

premières catégories placent en eux-mêmes, dans leur moi proprement dit, l'origine de leur mal. Pour les malades du troisième groupe, l'empêchement vient des régions extérieures au moi : c'est le monde extérieur qu'ils accusent. Cotard (1) montre que l'on est ainsi conduit à établir une distinction entre l'aboulie dont l'origine est dans le moi et l'inhibition qui vient du non-moi (2).

## ARTICLE II. — DÉMENCE.

Ce mot sert à désigner la *perte* ou l'*affaiblissement des facultés intellectuelles*; elle est toujours *acquise* et se distingue ainsi de l'idiotie dans laquelle le trouble de l'intelligence a toujours existé. L'affaiblissement intellectuel des déments coïncide le plus souvent avec un amoindrissement de leurs facultés morales et de leur volonté.

**I. Genèse et causes.** — Il est une variété de démence qui est pour ainsi dire physiologique, nous voulons parler de celle qui survient chez certains sujets âgés; il semble que les fonctions ne s'éteignent pas simultanément dans tous les organes, et que celles de la vie végétative puissent survivre à celles de la vie de relation. On voit ainsi des sujets continuer à marcher, à manger, à faire leurs fonctions organiques quand leurs fonctions intellectuelles et affectives ont en grande partie disparu; chez un petit nombre de sujets, cette décadence est précoce, et on peut l'observer dès l'âge de soixante ans. Cette démence *senile* est *primitive*.

La *démence consécutive* peut survenir sous l'influence des diverses variétés de folie dont elle caractérise la période terminale (*démence vésanique* de Ach. Foville); elle se produit dans les cas chroniques, dans ceux où il survient de fréquentes rechutes et surtout chez les sujets qui y sont prédisposés par une influence héréditaire. Dans ce dernier cas, c'est-à-dire chez les prédisposés héréditaires, la démence est souvent *précoce*; on la voit survenir chez de jeunes sujets, de l'un et l'autre sexe, sous l'influence du surmenage ou de toute autre cause et après un accès très court de folie, sous forme de manie ou de mélancolie.

La démence est constante dans la paralysie générale, et on l'observe, d'habitude, à une époque rapprochée de la maladie.

Plusieurs névroses cérébrales peuvent également aboutir à la démence: l'épilepsie, compatible pendant longtemps avec l'intégrité des fonctions cérébrales, s'accompagne à la longue d'un affaiblisse-

(1) J. Cotard, *De l'aboulie et de l'inhibition en pathologie mentale (Revue philosophique, 1886)*, et *Études sur les maladies cérébrales*, 1891.

(2) Langlet, *De l'inhibition dans les troubles psychiques*. Thèse de Paris, 1886.

ment mental plus ou moins prononcé; il peut en être exceptionnellement de même de l'hystérie et de la chorée, si ces névroses revêtent leur forme la plus grave et sont de très longue durée.

Les lésions cérébrales donnent lieu, ordinairement, à un certain degré d'affaiblissement intellectuel; elles présentent, à cet égard, une notable différence avec les lésions du mésocéphale et du bulbe dans lesquelles l'intelligence reste intacte. Ce qui importe à cet égard est donc le siège de la lésion; celles des circonvolutions sont les plus offensives. Il faut aussi considérer l'étendue de l'altération. Quant à sa nature, elle ne paraît avoir qu'une importance secondaire; un foyer d'hémorragie, un ramollissement et une tumeur auront, à ce point de vue, la même signification s'ils ont des dimensions égales et occupent un même point du cerveau.

Il faut admettre enfin une démence par intoxication alcoolique; A. Foville y ajoute une démence par l'opium et la morphine (1); et nos propres observations concordent, à cet égard, avec les siennes.

**II. Anatomie et physiologie pathologiques.** — On peut admettre, *a priori*, dans la démence, une altération des éléments cellulaires qui sont en rapport avec l'exercice des fonctions cérébrales; cette altération peut se développer en quelque sorte spontanément, par l'*abus de la fonction*; c'est ainsi que les choses doivent se passer dans la démence sénile; on a trouvé, chez des sujets qui en étaient atteints, le cerveau atrophié. D'autres fois, l'altération des cellules coïncide avec celle des vaisseaux, des méninges et de la névroglie; il se produit une *méningo-encéphalite diffuse* (paralysie générale). Dans les cas de *lésions en foyers* ou de *tumeurs*, il s'agit le plus souvent d'une action à distance sur les cellules psychiques; ces lésions, en effet, sont circonscrites et par conséquent peu capables d'agir directement sur des éléments disséminés en différentes parties de l'encéphale. Dans l'*épilepsie*, la production de troubles nutritifs sous l'influence des désordres vasculaires qui accompagnent chaque attaque rend compte des phénomènes. Dans les *intoxications* enfin, on peut admettre une action du poison sur les cellules.

**III. Symptômes.** — Ils varient beaucoup suivant que la perte des facultés psychiques est, ou non, complète. Marcé distinguait trois périodes qui ne devaient pas nécessairement se succéder et dont chacune présentait d'importantes variétés. Le mieux nous paraît être d'indiquer les caractères des troubles intellectuels dans les différentes catégories de démence que nous avons distinguées d'après l'étiologie.

(1) Foville, art. *DÉMENCE* du *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques* de Jaccoud. Paris, 1872, t. XI.



La *démence sénile*, à un léger degré, peut permettre aux malades de continuer leur vie ordinaire; ils s'habillent, prennent leurs repas, sortent, lisent leur journal et jouent aux cartes comme auparavant, et cependant on reconnaît, si on les examine, que leurs facultés psychiques sont singulièrement affaiblies; ayant perdu en grande partie la mémoire, incapables de soutenir une conversation, ou de prendre une décision, ils vivent en quelque sorte automatiquement. On voit cependant fréquemment des phénomènes d'excitation intervenir dans cet état: ils portent souvent sur l'instinct génésique. La démence sénile s'accompagne parfois aussi de délire, soit sous forme maniaque, soit sous forme mélancolique; dans ce cas, on observe surtout des idées de ruine, de persécution, avec réaction anxieuse.

Chez les *paralytiques généraux*, on peut constater, dès le début de la maladie, un affaiblissement de l'intelligence que caractérisent des absences de mémoire, des paroles dénuées de sens et des actes inconscients: les malades ne peuvent plus exécuter les travaux dont ils s'acquittaient auparavant sans difficulté; ces accidents s'accroissent de plus en plus. Au début, les signes de démence peuvent être masqués par la violence des actes délirants, mais un examen attentif permet de les retrouver: le délire lui-même en porte la marque; les conceptions sont mobiles, multiples, absurdes et contradictoires (J. Falret); la démence s'accroît davantage à mesure que la maladie progresse, et il vient un moment où les malades en sont réduits à une existence purement végétative.

Dans la *vésanie*, la démence conserve l'empreinte du délire qui a caractérisé la maladie; chez les *maniaques*, elle ne paraît guère qu'au moment où la maladie a pris la forme chronique; l'excitation intellectuelle est amoindrie, les mouvements sont moins tumultueux, les idées deviennent vaines et sans portée; cependant on observe quelquefois encore des phases d'agitation.

Dans la *mélancolie*, l'abattement et la tristesse persistent, en même temps que la mémoire et les autres facultés s'affaiblissent; de même dans l'*hypocondrie*, les douleurs imaginaires qui ont pendant longtemps constitué le phénomène dominant de la maladie persistent alors que la démence se développe et lui donnent une physionomie spéciale.

L'*épilepsie* peut, d'après Foville, se combiner avec presque toutes les formes de la démence.

Dans les cas de *lésions en foyer*, il n'y a généralement pas d'autres accidents qu'un affaiblissement intellectuel avec tendance au larmoiement et aux idées tristes.

Dans l'*alcoolisme*, il peut se produire graduellement une débilité

intellectuelle progressive qui aboutit, par une pente insensible, à l'abrutissement et n'est pas subordonnée à une péri-encéphalite; d'autres fois, d'après Morel (1), la démence se développe rapidement et entraîne la mort. Ordinairement, la démence alcoolique débute par de l'amnésie, de l'apathie, de l'indifférence et un affaiblissement des sentiments moraux; les malades se montrent insouciant; plus tard, ils deviennent gâteux et peuvent arriver à la démence absolue.

Quelle que soit la nature de la démence, les malades qui en sont atteints présentent généralement, quand elle est arrivée à un certain degré, des allures particulières; ils sont indifférents à tout ce qui les entoure; leur regard s'est éteint; leur physionomie a une expression d'hébétéude; ils oublient leurs affections les plus tendres et les sentiments les plus élémentaires de pudeur; ils deviennent obscènes, malpropres, laissent parfois aller volontairement l'urine et les matières fécales, s'en barbouillent à plaisir, ramassent toutes les ordures qui leur tombent sous la main, en remplissent leurs chambres, leurs meubles, leurs vêtements ou se les introduisent dans les narines, dans la bouche ou dans le conduit auditif (2). Presque tous ont un tic, une manie, une habitude: les uns passent des journées entières immobiles dans le coin d'une cour; les autres se promènent sans relâche dans une même allée ou se balancent sur un siège d'une manière uniforme. De temps à autre, ces malades peuvent, sous l'influence d'un accès de colère, éprouver des impatiences irrésistibles sous l'influence desquelles ils frappent et brisent ce qui les entoure. Ces déments ne présentent pas, d'habitude, de troubles organiques; ils mangent avec vivacité et engraisent. A un degré plus avancé, la démence devient absolue, les malades n'ont plus que les fonctions de la vie végétative; ils ne parlent plus, n'ont plus conscience de leur personnalité et se laisseraient mourir de faim si on ne les alimentait artificiellement.

#### ARTICLE III. — APHASIE (3).

On réserve le nom d'*aphasie* aux troubles du langage qui sont indépendants d'un trouble de l'idéation et de l'articulation.

(1) Morel, *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales*. Paris, 1857.

(2) Marcé, *Recherches cliniques et anatomo-pathologiques sur la démence*. Paris, 1861.

(3) Broca, *Sur la faculté du langage articulé avec deux observations d'aphémie* (Bull. de la Soc. anat., 1861). — Dax, Congrès de Montpellier, 1836. — Grasset, *Traité des maladies du système nerveux*, 3<sup>e</sup> édition, Montpellier, 1885. — Kussmaul, *Les troubles de la parole*, trad. par Rueff. Paris, 1884. — P. Marie, *De l'aphasie*, d'après les leçons de M. Charcot (*Revue de médecine*, 1883). — G. Ballet, *Le langage intérieur et les diverses formes d'aphasie*. Paris, 1886. — *Manuel de médecine*, art. de Jean Charcot. — *Traité de médecine*, art. de Brissaud. — Lantzenberg, *L'aphasie motrice*. Thèse Paris, 1896. — Mirallié, *Les aphasies sensorielles*. Thèse Paris, 1896. — P. Marie, *Presse médicale*, dé-