

ils viennent d'être atteints et où ils retrouvent leur poids normal.

#### B. — DÉMENGE SÉNILE

Les cas qui se rattachent à cette forme de démence ne sont pas homogènes. Leur délimitation exacte dépend entièrement des progrès de l'histologie pathologique. Il n'est pas possible parfois de distinguer cette affection de la mélancolie d'involution, surtout lorsqu'elle se manifeste vers l'âge de soixante ans. Plus le début de la démence s'éloigne de l'âge d'involution, plus l'élément dépressif passe à l'arrière-plan. D'ordinaire, on constate des symptômes qui rappellent la psychologie normale du vieillard : diminution de l'activité intellectuelle, méfiance d'idées nouvelles, tendance à l'apologie des temps passés, à l'égoïsme, à l'avarice; attachement aux choses d'utilité immédiate, comme le repas, le bon fauteuil, la pipe; jugement plus bienveillant, mais moins pénétrant; relâchement de la volonté; tendance au radotage.

Dans la démence sénile, la *compréhension* devient plus faible; les illusions sont fréquentes, surtout dans l'acte de reconnaître les personnes. Surviennent ensuite assez souvent des hallucinations et des troubles sensitivo-sensoriels de diverses sortes. Le sujet sent des vapeurs chaudes, entend des voix, aperçoit pendant la nuit des étrangers dans la chambre. Tout paraît changé au malade; tout a l'air, pour lui, d'être autrement que jadis.

Des conceptions délirantes viennent s'ajouter dans certaines formes de la démence sénile. Les idées hypochondriaques, notamment, ne sont pas rares. Une femme se plaignait, par exemple, d'être comme vidée, de ne plus aimer son mari; elle disait que son cerveau était tombé, que ses oreilles étaient enflées et bouchées, que ses yeux étaient affaiblis. Très souvent, on observe aussi des idées de persécution. Une démente sénile, avec idées de persécution, représentée par la figure 241, disait, pour expliquer les voix qu'elle entendait, qu'on avait loué la maison occupée par elle à deux locataires différents. Des interprétations fausses, des explications délirantes, des idées de métamorphose peuvent se manifester ici comme dans la mélancolie d'involution. La plupart des sujets ont conservé leur faculté d'attention, qu'il est possible de

fixer chez eux, du moins pour quelque temps. L'*association des idées* est un peu relâchée; les notions énoncées ne sont pas appuyées sur des arguments précis. Ainsi, les malades reconnaissent un objet, mais n'en peuvent dire le nom; ou, s'ils entendent quelque chose, ce n'est que plus tard qu'ils se rappellent comment ce quelque chose est fait. Il y a là une sorte de *dissociation* des idées. Quelques déments séniles se plaignent d'avoir comme une fuite d'idées: « Ma pensée, dit l'un d'eux, est tantôt ici, tantôt là; tantôt je suis chez moi, tantôt ailleurs. »

La *mémoire* est la faculté la plus profondément altérée. Avant tout, la *faculté de remarquer* et le *souvenir des impressions récentes* sont souvent si diminués que les sujets ne savent plus s'ils ont diné, si c'est le matin ou le soir. Il ressort des expériences de Schneider (qui présentait à plusieurs déments des objets, puis leur demandait, quelques secondes après, ce qu'ils avaient vu) qu'après une pause de cinq secondes, 75 p. 100 donnaient une réponse exacte; après trente secondes 25 p. 100 pouvaient répondre convenablement; enfin, après une pause plus longue, il ne restait plus rien dans la mémoire d'aucun dément sénile. Les impressions *anciennes* remontant à la jeunesse se maintiennent beaucoup mieux. Des malades de quatre-vingts ans se rappellent encore les noms de leurs condisciples. Il est vrai que la faculté du jugement est si affaiblie qu'il n'est guère possible d'appliquer utilement ces provisions de la mémoire. L'*orientation* dans le temps est extrêmement défectueuse; il arrive que des malades parlent parfois de l'époque où ils allaient à l'école comme s'ils la fréquentaient actuellement. Ils sont, en même temps, très *suggestibles*. Quand on leur demande, par exemple, s'ils ont été chez leur grand-mère dans la journée, ils répondent tranquillement « oui » et cherchent à raconter quelque chose sur cette visite. Dans une légère excitation, on observe quelquefois un *délire confus*, avec un trouble profond de la conscience. Parfois aussi les malades restent assis, en *stupeur*, et ne perçoivent plus rien de leur entourage. Mais on n'observe pas, chez ces déments, des affirmations absurdes contraires à toute évidence, comme chez les paralytiques généraux ou les cata-toniques. Si on leur dit, par exemple, que la neige est noire, et qu'un meurtrier mérite une récompense, ils protestent, cherchent à rectifier et à expliquer leurs asser-

tions, en disant, par exemple, ceci : « Quand la neige reste longtemps sur le sol, elle devient noirâtre », ou bien ils prennent ces diverses affirmations pour une plaisanterie. Les malades inventent très fréquemment toutes sortes d'histoires. Ils cherchent à dissimuler l'embarras où les jette leur manque d'attention. Quelques-uns

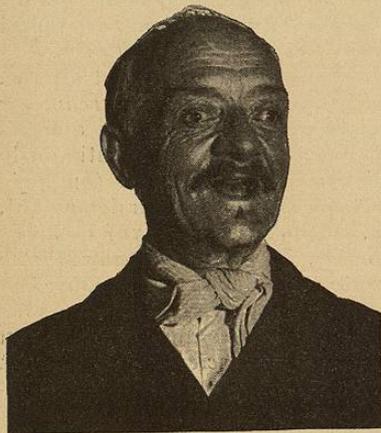


Fig. 237. — Démence sénile. — Gaieté naïve.

font de longs récits d'aventures et de voyages. Chez d'autres, comme chez le dément sénile représenté par la figure 237, domine une gaieté naïve.

Souvent on constate une légère excitation avec préoccupations et insomnie. Habituellement, les malades sont indifférents, passifs, inertes. Comme symptôme initial, on peut constater parfois une légère excitation sexuelle, particulièrement chez les hommes. De temps en temps on voit des

sujets, d'ailleurs paisibles, entrer tout à coup dans une vive colère, réclamer leur liberté, et devenir même agressifs. Une démente sénile frappait encore les personnes de son entourage cinq minutes avant sa mort.

Les *sentiments affectifs* sont effacés; la physionomie est inquiète, parfois déprimée, mais ne diffère guère de celle qu'on observe habituellement chez les vieillards.

Les propos sont corrects dans leur forme, mais dénotent d'ordinaire, quant au fond, l'affaiblissement intellectuel. Il n'est pas rare de constater le besoin de parler, se manifestant par un bavardage filandreux. L'articulation de la parole est parfois dénuée de netteté. La marche révèle le tremblement sénile.

Dans l'état physique de ces malades, il y a lieu de tenir grand compte des signes de la sénilité. L'artériosclérose,

notamment, est très fréquente chez eux. On peut constater chez eux des vertiges, des céphalalgies, des troubles par lésions cérébrales localisées, comme les hémiplegies ou les monoplegies, de l'inégalité pupillaire avec absence des réflexes ou myosis, faiblesse des sphincters vésical et rectal.

Le tremblement des mains s'étendant parfois aussi à la tête, est fréquent chez les déments séniles.

Beaucoup de ces malades ressemblent à des séniles physiologiques. La figure 238 en offre un exemple. Au premier plan de leur état mental se trouve l'affaiblissement de la mémoire, sans autres complications qu'un peu d'agitation motrice, quelques troubles sensoriels, une légère confusion mentale sans idées délirantes.



Fig. 238. — Démence sénile simple, sans délire.

L'excitation et la désorientation augmentent parfois jusqu'à devenir un véritable *délire*. Les malades paraissent préoccupés, ils se roulent dans leurs draps de lit, font des paquets, comme la femme que représente la figure 239. Puis, ils s'imaginent qu'ils voyagent, qu'ils ont mille choses à faire; ils ont des colloques avec des personnages imaginaires; ils demandent de l'argent aux voisins et se mettent en colère quand on ne souscrit pas à leurs désirs. Finalement, ils font entendre des propos incohérents, une sorte de bégaiement rythmique jusqu'à ce que, par suite d'un affaiblissement général, survienne la mort. Il en est d'autres qui, après une phase assez courte d'inquiétude, tombent dans un état de stupeur, avec confusion dementielle, qui se maintient jusqu'à la mort, comme ce fut le cas de la malade représentée par la figure 240: sa mémoire disparaissait, elle était triste; puis elle devint paraphasique, malpropre, gâteuse; elle

restait là les yeux fermés, avalant tout ce qui lui tombait sous la main, et voulait même avaler du savon; çà et là elle poussait des sons inarticulés; malgré une bonne nutrition, les forces disparurent et la mort survint.

Parfois, à côté de l'affaiblissement intellectuel, on trouve des idées mélancoliques.

Dans toute une série de cas de démence sénile, on trouve, au premier plan du tableau clinique, des idées délirantes, plus ou moins systématisées, surtout dans le sens de la persécution, de sorte que quelques auteurs ont pu parler d'un *délire de persécution sénile* ou d'une *paranoïa sénile*. Peu à peu, on voit la méfiance des malades augmenter envers leur entourage. Dans leur esprit naissent toutes sortes de soupçons. Les infirmités dues à l'âge sont attribuées à la mauvaise influence exercée par d'autres personnes. Les malades s'isolent, ne parlent plus guère et font seulement des allusions à leurs idées



Fig. 239. — Démence sénile. — La malade fait des paquets avec les objets de son lit et prétend partir en voyage.

délirantes. Une démente, représentée par la figure 241 retira son argent de la caisse d'épargne et le cacha; elle écoutait le long des maisons du voisinage, s'emportait contre les voisins et cherchait à leur nuire; elle disait qu'il y avait du poison dans ses aliments, qu'on lui avait changé ses vêtements et que son fils avait perdu un testicule.

Des hallucinations peuvent se produire. Un malade entendait des grenouilles coasser, sentait un courant électrique dans son oreille, avait de la « poudre de chloroforme » dans la bouche. Souvent, les sujets ne reconnaissent pas les personnes de leur entourage. L'orientation est généralement défectueuse.

Les sujets conservent d'ordinaire leur faculté d'atten-



Fig. 240. — Démence sénile. — Stupeur et confusion mentale.

tion et produisent extérieurement l'impression de personnes normales. Seule, l'humeur inquiète et surexcitée se révèle dans leurs traits contractés. Leurs idées délirantes deviennent de plus en plus tristes et confuses; ils ne sont plus bien nulle part; ils ne reconnaissent plus personne; de temps à autre, ils émettent quelques idées mélancoliques ou de persécution, jusqu'à ce que la mort mette fin à une démence de plus en plus profonde.

**Diagnostic.** — La *paralyse générale*, avec laquelle on pourrait confondre certaines psychoses d'involution, est rare après soixante ans. D'autre part, les divers signes physiques et, en particulier, les troubles de la parole sont décisifs pour la *paralyse générale*. Les *troubés*

paralyse générale. De nombreuses fibres sont détruites. Les noyaux de la névroglie sont considérablement multipliés. Les *altérations vasculaires* sont fréquentes et surtout l'*artériosclérose* (Binswanger, Alzheimer, Sander). Cette dernière peut contribuer à la formation des lésions cérébrales en foyer. Alzheimer distingue : 1° la *sclérose sénile* de l'écorce cérébrale ayant pour base une altération des capillaires corticaux qui font disparaître des petits territoires du tissu nerveux à la place desquels on voit se former une névroglie très abondante ; 2° l'*atrophie artérioscléreuse de la substance blanche des hémisphères* ou l'*encéphalite subcorticale chronique* de Binswanger, se caractérisant par une dégénérescence scléreuse des longs vaisseaux qui desservent la substance nerveuse sous-corticale ; ces vaisseaux sont entourés de cellules granuleuses ; plus tard se produit une prolifération de la névroglie ; les fibres nerveuses dégénèrent d'abord et, secondairement, l'écorce cérébrale est atteinte par le processus scléreux ; cette forme peut s'observer à l'âge viril ; 3° la *démence artérioscléreuse*, décrite également par Binswanger, et qui est un degré plus léger de la lésion précédente ; 4° la *gliose péri-vasculaire*, limitée au domaine d'irrigation d'une ou de plusieurs grandes artères du cerveau.

Il n'est pas rare de trouver des foyers de ramollissement plus ou moins étendus. La planche XXI en est un exemple.

Outre les centres nerveux, des altérations fréquentes sont constatées du côté du cœur, des vaisseaux, des reins ; ces lésions sont le plus souvent de nature artérioscléreuse.

Le *pronostic* est absolument fatal. Souvent le processus évolue dans l'espace de six mois à deux ans ; parfois les symptômes précurseurs remontent à dix années et plus en arrière.

Au point de vue *pathogénique*, il faut attribuer les accidents aux altérations anatomiques résultant de la sénilité. Outre la dégénérescence primitive des éléments nerveux, il faut tenir compte surtout de la dégénérescence des vaisseaux. Il n'est pas encore possible de donner une place nosologique définitive à la démence artérioscléreuse, basée, non pas seulement sur la constatation de l'artériosclérose et des troubles cardiaques, mais surtout sur les symptômes d'ordre psychique. Quoi qu'il en soit, on trouve au moins dans la moitié des cas une tare héréditaire.

**Planche XXI.** — Ramollissement jaune en forme de foyer et atrophie diffuse du grand cerveau. La démence sénile s'est déclarée, dans ce cas, chez un homme de soixante-quatorze ans, après une attaque apoplectique.

**Traitement.** — La première condition à remplir est l'abstention de tout travail et de toute excitation. Les sujets calmes pourraient être soignés dans leurs familles. Mais dans le cas d'excitation, même légère, ou d'idées mélancoliques, l'internement dans un établissement spécial s'impose. Une grande prudence est nécessaire dans l'emploi du trional, du sulfonal et de l'hydrate de chloral, en raison de la faiblesse du cœur qui existe souvent chez les séniles. On est parfois obligé d'avoir recours à la sonde œsophagienne pour l'alimentation du malade.

**Médecine légale.** — La légère excitation du début des psychoses d'involution a déjà été bien des fois l'occasion des délits contre les mœurs, et surtout des attentats immoraux sur des enfants. D'autre part, des vols ont été commis par des déments séniles. Les psychoses d'involution peuvent entraîner l'interdiction. Parfois, des dons et des testaments ont été contestés à cause de l'affaiblissement sénile des facultés intellectuelles du donateur.

#### XXI. — PSYCHOSES LIÉES AUX AFFECTIONS CÉRÉBRALES ORGANIQUES

Dans ce groupe rentrent les cas dans lesquels on est en présence d'une affection organique du cerveau pouvant déterminer quelquefois des troubles psychiques à titre secondaire.

La *syphilis* peut léser le tissu cérébral par méningite, par artérite ou par gomme. Le plus souvent, ces trois processus se combinent de manière diverse. Le tableau clinique qui en résulte est extrêmement varié.

D'ordinaire, apparaissent d'abord des signes physiques. En première ligne, surviennent les diverses ophtalmoplégies, accompagnées parfois de troubles pupillaires et de l'atrophie du nerf optique. Habituellement, existent de violents maux de tête. De temps à autre, on observe aussi des accidents spinaux, comme l'exagération des réflexes rotuliens, par exemple. Selon la nature et le siège

