

mentale (*amentia*) doit se faire surtout à propos de l'agitation catatonique commençant d'une façon aiguë et s'accompagnant de troubles sensoriels. Les deux affections sont assez souvent désignées indifféremment sous le nom de *psychose hallucinatoire*, bien que rien ne vienne encore renseigner d'une façon certaine sur la marche et la terminaison du syndrome. Dans la confusion mentale, on peut démontrer l'existence d'une cause d'épuisement ; de plus, l'aperception et l'orientation sont en pareil cas gravement troublées et les sujets font de vains efforts pour voir clair dans leur état. Au contraire, les catatoniques, interrogés avec une insistance suffisante, montrent, malgré leur grande agitation, qu'ils sont généralement bien orientés dans leur milieu ; de plus, ils présentent souvent du négativisme et des tics.

La *mélancolie d'involution* ne peut être discutée qu'à propos de la forme paranoïde de la démence précoce, forme qui, comme nous l'avons indiqué, survient assez tardivement. Or, les symptômes décisifs qui militent en faveur de cette dernière sont : le négativisme, les attitudes maniérées, les tics, les troubles sensoriels ; tandis qu'un état cœnesthétique triste, accompagné d'une profonde inquiétude, indique plutôt une mélancolie d'involution.

Le diagnostic différentiel de la démence précoce doit se faire encore avec la *paralyse générale*. L'âge de prédilection des deux affections n'est pas un élément suffisant pour décider la question. Des symptômes catatoniques peuvent se produire aussi de temps en temps au cours de la paralysie générale, mais seulement à titre isolé ; tandis que les troubles somatiques qui surviennent quelquefois dans la démence précoce, tels que l'exagération des réflexes ou l'inégalité pupillaire, n'arrivent jamais à un haut degré de développement. L'affaiblissement de la mémoire est un argument en faveur de la paralysie générale. Mais souvent ce qui est décisif pour cette dernière affection, ce sont : le trouble caractéristique de la parole, les troubles pupillaires, l'exagération des réflexes rotuliens, le tremblement fibrillaire de la langue.

[Le diagnostic de la démence précoce avec la *paralyse générale* a une importance capitale. Les signes physiques guideront surtout dans ce diagnostic différentiel. Comme dit Joffroy, il n'y a pas de paralysie générale là où les signes physiques, comme l'affaiblissement musculaire, le

tremblement fibrillaire de la langue, l'embarras de la parole, les troubles pupillaires, parmi lesquels le signe d'Argyll-Robertson, sont totalement absents. Aujourd'hui, l'analyse histologique du liquide céphalo-rachidien vient lever tous les doutes. En effet, comme l'ont démontré les recherches de Widal, Joffroy et d'autres, le nombre des lymphocytes contenus dans ce liquide est augmenté dans la paralysie générale, tandis que, d'après Dupré, Nageotte, ces éléments sont rares dans le liquide céphalo-rachidien des déments précoces.]

Nous avons déjà mentionné les caractères qui permettent de différencier la *paranoïa* de la démence paranoïque (Voy. ch. xvii).

L'*hystérie* peut avoir plus d'un point commun avec la démence précoce. Parfois l'apparition de cette dernière est précédée, et cela pendant des années, de symptômes de nature hystérique, surtout en ce qui concerne le caractère des malades ; plus tard se joignent à ces signes hystérisiformes, et sans ligne de démarcation précise, du négativisme, des attitudes maniérées, des tics, de la stupeur, des conceptions délirantes. Une démence précoce débutant de cette façon ne se distingue en rien, par la suite, de la même affection qui a évolué sans antécédents hystériques. On ferait fausse route si l'on considérait ces cas comme étant une sorte d'hystérie grave ou bien comme une espèce de *démence hystérique*. Précisément, à la période finale de ces déments précoces, l'égoïsme qui caractérise l'hystérie a disparu et c'est la passivité qui constitue alors le trait fondamental de la personnalité psychique. Ensuite, même chez des sujets qui n'étaient pas hystériques auparavant, surtout dans les premières phases de la démence précoce, il survient quelquefois, à titre absolument passager, des accidents qui font penser à l'hystérie, particulièrement sous forme d'attaques convulsives, comme le rappelle la figure 188.

Des cas qui s'établissent d'une façon insidieuse et lente, comme cela arrive surtout pour la démence précoce simple, sont parfois difficiles à distinguer, et principalement au début, de la *neurasthénie*. Or, dans cette dernière affection se produisent, comme on sait, des bourdonnements d'oreilles, des plaintes et des accès de mauvaise humeur de toutes sortes. En tenant compte de l'indifférence croissante dans le domaine affectif, des attitudes maniérées,

des troubles sensoriels, on peut établir à coup sûr le diagnostic de la démence précoce. En outre, l'inefficacité d'une cure de rétablissement est un argument contre la neurasthénie d'épuisement.

L'excitation furieuse du catatonique peut quelquefois faire penser à l'épilepsie et à des états crépusculaires de la conscience d'origine comitiale. Cependant, même chez les catatoniques les plus agités, on constate encore généralement un certain degré de compréhension et d'orientation; tandis que chez l'épileptique prédominant surtout: l'humeur coléreuse, la violence impulsive et la confusion mentale.

On confond souvent des états initiaux de la démence précoce simple, et même certaines formes terminales de cette affection, avec l'idiotie ou l'imbécillité congénitales. Un examen approfondi montre chez les déments précoces la persistance des traces de connaissances acquises autrefois; il permet de retrouver aussi des indices de négativisme et de tics. Par contre, la faiblesse mentale innée de l'imbécile ou de l'idiot est confirmée par les renseignements. Il est vrai qu'il y a des cas où un individu congénitalement imbécile peut plus tard être atteint de la démence précoce qui le fera verser dans l'idiotie.

Anatomie pathologique. — Les recherches anatomopathologiques relatives à la démence précoce sont encore à leurs débuts. Pourtant, dans une série de cas qui se sont terminés par la mort pendant la période aiguë, on a pu établir l'existence d'importantes altérations histologiques (Alzheimer); on a constaté en particulier une prolifération abondante des cellules de la névroglie, une dégénérescence granuleuse des cellules ganglionnaires, la pénétration de cellules embryonnaires dans le corps des cellules nerveuses, comme le montrent les figures 5 et 6 de la planche XIX.

Pronostic. — Le pronostic relatif à la terminaison habituelle de la démence précoce est en principe défavorable. Il n'est pas toujours possible de pronostiquer le degré de la démence finale et de dire, pour chaque cas spécial, ce qui se passera au juste: le sujet sera-t-il complètement dément? sera-t-il intellectuellement dégradé seulement à un degré léger? ou pourra-t-il de nouveau reprendre son travail? Kraepelin indique les points de repère suivants pour la constatation d'une démence finale

grave: une hébétude immobile avec apathie, malgré une certaine conservation de la faculté d'observation; des conceptions délirantes absurdes ne s'accompagnant d'aucun mouvement émotif, d'aucune agitation; des attitudes maniérées uniformes, durables; des mouvements stéréotypés sans agitation; un état cœnesthétique déprimé de peu de durée, mais revenant à certains moments et, parfois, régulièrement périodique, sans agitation et entrecoupé d'intervalles de stupeur; disparition du négativisme ou de l'agitation sans la réapparition de l'activité intellectuelle et de l'intérêt pour les occupations d'avant l'affection. Tant que dure une forte agitation ou un vif négativisme, on peut espérer obtenir une amélioration importante. Quand des périodes de stupeur s'établissent d'une manière aiguë, quand l'affection commence subitement par une agitation hallucinatoire, on peut encore espérer des rémissions ou un arrêt de l'affection.

Étiologie. — Mucha a trouvé, dans 75 p. 100 des cas de démence précoce, une tare héréditaire. On observe souvent une hérédité similaire. Quelquefois, l'ascendant a pu ne pas être interné dans une maison de santé, et néanmoins il a présenté, durant toute sa vie, les traits caractéristiques de la démence précoce, notamment: l'absence d'initiative pour quoi que ce soit, le manque complet d'initiative, les tics, un caractère récalcitrant, une affectation ridicule dans les gestes ou les paroles.

De même, il n'est pas rare que la démence sénile et la mélancolie d'involution se soient observées chez les ascendants. Souvent les renseignements sur la famille indiquent chez plusieurs membres une disposition intellectuelle particulièrement bonne; chez d'autres, des facultés insuffisantes, et chez quelques-uns de l'imbécillité très caractérisée. Beaucoup de déments précoces, et surtout les futurs paranoïques, passaient déjà dans leur enfance pour des êtres bizarres, taquins, indolents, dévots. Une malade qui avait toujours passé pour une exaltée se fit remarquer à l'âge de trente ans parce qu'elle se croyait aimée par le fils d'un professeur qu'elle ne connaissait que de nom. Jusqu'à l'âge de cinquante ans, elle fut à la tête d'une grande maison de commerce où elle fit de plus en plus de mauvaises affaires. Finalement, il fallut la mettre dans un asile; elle présentait des idées de persécution évoluant sur le terrain d'une démence précoce

typique. Kraepelin a constaté que dans 10 p. 100 des cas les sujets observés par lui avaient eu, antérieurement à la démence précoce, de graves affections aiguës, dont la méningite. Von Muralt a décrit des démences catatoniques survenues à la suite de traumatismes crâniens. Parmi les hommes traités par Kraepelin, 6 p. 100 furent atteints d'une manière aiguë pendant leur détention en prison; parmi les femmes catatoniques observées par le même auteur, 24 p. 100 furent frappées au cours d'une grossesse ou pendant l'accouchement. Nous avons déjà mentionné les rapports qui existent entre la démence précoce et la puberté. L'opinion de Tschich, d'après laquelle une longue abstinence sexuelle serait un facteur causal de la démence précoce, ne paraît pas fondée. Nous ne nous trompons sans doute pas en attribuant en pareil cas aux traumatismes, aux intoxications, à la puerpéralité, aux affections somatiques aiguës, une importance de causes simplement déterminantes, qu'on retrouve dans la production de certains accès de la folie intermittente.

Quant à la base *pathogénique* de la démence précoce, on ne peut qu'émettre des hypothèses. Ainsi Binswanger, [Christian] classent la démence catatonique parmi les *psychoses par épuisement*. Pourtant, nous l'observons assez souvent dans des cas où, pendant le cours de la vie, toute cause d'épuisement et tout surmenage doivent être sûrement écartés. Kraepelin, Mucha et d'autres admettent, à l'origine de la démence précoce, un trouble dans les échanges organiques, une *auto-intoxication*, ce qui paraît confirmé par les constatations anatomo-pathologiques faites dans l'écorce cérébrale, qui, en effet, font penser à des altérations d'ordre toxique. Il y a lieu d'espérer que l'intérêt croissant que l'on prend à l'étude de la démence précoce, qui, dans certains asiles, constitue un sixième ou un quart du contingent de la population des aliénés, étendra bientôt nos connaissances sur la nature de cette affection.

Traitement. — Dans les premières périodes de la démence précoce, la surveillance est indispensable. On devrait surtout ne pas hésiter trop longtemps à faire entrer le malade dans une maison de santé ou dans un asile, puisque, même dans le cas de légère dépression avec incapacité au travail, il peut se produire tout à coup de violents accès d'agitation ou des tentatives de suicide.

Dans l'établissement où sera placé le malade, on doit, avant tout, combattre les divers symptômes : l'agitation, l'insomnie, le refus de nourriture. L'alitement et la balnéothérapie sont souvent indiqués. Dans le cas d'agitation peu bruyante, on fera bien quelquefois de traiter le sujet par des enveloppements dans le drap mouillé. L'alitement est particulièrement nécessaire dans les cas de stupeur. Quand, dans les formes débutant d'une manière aiguë, les principaux symptômes tendent à disparaître, il ne faut pas hésiter à essayer d'occuper le malade ou même à le laisser partir de l'asile, pourvu que ce soit pour entrer dans un milieu familial approprié. Il semble que si, en pareil cas, on prolongeait trop longtemps le repos au lit, on conduirait le sujet à la démence plus tôt que si l'on essaie encore à temps de l'occuper à un travail régulier. Naturellement, une fois le malade hors de l'asile, il y a lieu d'exercer sur lui une surveillance. Les femmes, en particulier, sont exposées à devenir enceintes. Il faut, en outre, pourvoir pour certains malades à des moyens de travail pour assurer leur existence. Pour les déments précoces dont l'affaiblissement est peu accusé, la *colonie agricole* constitue le placement le plus approprié.

Médecine légale. — Bien des délits de nature diverse sont possibles, et cela surtout chez les hétérophréniques et les déments peu profonds. Il n'est pas rare de rencontrer de ces malades parmi les vagabonds. Il est à noter que les personnes peu initiées à la connaissance de la démence précoce croient parfois que les actes impulsifs et bizarres, ainsi que les attitudes maniérées accompagnées d'une conservation relative des facultés intellectuelles, ne sont autre chose que de la simulation.

L'interdiction pour cause de démence précoce mentale est souvent prononcée. Il peut quelquefois survenir une rémission telle que la capacité au travail revient et qu'il est nécessaire de lever l'interdiction, même dans des cas où l'aliéniste peut encore prouver qu'il y a des traces de la démence précoce.

Latah. Myriachit.

On appelle *latah* dans les Indes hollandaises une affection mentale héréditaire dans laquelle les malades se livrent, contre leur volonté, à des mouvements, ou bien

émettent des sons et des mots incohérents. On y trouve de la coprolalie, de l'échopraxie, de l'écholalie, de la paraphrasie. Cette affection rappelle certaines formes de la démence précoce et aussi les états obsédants et impulsifs des dégénérés. [Elle rappelle aussi certaines variétés de la *maladie des tics* décrite, entre autres, par Gilles de la Tourette, et connue dans diverses contrées de la Russie orientale sous le nom de *myriachit*.]

XIX. — PARALYSIE GÉNÉRALE PROGRESSIVE

[Arachnitis chronique et méningite chronique (Bayle). — Paralyse générale des aliénés ou périencéphaloméningite chronique diffuse (Calmeil). — Folie paralytique (Parchappe). — Paralyse générale progressive (Requin, Lunier, Sandras). — Ataxie psychomotrice (Lunier). — Démence paralytique (Baillarger). — Encéphalite chronique interstitielle diffuse (Magnan).]

Dès l'année 1798, Haslam signalait ce fait [entrevu déjà en 1681 par Willis] que, dans beaucoup de cas de manie, les malades meurent à la suite d'une hémiplégié ou d'une apoplexie.

[De 1814 à 1820, Esquirol, Royer-Collard, Georget considéraient les principaux signes de la paralyse générale comme une complication de la folie. Bayle, en 1822, et Calmeil, en 1826, ont nettement isolé et décrit la paralyse générale comme une entité morbide ayant ses symptômes, son évolution et ses altérations anatomiques propres. Le premier travail de Bayle a été publié en 1822 sous la forme d'une thèse intitulée : *Sur l'arachnitis chronique*. En 1826, cet auteur est revenu sur la paralyse générale dans son *Traité des maladies du cerveau et de ses membranes*. La même année, Calmeil a publié son mémoire sur la *Paralyse considérée chez les aliénés*.]

A partir de 1867, on rompit universellement avec l'opinion que des complications sous forme de paralyse avec issue mortelle peuvent s'ajouter aux manies ou aux mélancolies et l'on s'accorda à admettre une affection unique sous le nom de « paralyse générale progressive des aliénés », dont les synonymes sont : *paralyse générale progressive, démence paralytique progressive, folie paralytique générale des aliénés*. L'expression vulgaire de « ramollissement du cerveau » est inexacte, puisque le cerveau a ici

plutôt une tendance à la sclérose. Il s'agit d'une affection qui s'établit principalement à l'âge moyen de la vie, et qui, passant par de multiples phénomènes d'excitation et de paralyse, se termine par un affaiblissement mental spécial [*total*], une profonde démence, par une déchéance physique progressive et, au bout de quelques années, par la mort. L'examen anatomique démontre une suite d'altérations localisées principalement dans le système nerveux central et dans ses enveloppes. Dans nos établissements pour aliénés, il y a de 10 à 15 p. 100 des malades atteints de paralyse générale.

SYMPTOMATOLOGIE

A. — Symptômes psychiques.

Les facultés de l'attention, de la compréhension, du jugement et de la volonté sont diminuées souvent dès les premières périodes de la paralyse générale, quoique les malades perçoivent souvent pendant longtemps des excitations extérieures et comprennent les questions qu'on leur pose. Il arrive que le sujet ne reconnaît pas les personnes de son entourage. Parfois même il ne retrouve pas sa propre maison devant laquelle il stationne. Les *troubles sensoriels* n'existent, d'après Kaes, que chez 35,5 p. 100 des paralytiques ; ils présentent rarement une grande intensité. Tous les sens peuvent être en jeu. Les sensations venant des organes en forment fréquemment la base ; le malade croit sentir dans la tête des commotions électriques ou des picotements sur la figure ; il entend ses enfants crier ; il prend un globe de lampe pour une tête qui lui parle. Une paralytique générale, au début, aperçut le diable sous la forme d'un bouc debout sur ses pattes de derrière, qui lui parlait. Une autre voyait partout des pierres sépulcrales dressées devant elle. Un malade disait qu'on parlait à l'intérieur de son corps ; son cou se mettait à l'appeler « voleur ». Certains se croient mouillés (*hallucinations hygriques*), sans doute par suite d'un trouble dans la sphère des sensations thermiques.

La faculté d'association est affaiblie ; on constate une tendance à des associations par assonance. Il y a surtout des lacunes de la *mémoire*. Les oublis constituent un symptôme initial de premier ordre. Ce sont les événe-