelé par lui *barrage* de la volonté (*Sperrung*).

b. *Suggestibilité*. — La suggestibilité, dans la forme de démence précoce que nous étudions, est une tendance générale, permanente et instinctive, à adopter toute sollicitation venue de l'extérieur, quelle qu'en soit la nature (DENY et ROY).

Il ne s'agit donc pas ici d'une simple aptitude à recevoir des suggestions verbales; il s'agit d'une docilité extrême, passive, complète, analogue à celle des cataleptiques, qui fait que les malades, présentant une sorte de « flexibilité cirreuse », de paratonie (BERNSTEIN), gardent toutes les attitudes, même les plus bizarres et les plus pénibles, qu'on leur communique, et exécutent tous les actes qu'on leur commande. Il suffit parfois, sans leur parler, d'écrire au tableau noir : « Levez le bras en l'air », pour qu'ils accomplissent ce geste (MASSELOX).

Cette suggestibilité va d'ailleurs chez eux jusqu'à l'imitation automatique. Ils copient d'une façon presque simiesque les attitudes et les mouvements des personnes de l'entourage, surtout celles, parmi les plus absurdes, des autres malades (échomimie, échopraxie) et répètent les paroles qu'ils entendent (écholalie) : « Comment vous appelez-vous ? » « — Appelez-vous. » « Votre nom ? » « — Votre nom. » Ou bien ils continuent plus ou moins longtemps seuls, comme une mécanique mise en branle, un mouvement de bras, de marche, de danse qu'on vient de leur faire exécuter.

La passivité des catatoniques qui est, on le voit, exactement l'inverse de leur négativisme, n'en coïncide pas moins fréquem-

ment avec lui, de façon à constituer par ce mélange, chez le même individu, d'obéissance et de résistance morbides, une sorte de contraste bizarre et paradoxal.

c. *Séréotypie*. — La stéréotypie est caractérisée par la durée anormale des impulsions motrices, qu'il s'agisse d'une contracture permanente d'un certain groupe de muscles ou de la répétition d'un même mouvement (KRAEPELIN).

Les stéréotypies peuvent être divisées, avec RICCI, SÉGLAS et CAHEN en *stéréotypies d'attitudes* (stéréotypies akinétiques) et *stéréotypies de mouvements et d'actes* (stéréotypies parakinétiques). Elles ont été récemment très bien étudiées à nouveau par DROMARD (1905).

1° Les stéréotypies d'attitudes, dans la démence précoce catatonique, aussi extraordinaires que variées, sont totales ou générales, partielles ou locales (DROMARD). Au lit, la plupart des sujets se recroquevillent et s'immobilisent en chien de fusil, ou bien les genoux relevés, la tête parfois dressée, parfois au contraire enfoncée sous le traversin ou sous les draps. Hors du lit, les uns restent accroupis à terre, agenouillés, prosternés, pelo-

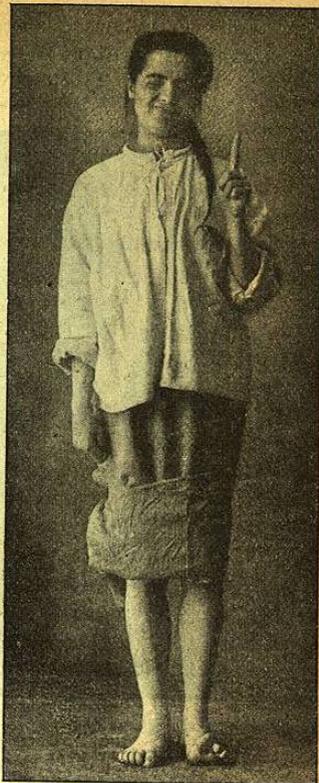


Fig. 31.

Démence précoce catatonique type. Suggestibilité. Négativisme. Stéréotypies d'attitudes, de gestes, d'actes, de langage et d'écriture. Grimaces et tics bizarres. (Collection de l'auteur).

La figure représente la malade dans l'attitude qu'elle a conservée constamment pendant plus de trois mois.

tonnés sur eux-mêmes; d'autres assis de côté sur le bord d'un siège, dans des positions anormales et fatigantes; beaucoup se tiennent debout, soit sur un pied, soit sur les pointes ou les

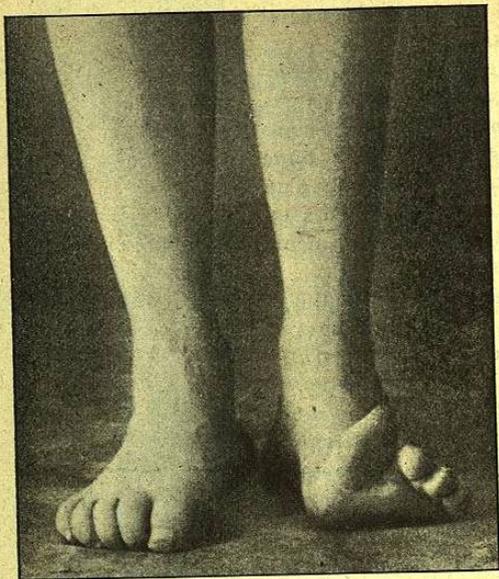


Fig. 32.

Attitude des pieds de la malade précédente.

Orteils du pied droit en flexion; orteils du pied gauche en extension.

talons, le corps, les bras, les mains, la tête demeurant indéfiniment dans l'attitude adoptée.

Le visage participe aussi à cet état de stéréotypie par la répétition et la conservation anormales de certaines expressions, naturelles ou artificielles. Il offre même souvent des expressions contradictoires et paradoxales, c'est-à-dire des dissociations mimiques soit dans l'ensemble des traits, soit d'un côté à l'autre, tel groupe musculaire indiquant par exemple la gaieté,

tel autre la tristesse, la colère ou l'indifférence (paramimies).

Ces modalités du visage sont souvent accompagnées de *grimaces* et *tics bizarres*, phénomènes qui tiennent à la fois des stéréotypies d'attitudes et des stéréotypies de mouvements, de la mimique d'expression et de la mimique d'action. Les yeux, le nez, les joues, les lèvres, les mâchoires se remuent et se con-

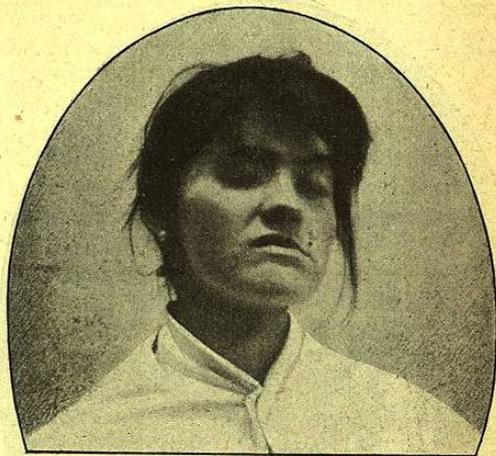


Fig. 33.

Une des grimaces habituelles de la malade précédente.

tractent diversement, de façon à réaliser des jeux de physionomie étranges et souvent des plus comiques. Ce sont des moues représentant ce que l'on a appelé *bouche en groin*, *bouche en coin*, *bouche en museau*, des clignements d'yeux, des rictus, des contorsions de la face, etc., tout cela affecté, maniéré, artificiel, se produisant ou s'exagérant surtout à la vue des personnes, comme toutes les singularités de ces malades, si bien qu'ils ont l'air, au premier aspect, de simuler, de s'amuser, de se moquer des gens.

Je viens d'observer dans mon service de clinique psychiatrique

de l'hôpital Saint-André, de Bordeaux, une malade absolument typique à ce point de vue, ainsi qu'on en peut juger par les reproductions photographiques ci-contre (voy. fig. 31 et suivantes).

Il s'agit d'une jeune femme de vingt-cinq ans, nettement prédisposée, mariée, ayant fait plusieurs fausses couches, qui, à la suite d'une grave intoxication médicamenteuse aiguë accompa-



Fig. 34.

Une des grimaces habituelles de la malade précédente.

gnée de délire hallucinatoire et de phénomènes hystérisques variés, a offert de la façon la plus nette tous les symptômes de la démence précoce à forme catatonique, en particulier : la suggestibilité, le négativisme, les stéréotypies d'attitudes, de gestes, d'actes, de langage et d'écriture, les grimaces et tics bizarres.

Son attitude est la suivante : œil droit fermé, œil gauche demi-ouvert ; dents et mâchoires serrées, lèvres et face diversement grimaçantes, bras droit pendant le long du corps, la main

baissée et fermée, le pouce fléchi sous les autres doigts, bras gauche à demi dressé, la main à hauteur du visage, l'index en l'air, le pouce fléchi sous les autres doigts ; pied droit à orteils fortement fléchis et retournés vers le sol, pied gauche en extension très marquée.

La malade a gardé immuablement cette position pendant plus



Fig. 35.

Une des grimaces habituelles de la malade précédente.

de trois mois, non seulement à l'état de repos, mais encore dans l'exécution des quelques actes qu'elle accomplissait, s'endormant même souvent ainsi. Elle est finalement sortie de l'hôpital débarrassée de tous ces symptômes et, en apparence, guérie.

2° Les stéréotypies de mouvements se manifestent surtout dans les gestes, le langage, l'écriture, la marche, les actes.

Les gestes sont exagérés, désharmoniques, automatiques, invariables.

Le langage, affecté comme articulation, timbre, voix, tonalité, tantôt solennel, tantôt chuchoté, tantôt zézayant, tantôt guttural et rappelant souvent celui d'un comique qui cherche à exciter le rire, présente des caractères stéréotypés très nets. C'est la *verbigération* des Allemands, consistant en une phraséologie vide et emphatique, en une répétition incessante des mêmes mots dénués de sens; c'est aussi la *réaction de persévération* (NEISSER), sorte d'intoxication ou mieux d'imprégnation par un vocable, qui pendant plus ou moins longtemps, revient sans cesse dans les discours du sujet et que PICK a retrouvée et étudiée dans certains états crépusculaires de l'épilepsie; l'*écholalie*, qui n'est guère qu'une forme de cette réaction de persévération; enfin la fabrication de mots nouveaux, de *néologismes*, le plus souvent sans signification, le parlé jargon, nègre, agrammatical, incohérent, en «salade de mots» (FOREL), par expressions singulières, par mots composés, déformés, par assonances, par coqs-à-l'âne, etc., etc., s'effectuant toujours sous une forme à la fois comme affectée, prétentieuse et stéréotypée.

Parfois le *mutisme* est complet.

L'*écriture* offre des caractères analogues à ceux du langage parlé. Elle affecte les mêmes bizarreries, la même *salade*, la même *verbigération*, les mêmes néologismes, la même stéréotypie, avec des changements de caractères graphiques, des soulignements, des barbouillages, des illustrations sans nombre. Les mêmes mots y reviennent fréquemment, soit au commencement, soit dans le corps ou à la fin des phrases, parfois incorporés à d'autres mots. MASSELON, DENY et ROY, WEYGANDT et ROUBINOVITCH ont reproduit des exemples de ces écrits de déments précoces, très caractéristiques. Les deux derniers auteurs signalent chez les catatoniques l'existence possible de l'*écriture en miroir* et en donnent un spécimen. La malade dont j'ai parlé plus haut présentait cette particularité. Il est vrai que cela tenait chez elle à ses stéréotypies d'attitudes; la main gauche avec son index levé lui permettant seule de saisir la plume et d'écrire, comme de manger, sans rompre les positions adoptées (voy. fig. 36).

Les *dessins* de ces malades, souvent très minutieux, très pous-

sés dans le détail, sont eux aussi maniérés, prétentieux, bizarres, stéréotypés. BIANCHINI, qui a étudié récemment de façon très complète le langage parlé et écrit d'un dément précoce paranoïde, montre que ce langage peut reproduire des formes archaïques usitées par l'homme à certaines phases de son développement.

La *marche* présente, chez la plupart des sujets, des anomalies

Fig. 36.

Écriture en miroir de la malade précédente.

curieuses. Les uns s'avancent sur la pointe des pieds, en se dressant, les autres sur les talons; quelques-uns progressent par bonds ou en sautillant, en se dandinant, en se pavanant, en glissant sur le sol, en boitant, en sautant sur un pied; d'autres en croisant les jambes, en marchant sur le côté ou à reculons comme les crabes; il en est qui se traînent sur les genoux ou sur les mains, etc., etc. WEYGANDT et ROUBINOVITCH ont reproduit deux tracés de pas de déments catatoniques marquant la variation dans la marche chez l'un suivant l'instant, chez l'autre suivant le côté. Je reproduis également ici le tracé de la marche de ma malade, intéressante par suite de la stéréotypie en extension de son pied gauche qui donne simplement l'empreinte du talon, du bord externe du pied et de la tête des derniers métatarsiens, et de la stéréotypie en flexion de son pied droit dont la pose sur le sol dessine le talon, la partie antérieure de la plante et, par endroits, la trace des orteils fléchis.

La plupart des *actes* des déments catatoniques participent à cette tendance à la stéréotypie. Leur façon de manger, de donner la main, de travailler, de se coucher, de se lever, de se vêtir, de satisfaire leurs besoins, en un mot, d'agir en quoi que ce soit, porte l'empreinte de cette tendance qui les distingue par-