



Fig. 37.
Tracé de la marche de la malade précédente.
A gauche les empreintes du pied gauche, à droite les empreintes du pied droit.

dessus tout et en fait une espèce vraiment à part parmi les aliénés.

Ce qui les distingue également, c'est qu'ils sont généralement incapables, même dans leurs phases de lucidité, de fournir une explication de toutes leurs singularités. Ou ils n'en donnent aucune, ou ils se bornent à dire qu'ils ne savent pas, qu'ils ne pouvaient faire autrement, qu'ils étaient forcés. Il semble que les manifestations de leur activité soient automatiques et tout à fait indépendantes dans leur conscience (SÉGLAS).

Certains, cependant, sont susceptibles, après guérison, d'analyser et d'interpréter logiquement leurs symptômes morbides, comme notre sujet cité plus haut, qui les rapportait à un trouble à la fois d'arrêt et, d'action de la volonté.

d. *Autres symptômes psychiques.* — A côté des symptômes que nous venons d'étudier, la démence précoce à forme catatonique comprend encore dans sa symptomatologie de nombreux troubles d'ordre psychique, bien mis en relief par les auteurs. Nous ne ferons ici que les mentionner.

Signalons : les troubles du caractère et des sentiments, parmi lesquels prédominent l'indifférence émotionnelle, l'absence de désir, la disparition des sentiments de famille, des habitudes de convenance, de propreté, de pudeur ; la diminution de l'attention spontanée et volontaire, l'incapacité de l'effort mental, l'état habituel de distraction, l'absence de volonté ; l'altération de la mémoire, consistant à la fois en amnésie d'évocation avec disparition progressive des souvenirs complexes et conservation des souvenirs simples, et en stéréotypie du souvenir ; l'effacement progressif des images mentales, de plus en plus vagues et imprécises, et la fixation automatique d'une représentation déterminée dans l'esprit du malade.

Parmi ces troubles, qu'il a bien étudiés, MASSELON considère comme primordiale avec KRAEPELIN, l'indifférence émotionnelle. Le désordre du sentiment, l'affaiblissement du ton affectif, de la sphère sentimentale, que STRANSKY appelle du nom de *Thymopsyche*, précède et domine l'affaiblissement des facultés, de la sphère intellectuelle ou *Noopsyche*. A l'indifférence émotionnelle viennent se joindre l'abolition des désirs, la ruine de la volonté, l'affaiblissement et la destruction progressive des facultés actives de l'intelligence. *Apathie, aboulie, perte de l'activité intellectuelle*, telle est, pour MASSELON, la triade symptomatique qui caractérise la démence précoce.

MASSELON ajoute que le trouble intellectuel le plus important est l'effacement progressif des images mentales, avec fixation automatique d'une représentation déterminée, et c'est à lui qu'il rapporte un grand nombre de symptômes de la maladie : suggestibilité, imitation, écholalie, échomimie, stéréotypie de la parole, des attitudes et des mouvements, catalepsie, etc. C'est aussi là, dans une certaine mesure, l'opinion de RAGNAR VOGT qui, s'appuyant sur la théorie de JAMES et sur celle de MÜLLER, concernant l'action de l'émotion et celle de la persistance des processus psychologiques d'un état de conscience après sa disparition jusqu'à l'arrivée d'un autre, voit dans ces doctrines l'explication des phénomènes catatoniques qu'il rapproche, pour certains au moins, de l'hypnose.

Nous avons vu qu'il fallait faire aussi une part importante,

dans la production de ces symptômes, aux *troubles de la volonté*, lésée ici à la fois dans sa force d'action et dans sa force d'arrêt.

Les *manifestations délirantes* sont éminemment variables dans la démence précoce catatonique. Dans certains cas, après l'accès de confusion mentale plus ou moins hallucinatoire et plus ou moins aigu qui a ouvert la scène, survient un état de stupidité catatonique avec négativisme, suggestibilité, flexibilité cirieuse, stéréotypies, inertie, mutisme, torpeur mentale profonde, sans idées délirantes. D'autres fois, il y a des idées délirantes mais confuses, mobiles, extrêmement variées et nées, semble-t-il, fortuitement, au hasard des associations automatiques de la pensée, dans une sorte de rêverie. Ce n'est qu'exceptionnellement qu'on constate dans cette forme l'existence d'un *délire cohérent*, suivi, durable, avec ou sans hallucinations, fait alors d'idées mystiques, de persécution, de négation, de grandeur, etc., etc., stéréotypé dans son expression et ne s'accompagnant que peu ou pas de réactions motrices.

e. *Stupeur et agitation*. — La démence précoce catatonique est constituée, on le sait, par des *phases de stupeur et d'agitation*, diversement combinées entre elles. Tantôt c'est la *stupeur* qui forme le fond de la maladie, l'agitation ne survenant que de temps à autre sous forme de crises paroxystiques passagères. Tantôt, au contraire, c'est l'*agitation* qui représente l'état habituel, la *stupeur* n'étant alors pour ainsi dire que la complication. Parfois enfin les deux syndromes alternent avec plus ou moins de régularité.

Quoi qu'il en soit, les caractères cliniques de la catatonie ne disparaissent pas dans la phase d'agitation, qui se traduit au contraire par l'accentuation des stéréotypies d'expression et d'action, du maniérisme, des grimaces et tics, de la verbigération, des mouvements bizarres, de la marche extravagante, des actes absurdes et sans but, etc., etc. Parfois l'agitation acquiert une violence extrême et donne lieu à des *impulsions* à frapper, à briser, à déchirer, à s'enfuir, absolument automatiques.

B. FORME HÉBÉPHRÉNIQUE. — Sous le nom de forme *hébéphrénique* ou *délirante* de la démence précoce, on désigne « des

états de dépression et d'agitation caractérisés par des troubles délirants polymorphes, extrêmement confus, sans tendance à la systématisation, à base d'hallucinations ou d'interprétations délirantes, et accompagnés de confusion et d'imprécision dans les idées qui, le plus souvent, évoluent vers la démence complète et incurable » (MASSELOX).

Cette forme de démence précoce représente la première et la plus anciennement connue, celle que l'on avait spécialement en vue en parlant des jeunes sujets qui, parvenus à l'adolescence, tombent plus ou moins rapidement dans une démence analogue, suivant l'expression de MOREL, à l'imbécillité congénitale, en un mot la démence précoce de la puberté, constitutionnelle. C'est celle que KAHLBAUM, HECKER et plus récemment CHRISTIAN, dans son intéressante monographie, ont décrit sous le nom d'*hébéphrénie*.

L'hébéphrénie est divisée par CHRISTIAN en deux variétés, d'après leur degré d'intensité : l'*hébéphrénie grave*, subdivisée elle-même en *simple* et *catatonique*, suivant qu'il existe ou non de la spasticité musculaire, l'*hébéphrénie légère, mitigée*.

Le même auteur reconnaît à l'hébéphrénie trois périodes : 1° une *première période*, qui va de la naissance à l'apparition des symptômes ; 2° une *deuxième période* ou *période délirante* ; 3° une *troisième période* ou *période de démence*.

La première période, pour laquelle CHRISTIAN se borne surtout à faire remarquer, très justement d'ailleurs, comme ASCHAFFENBURG, que les hébéphréniques ne sont pas à proprement parler des débiles et n'ont pas présenté dans leur jeune âge d'accidents marqués de dégénérescence, ne peut être considérée légitimement comme une période d'hébéphrénie, dont le début ne commence réellement qu'avec l'invasion des symptômes prodromiques.

Cette invasion est signalée par de la céphalée, de l'insomnie, un état neurasthénique, souvent aussi par de la tristesse, de l'inquiétude, de l'anxiété, des obsessions et phobies, des impulsions à la fugue, à l'incendie, au suicide, etc. ; puis un accès survient, agité ou déprimé, constitué par du *délire hallucinatoire*, de la *confusion mentale*, ou bien par des bouffées de *délire polymor-*

phé, impulsif ou non, tel qu'on l'observe chez les dégénérés.

Ce qui caractérise, dans tous les cas, ce *délire*, c'est, comme dans l'état de rêve, l'imprécision, le vague et la mobilité des conceptions, l'importance et la multiplicité des hallucinations ou des interprétations délirantes. Comme contenu, il est formé d'idées variées de grandeur, d'énormité, de mysticisme, de sexualité, de persécution, de culpabilité ou auto-accusation, de ruine physique ou morale, d'hypocondrie, de négation, d'altération de la personnalité, idées presque toujours polymorphes, bizarres, puériles, absurdes et mobiles.

Le délire est greffé sur un fond de *confusion*, de désorientation, comme la catatonie, mais à un moindre degré. Les symptômes de suggestibilité, de négativisme, de stéréotypie, bien qu'existants, sont également moins marqués. Cependant la bizarrerie des attitudes, des tics et grimaces, celle du langage à la fois prétentieux, insolite et incohérent, mais surtout l'apathie, l'indifférence, la variabilité de l'humeur, l'excentricité voulue, l'apparence maniérée, simulatrice, la tendance aux rires sans motifs, aux impulsions à la fugue, à la violence, aux évasions, à l'érotomanie, à l'onanisme, sont fréquentes et pour ainsi dire caractéristiques.

En dehors de leurs *crises paroxystiques* de délire ou d'agitation, les malades sont le plus souvent dans l'apathie et l'indifférence, vivant d'une vie qui va se rétrécissant et se stéréotypant de plus en plus.

C. FORME PARANOÏDE. — KRAEPELIN tend actuellement à englober dans la forme paranoïde de la démence précoce de nombreuses formes pathologiques, en particulier les paranoïas hallucinatoires, c'est-à-dire tous les délires systématisés hallucinatoires progressifs et aboutissant à la démence.

Certains auteurs tels que DENY et ROY, en France, admettent intégralement cette opinion de KRAEPELIN. D'autres, tels que SÉGLAS, SÉRIEUX, MASSELON, estiment que cette opinion est trop compréhensive, et que les vrais délires systématisés, hallucinatoires ou non, n'ont rien à voir avec la démence précoce.

Pour eux, le nom de *démence paranoïde* doit être réservé

« aux cas dans lesquels on observe un affaiblissement intellectuel à développement précoce, s'accompagnant de troubles sensoriels et de conceptions délirantes qui, quoique mal systématisés, présentent un caractère de fixité beaucoup plus grand que dans les formes précédentes. » (MASSELON.)

En un mot la démence précoce paranoïde est celle dans laquelle les délires offrent et une importance plus grande et un caractère plus stable, plus fixe et plus systématisé, au moins en apparence.

Le plus souvent, après les prodromes habituels, la scène s'ouvre par un *accès de confusion mentale hallucinatoire aiguë*, parfois accompagné de manifestations et même d'attaques névropathiques. Je viens d'observer, entre autres, un cas très net de cette forme ayant commencé par un délire hallucinatoire onirique à type hypnophobique si intimement lié à un ensemble de symptômes hystériques chez une jeune fille de vingt ans, que j'ai vu là un simple délire hystérique destiné à disparaître en quelques jours.

Après deux améliorations trompeuses, entrecoupées par des crises délirantes aiguës accompagnées de phénomènes très nets de négativisme et de stéréotypies, la malade est aujourd'hui, au bout de deux ans, dans un état de délire de persécution et de grandeur faussement systématisé, absurde, niais, en un mot, de démence paranoïde.

Ce sont les évolutions de ce genre, c'est-à-dire les passages d'une confusion mentale aiguë hallucinatoire à un délire paranoïde, plus fréquents qu'on ne le croit, qui me paraissent tout à fait comparables aux passages d'une manie et d'une mélancolie aiguë au délire systématisé secondaire post-maniaque et post-mélancolique, et qui m'ont confirmé dans cette opinion que, très souvent, la démence précoce n'était pas autre chose qu'une confusion mentale aiguë passée à l'état chronique, un délire systématisé secondaire post-confusionnel.

Le délire de la démence précoce paranoïde est le plus souvent un délire mystique, érotique, de fausse grossesse (POURRAT), d'hypocondrie, de persécution ou de grandeur. Il arrive vite à sa formation, à la stéréotypie, mais il ne progresse pas. C'est, comme dit fort justement MASSELON, « plus une fixité qu'une

systématisation ». Et cela se comprend très bien si l'on admet notre opinion qu'il s'agit là d'un délire secondaire, terminal et non d'un délire primitif, de début.

Le délire ne se développe donc pas, il piétine sur place. Les idées sont multiples, absurdes, extravagantes, plus encore que celles de la paralysie générale (SÉGLAS), et elles sont loin d'éveiller, comme dans cette maladie, des émotions et des réactions intenses. Les *hallucinations* sont fréquentes et peuvent intéresser tous les sens. Le *langage* est décousu, prétentieux, déclamatoire, émaillé de néologismes parfois à forme archaïque (BIANCHINI).

La *confusion* d'esprit est moins marquée que dans les formes précédentes, de même que le négativisme, la suggestibilité, les stéréotypies, les grimaces et les tics.

Les *crises paroxystiques d'agitation* sont néanmoins fréquentes, ainsi que les *tendances impulsives*.

Dans une étude toute récente (1904), LUGARO développe l'idée que la diversité des formes de la démence précoce tient à la diversité de réaction à une même cause de la part de cerveaux d'âge différent. Il admet avec KRAEPELIN que les formes les plus précoces sont les formes hétérophréniques, puis les formes catatoniques, tandis que les formes paranoïdes pourraient être assez tardives. Aussi propose-t-il de ranger dans la démence précoce, comme une *forme paranoïde tardive*, le *délire de persécution hypochondriaque de l'âge avancé* et peut-être même une bonne part des cas de *mélancolie dite involutive*.

Les vues de LUGARO ne nous paraissent pas répondre à la réalité des faits. Outre que c'est étendre à l'infini le domaine de la démence précoce que d'y faire rentrer des psychoses d'âge et de forme si disparates, je puis dire que les quatre cas de démence précoce paranoïde les plus typiques que j'ai observés l'ont été chez des jeunes filles de vingt ans.

Telles sont donc, en résumé, les trois principales formes que peut revêtir psychiquement la démence précoce dans sa période d'état. Ainsi que le font remarquer certains auteurs, en particulier MASSELON, ces formes ne représentent pas des cadres absolus. Elles peuvent se fondre et se confondre. C'est ainsi, par exemple, que la forme paranoïde n'est autre chose que la

forme hétérophrénique ou délirante, avec un délire relativement fixe ou systématisé. D'autre part, il n'est pas rare de voir les diverses formes se succéder chez un même sujet. On ne doit donc pas chercher à faire entrer de force, dans l'une d'entre elles, un cas déterminé.

Au reste, ainsi que nous allons le voir maintenant, les symptômes physiques sont, à part des différences banales d'intensité, les mêmes dans tous les cas. L'énumération résumée que nous en ferons s'applique cependant d'une façon plus spéciale à la forme catatonique qui peut être considérée, sans contredit, comme le type de la psychose.

2° Symptômes physiques.

L'étude des symptômes physiques de la démence précoce, déjà nettement poursuivie par KRAEPELIN, a été reprise dans ces dernières années par nombre d'auteurs, en particulier par MIGNOT, SÉGLAS, DENY et ROY, DIDE et CHENAIS, SÉRIEUX et MASSELON.

La *sensibilité générale* est presque toujours diminuée. ARCHAMBAULT a cité le cas d'un dément précoce hétérophrénique qui s'était introduit sous la peau à divers endroits du corps, des morceaux de gros fils de fer, et chez lequel, l'extraction de ces corps étrangers, pratiquée en quatre séances au moyen d'incisions parfois longues et profondes, n'amena aucune sensation ni réaction. SÉGLAS, MASSELON, MAURICE DIDE croient cependant que les déments précoces ont des troubles de la sensibilité d'origine plutôt psychique que physique, c'est-à-dire qu'ils sentent plus ou moins, mais sans réagir à la douleur. Je crois aussi que les malades sentent et j'ai pu constater qu'ils réagissent vivement, dans certains cas.

D'après DIDE, il existerait dans la démence précoce un syndrome *réflexe* qui, tout en n'étant pas pathognomonique et se rencontrant dans différents états psychopathiques accompagnés de stupeur (mélancolie, confusion mentale), y serait cependant assez caractéristique. Ce syndrome consisterait en : 1° exagération des réflexes tendineux ; 2° diminution ou abolition des réflexes cutanés ; 3° hypertonus musculaire.

Cette formule de réfectivité qui peut se retrouver, à des degrés plus ou moins marqués, dans la paralysie générale, nous paraît loin d'être la règle dans la démence précoce où nous avons constaté les résultats les plus variés, y compris même la formule inverse, c'est-à-dire l'exagération des réflexes cutanés avec diminution ou abolition des réflexes tendineux.

L'excitabilité mécanique des nerfs et des muscles est souvent augmentée, et W. DUNTON, qui l'a constatée du côté du nerf facial, y voit un bon élément de diagnostic dès le début.

Les pupilles sont dilatées, surtout dans les phases d'excitation et peuvent présenter une inégalité à caractère inconstant.

Les réflexes pupillaires sont rarement modifiés pour DIDE et CHENAIS, assez fréquemment, mais moins que dans la paralysie générale pour MIGNOT, SÉRIEUX et MASSELOU. Le réflexe de PILTZ (réflexe paradoxal à la lumière) est très commun. La déformation du contour de la pupille s'observe dans le quart des cas environ. BUMKE, étudiant les troubles pupillaires dans les psychoses fonctionnelles, ne les a constatés que dans la démence précoce. Il y a noté de la mydriase, l'absence de dilatation réflexe aux excitations psychiques et nerveuses, des variations physiologiques de la pupille; la sensibilité à la pilocarpine et à l'homatropine restent normales; le phénomène de l'orbiculaire est beaucoup plus marqué que chez les normaux. DIDE et MASSICOT ont constaté des alternatives de congestion et d'anémie papillaire.

Les troubles vaso-moteurs sont habituels et caractérisés par des œdèmes, du dermatographisme (SÉGLAS), de l'hyperhidrose, de la diarrhée, de la cyanose, du refroidissement des extrémités.

Le pseudo-œdème catatonique, signalé et spécialement étudié par MAURICE DIDE et confirmé par TREPSAT et d'autres auteurs, serait à peu près constant. Localisé à la face dorsale des pieds, beaucoup plus rarement des mains, exceptionnellement au visage, il est élastique, n'accepte pas l'empreinte du doigt, ne disparaît pas par le repos, n'est pas douloureux; il est grisâtre et fort souvent cyanotique avec parfois des crises d'asphyxie symétrique ne provoquant d'ailleurs que de superficielles érosions, des taches de purpura, de l'érythème pellagroïde, du pemphi-

gus, des escarres, de l'adipose symétrique douloureuse. DIDE l'attribue à un trouble cérébral probablement primitif et atteignant ultérieurement, d'une façon dynamique d'abord, puis anatomiquement par des lésions probablement durables, le corps thyroïde et d'autres glandes vasculaires sanguines.

Le rythme du cœur est souvent modifié; la température est généralement diminuée, mais sujette à des poussées fébriles, parfois paradoxales (LEWIS C. BRUCE).

Il existe aussi, dans beaucoup de cas, des troubles de la menstruation (suppressions et retards considérables, durée prolongée, ménopause précoce); de l'augmentation de volume du corps thyroïde, de l'exophtalmie, parfois un certain degré de myœdème, de l'obésité.

Le tremblement n'est pas rare, surtout du côté de la langue et des mains.

Le sommeil est ordinairement mauvais, léger, incomplet, avec des crises d'agitation.

L'anémie est habituelle.

Signalons enfin, parmi les symptômes ou complications possibles: les vertiges, les accidents convulsifs, attaques hystériques, attaques épileptiformes (MASOIN), la tétanie, les crampes, les troubles aphasiques passagers, les ictus apoplectiformes avec paralysie consécutive.

Nous devons mentionner de façon toute spéciale, parmi les troubles des fonctions physiques, ceux que révèlent les modifications de l'urine et du sang, étudiés surtout par DIDE et CHENAIS.

Au point de vue urinaire, ces auteurs ont constaté dans la démence précoce les particularités suivantes: la quantité d'urine est légèrement au-dessous de la normale. La densité est augmentée. L'urée est nettement diminuée. Les phosphates sont variables, à peu près normaux comme quantité. Les chlorures sont évidemment augmentés. L'albuminurie, même intermittente, est exceptionnelle, de même que l'urobilinurie. J'ai obtenu personnellement les mêmes résultats; cependant j'ai constaté dans plusieurs cas la présence, d'ailleurs variable et en quantité minime, de l'albumine, notamment chez la démente précoce catatonique avec stéréotypies représentée plus haut et chez celle

qui avait débuté par de la confusion mentale hallucinatoire aiguë post-puerpérale avec éclampsie.

D'ORMEA et MAGGIOTTO qui viennent de publier le résultat de leurs recherches sur les échanges organiques chez les déments précoces, ont constaté que chez eux, l'élimination du bleu de méthylène est toujours retardée; l'urine n'est colorée d'une façon très intense que vers la huitième ou la douzième heure et ne cesse de l'être qu'après la cent ou cent trentième heure. La courbe est polycyclique discontinue au lieu d'être polycyclique continue comme chez l'individu normal.

Dans la forme hébéphrénique, l'élimination s'éloigne moins de la normale que dans les deux autres; dans la forme catatonique, le début et la fin sont tous deux très retardés; dans la forme paranoïde, le début de l'élimination est assez rapide, mais la durée en est prolongée.

L'élimination de l'iodure de potassium par l'urine et par la salive s'effectue aussi avec un certain retard; ce retard est plus marqué chez les catatoniques et les paranoïdes, moins chez les hébéphréniques.

Au point de vue *hématologique*, DIDE et CHENAIS, qui ont pratiqué la numération des globules blancs et de leurs variétés, ne sont pas arrivés à des conclusions fermes, les différentes sortes de ces globules semblent varier d'un cas à l'autre. Ils ont constaté cependant une légère lymphocytose. Le résultat le plus net de leurs recherches, c'est l'augmentation habituelle du nombre des éosinophiles, qui atteindraient chez les déments précoces le chiffre de 3, 4 p. 100 au lieu de 1 p. 100.

LHERMITTE et CAMUS ont trouvé de l'anémie aux premières périodes avec leucocytose légère portant sur les mononucléaires. LEWIS C. BRUCE et A. M. S. PEEBLES ont poussé plus loin ces recherches. Il résulte en effet de leur intéressant travail les constatations suivantes :

Dans la phase aiguë de la démence précoce il existe une *hyperleucocytose* persistante et modérée, portant surtout sur les polynucléaires et les gros mononucléaires.

Dans la phase de stupeur, la leucocytose tombe dès le début au-dessous de 8.000 par millimètre cube de sang, mais bientôt

elle se relève et se maintient dans une moyenne de 12.000 à 16.000. Le pourcentage des polynucléaires s'abaisse aux environs de 60. Les lymphocytes s'élèvent et une éosinophilie survient dans chaque cas. Avec l'amélioration de l'état le pourcentage des polynucléaires augmente, sans augmentation nécessaire de la leucocytose, et revient de nouveau autour de 60 lorsque la guérison est complète.

Dans les cas tournant à la démence, on constate une leucocytose qui tombe fréquemment à 8.000 et 10.000 par millimètre cube et un pourcentage de polynucléaires au-dessous de 50, exceptionnellement même au-dessous de 30. Il semblerait donc que quelques indications pronostiques puissent être tirées de l'examen du sang dans la démence précoce.

LEWIS C. BRUCE et PEEBLES ont également pratiqué l'examen bactériologique du sang chez les déments précoces et fait même quelques essais de culture et de sérothérapie streptococcique qu'il nous suffit ici de signaler.

C) PÉRIODE TERMINALE

La période d'état de la démence précoce a généralement une durée longue, de plusieurs mois et même parfois de plusieurs années. Elle aboutit à la *période terminale* qui clôt l'évolution de l'état morbide.

Le passage d'une période à l'autre peut se faire soit brusquement, soit au contraire, et c'est le cas le plus fréquent, de façon lente et insensible. Il faut bien savoir d'ailleurs qu'aucun signe caractéristique ne marque cette transition, qui se reconnaît simplement à la disparition ou à l'atténuation des manifestations symptomatiques de la période d'état.

Lorsque la maladie doit se terminer par la *guérison*, ce qui est certainement beaucoup moins rare qu'on ne l'a dit, si l'on fait commencer la démence précoce à la phase aiguë, il survient une amélioration parallèle dans la sphère psychique et dans la sphère physique : la confusion est moins marquée, l'indifférence émotionnelle moindre, l'automatisme ne prédomine pas de façon aussi absolue. Les malades commencent à vivre dans leur milieu, à s'intéresser à quelque chose, à lier quelques

pensées claires, à faire quelques réponses judicieuses et sensées. En même temps, ils abandonnent soit tout d'un coup, soit plutôt peu à peu leurs singularités et leur maniérisme: leurs stéréotypies cessent l'une après l'autre, leurs grimaces et leurs tics disparaissent, leur langage et leur écriture tendent à reprendre le caractère d'autrefois, leur négativisme et leur suggestibilité s'amointrissent de jour en jour.

Les fonctions de nutrition, de leur côté, se régularisent, l'état général est meilleur, le poids augmente, le sommeil s'effectue sans trouble, les alternatives d'agitation et de stupeur prennent fin.

L'amélioration en un mot — et c'est là comme toujours en Psychiatrie le meilleur critérium de sa réalité — porte sur tout l'ensemble de l'économie.

Cette amélioration une fois commencée progresse d'habitude assez rapidement, si bien qu'en quelques semaines parfois, on voit un changement complet s'opérer chez le malade. Mais ce n'est là que la première étape de la guérison. La seconde, celle de la convalescence proprement dite, est beaucoup plus longue, comme dans la plupart des psychoses graves d'intoxication. Ainsi qu'il advient pour elles, également, la guérison est loin d'être complète après une atteinte de démence précoce; on peut même dire que nulle part la guérison n'est plus souvent imparfaite, à ce point qu'il y a là presque quelque chose de spécial à la démence précoce.

Ce qui reste, c'est une diminution plus ou moins grande du niveau mental et une certaine tendance à la prostration et à l'automatisme.

Ces guérisons incomplètes, si fréquentes, nous amènent à mentionner les *rémissions*, très communes aussi dans la démence précoce et qui, lorsqu'elles sont très marquées, se confondent avec les pseudo-guérisons.

On les observe d'abord et surtout à la suite de la période aiguë, c'est-à-dire de l'accès de confusion mentale hallucinatoire. Lorsque cet accès disparaît, il est très fréquent de voir le malade considéré comme guéri, et de fait, il reprend sa vie ordinaire pendant plus ou moins longtemps. En apparence, il est très bien; en réalité il reste touché et le mal, qui n'a pas disparu,

se manifeste de nouveau au bout d'un temps plus ou moins long soit par un autre accès aigu, soit d'emblée par les signes de la démence précoce. Il est même des sujets qui, avant de verser dans cet état, présentent une série d'accès aigus susceptibles de faire penser à une manie rémittente ou à de la folie circulaire.

Les rémissions peuvent également survenir à la fin de la période d'état. Il semble alors que c'est la guérison qui commence, mais ce n'est qu'une amélioration toute relative, qui s'arrête à un degré plus ou moins avancé et s'y maintient avec des hauts et des bas et des oscillations. Il y a toujours de la confusion, du négativisme, de l'incapacité de penser, de vouloir et d'agir normalement. Et alors, les choses peuvent rester ainsi indéfiniment, ou bien il se produit comme une sorte de circularité constituée par des alternatives de rémission et de retour offensif des manifestations morbides.

La démence précoce se termine très fréquemment par l'*incubabilité*. Cette terminaison s'annonce par la diminution de tous les symptômes aigus et par une déchéance psychique progressive, plus rapide dans les formes catatonique et hétérophrénique.

L'état de *démence* qui clôt le cycle de la démence précoce est souvent simple, fruste, assez léger pour passer inaperçu à un examen superficiel. Les malades peuvent en effet vivre d'une vie ordinaire et s'occuper régulièrement. Mais leur activité mentale est des plus réduites; ils n'ont plus ni sentiments, ni affections, ni émotions, ni désirs; ils vivent et agissent automatiquement. Ils conservent souvent, d'ailleurs, quelque chose de maniéré, de singulier, voire quelque grimace, quelque tic, quelque stéréotypie qui rappelle, comme un stigmate indélébile, l'état antérieur.

Le plus ordinairement, la démence terminale de la démence précoce est plus accentuée; elle peut revêtir alors l'une des deux formes appelées *agitée* ou *apathique*.

La *démence agitée* est essentiellement caractérisée par de l'agitation automatique stéréotypée. Les malades sont en état d'activité ou d'action perpétuelle, mais cette activité, cette action ne donnent lieu, pour ainsi dire, qu'à des tics d'habitude, c'est-à-dire à des gestes, à des mouvements, à des paroles, à des écrits, à des actes, à des impulsions, restreints comme

nombre et toujours les mêmes. Les malades tournent dans un cercle psycho-moteur qui se rétrécit et se répète de plus en plus. Ils ressemblent aux aliénés atteints de manie chronique dont nous avons parlé plus haut, mais avec quelque chose de plus automatique encore et de plus stéréotypé.

Chez certains, ceux qui ont passé par la forme paranoïde, quelques-unes des idées délirantes peuvent persister et constituer, sur le fond démentiel, une sorte de délire systématisé secondaire, très circonscrit, mais très simple, très enfantin, de couleur ordinairement ambitieuse, un véritable *délire systématisé secondaire post-confusionnel*.

La *démence apathique* diffère de la précédente en ce que l'agitation y est remplacée par l'inertie. Les mouvements et les actes sont rares, accomplis avec lenteur et stéréotypés, de même que les attitudes. Parfois l'immobilité est complète.

Cette forme de démence, qui succède surtout à la catatonie, peut s'accompagner encore de quelques-uns des symptômes caractéristiques de cet état morbide, en particulier de suggestibilité et de négativisme avec tendances gâteuses.

L'affaiblissement psychique et l'indifférence émotionnelle et affective paraissent accentués par la prostration. On ne trouve pas ici de reliquats délirants bien manifestes.

3° Pronostic. — Le pronostic de la démence précoce est considéré par la plupart des auteurs comme spécialement *grave*, non pas au point de vue de l'existence, puisque la maladie peut durer indéfiniment sans la compromettre, mais au point de vue de l'intelligence, qu'elle amoindrirait et abolirait à peu près infailliblement.

D'après KRAEPELIN, la *guérison* surviendrait environ 13 fois sur 100 dans les formes catatoniques, 8 fois sur 100 dans les formes hétéphréniques, jamais ou presque jamais dans les formes paranoïdes. ASCHAFFENBURG et MASSELON font observer que les guérisons, dans la démence précoce, ne sont, le plus souvent, qu'apparentes, incomplètes, c'est-à-dire que des *rémissions*.

Au fond, le pronostic de la démence précoce diffère suivant la façon dont on comprend la maladie.

Il est, en effet, éminemment variable pour ceux qui, avec KRAEPELIN, englobent dans la démence précoce de nombreux états morbides dont l'évolution ne saurait être la même.

Il est, au contraire, plus uniforme pour ceux qui restreignent le domaine de la maladie : grave pour ceux qui, avec CHRISTIAN, la limitent aux psychoses de la puberté et du développement, ou, comme nous, aux confusions mentales tendant vers la chronicité ; moins défavorable pour ceux qui, avec LEWIS C. BRUCE, la regardent comme débutant par une phase aiguë de confusion mentale, essentiellement curable.

Le pronostic varie aussi suivant le moment. Plus la démence précoce est rapprochée de son début, plus elle est susceptible de guérison ; plus elle s'avance dans sa période d'état, plus elle dure et moins elle offre de chances de rétablissement.

Il convient d'ajouter, avec tous les auteurs, que les diverses formes de démence précoce n'ont pas la même gravité : la forme catatonique est la moins grave, la forme paranoïde est celle qui l'est le plus ; la forme hétéphrénique se place entre les deux.

Plusieurs auteurs se sont spécialement occupés d'établir la signification pronostique des symptômes catatoniques dans toute psychose, particulièrement dans la démence précoce. La plupart avec SCHÜLE, GRABE, MEYER, LEHMANN, BINDER considèrent l'état catatonique comme augmentant la gravité de la maladie, comme un *signum mali ominis* (GRABE), mais sans le rendre absolument défavorable, la guérison survenant dans 20 à 25 p. 100 des cas au bout d'une année, d'après MEYER. En ce qui concerne la démence précoce catatonique, ce dernier estime que les cas les plus favorables sont ceux à début brusque, aigu, avec stupeur rapide et prolongée et les moins favorables ceux avec stéréotypie, grimaces, verbigération, etc.

DROMARD considère également les stéréotypies comme un signe de fâcheux augure ; non pas les *stéréotypies primitives* ou d'origine catatonique, qui peuvent être temporaires comme l'épisode aigu auquel elles se rattachent, mais les *stéréotypies secondaires* ou d'origine démentielle, c'est-à-dire celles de la période résiduelle et de désagrégation psychique.