

qui en a fait une excellente étude, admet : 1° des lésions antérieures à l'écllosion de la paralysie générale (artério-sclérose, lésions de l'alcoolisme, de la syphilis); 2° des lésions liées à l'influence du système nerveux lésé par la paralysie générale, et se manifestant sous la forme d'ectasies capillaires hémorragiques dans le rein, le foie, le poumon; 3° des lésions liées à l'état de marasme : congestions passives, dégénérescences graisseuses; 4° des lésions d'infections secondaires, dues au pneumocoque, au streptocoque.

Citons parmi les altérations qui dépendent directement des troubles nerveux : du côté du poumon, l'œdème, la congestion, les hémorragies d'origine vaso-paralytique et, du côté du rein, la dilatation des capillaires. Le foie présenterait, selon le même auteur, des altérations assez spéciales pour mériter le nom de foie paralytique. Il a conservé sa forme et son volume, et présente à sa surface des plaques de décoloration, qui ne sont autres que des surfaces ischémisées. Celles-ci correspondent à des zones comprimées où les cellules hépatiques s'atrophient et s'infiltrent de pigment, en conséquence de la pression exercée par le reste du parenchyme où, au contraire, les capillaires sont dilatés et turgescents.

Outre la vaso-paralysie des capillaires, des travaux récents ont fait connaître des lésions vasculaires d'un autre ordre, consistant en une altération des parois, vraisemblablement primitive et non secondaire aux troubles du système nerveux, comme les phénomènes vaso-paralytiques.

Les lésions de l'aorte notamment sont assez fréquentes.

Sur 84 cas Straub⁽¹⁾ les a notées 69 fois. D'après cet auteur, elles diffèrent notablement, de même que les lésions des artères cérébrales, de l'athérome habituel. Elles consistent en un épaississement arrondi, en forme de bosse, de l'endartère. Ces lésions peuvent confluer, atteindre les valvules et les points d'origine des vaisseaux. En dehors de la paralysie générale Straub, ne les a rencontrées que sept fois et cela exclusivement chez des syphilitiques. — Il n'est pas rare de trouver des lésions d'insuffisance aortique probablement sous la dépendance d'une syphilis antérieure.

Mais les plus constantes des altérations vasculaires sont celles des petits vaisseaux. Elles consistent en un épaississement et en une infiltration diffuse des parois, et se montrent identiques à celles que nous avons étudiées à propos des artères du cerveau. Angiolella qui en a fait une étude intéressante les attribue à l'action d'une substance toxique apportée par le courant sanguin.

C'est aux altérations vasculaires que doivent être rapportées les lésions de sclérose rénale qu'il est courant de rencontrer dans les autopsies des paralytiques généraux⁽²⁾.

Les altérations du sang ont été étudiées par divers auteurs. On a constaté une augmentation de la coagulabilité (Voisin), une diminution du nombre des globules rouges et de la proportion d'hémoglobine (Winkler, Capps) surtout après les attaques (Macfail), une augmentation du nombre des globules blancs, des éosinophiles en particulier, notamment dans les états de violente excitation (Capps), un abaissement de l'isotonie. Le pouvoir bactéricide du sang paralytique a également fait l'objet de travaux intéressants, mais dont les résul-

⁽¹⁾ Loc. citat.

⁽²⁾ H. C. BRISTOWE. The Relationship between general Paralysis and chronic renal disease. *The Journ. of ment. sc.*, avril 1895.

tats sont malheureusement peu concordants. Augmenté d'après d'Abondo, il serait au contraire diminué ou aboli dans la plupart des cas d'après Idelsohn.

Quant aux altérations des os et des articulations qui sont, du reste, rares et inconstantes, elles ne diffèrent pas de celles qui s'observent dans les autres neuropathies, notamment dans le tabes.

Symptômes. — Période prodromique⁽¹⁾. — Il est tout à fait exceptionnel que la paralysie générale s'affirme d'emblée par ses symptômes caractéristiques. Le plus souvent, son début est précédé d'une période prodromique (période préparalytique, prédélirante), qui s'étend du moment où le malade présente quelque chose d'anormal, jusqu'à l'apparition des symptômes nets, psychiques ou somatiques, de la maladie.

Le début et la fin de cette période prémonitoire sont également difficiles à préciser. Il faut tenir compte, en effet, pour apprécier la valeur des premiers indices symptomatiques, non seulement de l'attention variablement experte, selon les milieux, de l'entourage du malade, mais encore de la profession et de la situation sociale de celui-ci. Il existe, à cet égard, il est aisé de le concevoir, des différences notables entre les hommes adonnés à des travaux intellectuels chez lesquels les moindres manifestations psychiques ne tardent pas à se révéler, et les ouvriers manuels dont les troubles de mémoire ou d'attention passent plus aisément inaperçus. D'autre part, il n'est pas rare que dès longtemps le sujet ait commis des actes singuliers, qu'on ne sait trop ensuite s'il faut rattacher à cette période prodromique.

Les mêmes difficultés interviennent quand il s'agit de fixer la fin de la période. Elle est marquée, avons-nous dit, par l'apparition de signes tout à fait nets : l'appréciation de la valeur de ces symptômes dépend naturellement de l'expérience de l'observateur.

Il résulte de là que la durée de la période prodromique est d'une estimation délicate. Elle est, au reste, extrêmement variable selon les cas; parfois elle ne persiste guère que pendant un ou deux mois, mais on l'a vue aussi se prolonger pendant plusieurs années et l'un de nous⁽²⁾ a particulièrement insisté sur la longue durée possible de cette période.

Les symptômes de la période prodromique sont d'ordre psychique et d'ordre somatique.

A. TROUBLES PSYCHIQUES. — Ceux-ci ne diffèrent pas essentiellement de ce qu'ils seront dans la période d'état, sinon par leur degré d'intensité. La tristesse, que nous allons observer avec son cortège de sombres préoccupations relatives surtout à la santé, ce sera plus tard le délire hypocondriaque; la satisfaction et l'exubérance deviendront le délire ambitieux; l'affaiblissement d'abord à peine appréciable des facultés s'appellera la démence. Comme l'a dit très justement Lasègue : « dans la paralysie générale les troubles sont progressivement croissants sans pourtant changer de forme ».

Le plus souvent, c'est la tristesse qui ouvre la marche. Tout d'abord, elle est

⁽¹⁾ THOMSEN. Ueber paralytische Frühsymptomen welche der Paralyse bis zu 10 Jahren vorausgehen. *Allg. Zeitsch. f. Psychiat.*, t. 52. — MORAVISIK. Ueber die Frühsymptomen der progressiven Paralyse. *Allg. Zeitsch. f. Psychiat.*, t. 58. — SACHS. The early recognition of general paralysis. *New York med. Journ.*, 1898. — MAXWELL. La paralysie générale au début devant la justice. *Congrès de Grenoble*, 1902. — HIRSCHL. Die Frühdiagnose der progressiven Paralyse. *Wiener medicinische Press*, 1904.

⁽²⁾ G. BALLET. *Sem. méd.*, 1897.

vague, peu accusée, et passe inaperçue; toutefois, les proches du malade constatent bientôt un changement d'humeur chez le sujet. Cette modification du caractère ne tarde pas à devenir une véritable irritabilité malade. A ce moment interviennent souvent des préoccupations de nature hypocondriaque: le malade accuse des douleurs mal localisées, dans la tête, dans le dos, dans les lombes, dans les membres, ou parfois il se plaint de la gorge ou de l'estomac et consulte à ce propos des spécialistes.

Après la tristesse, souvent avant elle, parfois alternant avec elle, se montre une *suractivité mentale* insolite. Celle-ci se manifeste par un besoin excessif d'activité: le malade est constamment en marche; il parle beaucoup, forme des projets chimériques pour lui et pour ses enfants, projets encore en rapport avec sa situation sociale. Souvent les sujets passent aux actes, entreprennent des voyages, se lancent dans des spéculations effrénées, font des achats excessifs; enfin il n'est pas rare qu'ils se livrent à la débauche. Les excès alcooliques sont alors habituels, d'où la fréquence des troubles toxiques au début de la paralysie générale. On observe aussi très souvent une surexcitation sexuelle qui se traduit par des excès génitaux, pouvant même entraîner les malades à des actes immoraux. D'autres fois au contraire il existe de l'agénésie. C'est aussi au cours de cette même période que, poussés par leur besoin pathologique d'activité, les malades commettent à l'occasion des actes bizarres, extravagants ou délictueux⁽¹⁾, qui frappent d'autant plus, qu'ils sont en complet désaccord avec la personnalité antérieure du sujet (période médico-légale de Legrand du Saule): achats d'objets inutiles, opérations financières risquées, outrages à la pudeur, vols, actes toujours inconséquents, souvent puérils et absurdes. Quelquefois leurs entreprises hasardeuses sont couronnées de succès: un malade réalisa ainsi un bénéfice considérable dans une spéculation commerciale à laquelle aucun homme sensé n'aurait osé se livrer. Enfin, la période prodromique de la paralysie générale peut aussi, bien que très exceptionnellement sans doute, être marquée par une heureuse transformation du caractère⁽²⁾.

Dès cette période les actes du malade témoignent déjà de l'affaiblissement de l'intelligence.

Cet *affaiblissement* est souvent visible de bonne heure pour le médecin. Le sujet se plaint d'être astreint à beaucoup d'efforts pour pouvoir continuer ses occupations, faciles auparavant. Sa mémoire est diminuée pour les faits récents; il y a des lacunes dans ses écrits et des erreurs dans ses calculs⁽³⁾. Néanmoins, il n'est pas rare que le malade ait à cette époque une parfaite conscience de sa situation pathologique, et se rende compte de son état de dépression intellectuelle, dont il se préoccupe alors extrêmement.

B. TROUBLES SOMATIQUES. — Ce sont assez souvent des *attaques apoplectiformes* qui signalent le début de la paralysie générale. Parfois le malade accuse seulement de simples étourdissements, ou encore des vertiges survenant à des intervalles assez espacés. D'autres fois, les accidents prennent une intensité plus grande, et revêtent l'aspect d'une véritable attaque d'apoplexie. Le malade est brusquement frappé; la perte de connaissance est plus ou moins complète, et dure un temps variable. Il existe, à la suite de l'ictus, un certain degré d'hémi-

⁽¹⁾ LECALVÉ. Le vol au début de la paralysie générale. Thèse de Bordeaux, 1905-1904.

⁽²⁾ PAILHAS. Congrès des médecins aliénistes et neurologistes. Limoges, 1901.

⁽³⁾ Charles CANILLOT. Perte de la mémoire du calcul comme signe précoce de l'affaiblissement intellectuel chez les paralytiques généraux. Thèse de Paris, 1904.

plégie qui, habituellement transitoire, peut aussi se prolonger pendant quelques jours ou quelques semaines. Nous verrons que les mêmes accidents dits congestifs ne sont pas rares au cours de la maladie confirmée.

D'autres fois, sans perte de connaissance, souvent au réveil, le malade est pris subitement d'aphasie plus ou moins complète. Il s'aperçoit avec étonnement qu'il ne trouve plus les mots, qu'il n'en peut plus proférer un seul, qu'il ne sait plus écrire. Cette *aphasie est transitoire*, ne persiste guère qu'une heure ou deux, et disparaît souvent complètement, pour reparaître un mois, deux mois après, sous la même forme d'accès passagers, et sans que dans l'intervalle ait persisté aucun trouble appréciable. Néanmoins il arrive souvent aussi que ces accès laissent à leur suite un très léger degré d'aphasie ou un embarras de la parole, qui plus tard se confondra insensiblement avec l'embarras de la parole caractéristique. En d'autres cas, ce sont des *accès épileptiformes* que l'on observe. Ceux-ci peuvent être tout à fait identiques aux accès de l'épilepsie essentielle, mais, beaucoup plus souvent, ils se montrent sous forme d'épilepsie partielle, *motrice ou sensitive*. Dans ce dernier cas, l'accès est plus significatif; il l'est même à ce point que le médecin ne devra pas manquer, quand il rencontrera le syndrome de l'épilepsie partielle *sensitive*, chez un sujet auquel il n'aura découvert aucun trouble concomitant, de réserver toujours le diagnostic de paralysie générale. Il existe, en effet, et nous-mêmes en connaissons un assez grand nombre, des observations, où ce syndrome s'est manifesté à l'état d'isolement, un an ou même dix-huit mois avant le début des autres symptômes de la maladie. Enfin quelquefois c'est un mouvement automatique, par exemple un tic aérophagique qui attire l'attention⁽¹⁾.

Pas plus que les attaques apoplectiformes, les *accès convulsifs* ne sont constants, et ils peuvent faire défaut, non seulement à cette période, mais encore pendant tout le cours de l'affection. D'autres fois ils interviennent ultérieurement avec une fréquence telle, que souvent c'est un *état de mal* qui est seul responsable de la terminaison fatale.

Il arrive aussi que ce sont des *névralgies* qui ouvrent la scène morbide: celles-ci occupent le domaine du trijumeau dont elles affectent une ou plusieurs branches. Elles peuvent s'accompagner de troubles sécrétoires et de plaques d'anesthésie. Les *maux de tête* sont également fréquents à cette période, et ils revêtent des caractères peu précis en général. Aussi ces derniers symptômes ne risquent-ils guère d'attirer l'attention, et leur valeur sémiologique est-elle ordinairement méconnue. Il n'en est plus de même d'un autre syndrome dont Charcot a signalé la haute signification: il s'agit de la *migraine ophthalmique*, qui se montre habituellement, en semblable cas, sous la forme dite *accompagnée*. Cette migraine est caractérisée par le scotome scintillant: le sujet croit voir une sorte d'atmosphère en mouvement, circonscrite par des lignes brisées et colorées. Une céphalée sus-orbitaire intervient ensuite, et des vomissements terminent la scène, du moins dans les cas *simples*. Lorsque la migraine est *accompagnée*, il survient de plus soit de l'hémipopie, soit de l'aphasie, soit de l'engourdissement ou de la parésie du bras, ou encore des attaques épileptiformes partielles, et chacun de ces phénomènes incidents, ordinairement transitoires, peut persister plus ou moins longtemps. Dans les cas rapportés

⁽¹⁾ SÉGLAS. Paralysie générale et tic aérophagique. *Sem. méd.*, janvier 1899. — NEGRO. Une forme inconnue de tic de la langue comme signe précoce de la paralysie générale. *Arch. di Psichiatria e di Neuropathologia*, 1904.

par Charcot⁽¹⁾ et par Parinaud⁽²⁾, ces accidents avaient toujours prélué au développement de la paralysie générale : Blocq⁽³⁾ a montré ultérieurement que la migraine ophtalmique accompagnée était également susceptible d'intervenir au cours de l'affection déjà constituée, et qu'elle pouvait ainsi représenter soit un épisode prodromique, soit un épisode intercurrent.

Parmi les troubles de la sensibilité qui se rencontrent à cette période il convient encore de citer des crises de courbature musculaire (Carrière)⁽⁴⁾.

Des troubles *paralytiques* représentent parfois aussi les premiers signes de la maladie : ce sont alors des paralysies des nerfs crâniens en particulier. Celles-ci sont rarement complètes; elles atteignent un ou plusieurs nerfs ou seulement des rameaux isolés de ceux-ci; enfin, il est rare qu'elles soient persistantes. L'un des troubles les plus fréquents qui en dépendent est le ptosis; le strabisme et la diplopie s'observent aussi. En raison de leur caractère transitoire, la signification de ces troubles moteurs de l'œil est souvent méconnue.

Il n'est pas rare de noter à la période prodromique de la paralysie générale la déformation de la pupille dont la circonférence devient plus ou moins irrégulière⁽⁵⁾.

Beaucoup plus importants sont encore l'*inégalité pupillaire*⁽⁶⁾ et la modification des réflexes à la lumière qui peuvent précéder de longtemps l'éclosion des autres accidents paralytiques. Il n'est pas sans intérêt de noter que ces troubles pupillaires ont été constatés, associés ou non à l'abolition des réflexes rotuliens, d'abord par Babinski, Fournier et, depuis, par nombre d'auteurs, chez de simples syphilitiques. Lorsqu'on les observe ils doivent faire redouter l'apparition dans un délai plus ou moins rapproché de la paralysie générale ou du tabes⁽⁷⁾.

Comme l'*inégalité pupillaire* et les troubles de la réflexivité irienne appartiennent plutôt à la période d'état, c'est à cette occasion que nous les étudierons plus longuement.

Des *parésies des membres* ont été rencontrées, survenues soit sans cause apparente, soit à la suite d'un ictus. Elles revêtent la forme monoplégique ou hémiplégique et n'ont qu'une durée éphémère. Il est fréquent que ce soit par un sentiment de fatigue précoce que débute le *tremblement* caractéristique de la maladie.

On a signalé, dans la même période, des troubles des *divers appareils*, et en particulier des désordres *dyspeptiques* : digestions pénibles, accompagnées de ballonnement, d'éructions, de bouffées de chaleur au visage, inappétence. Il peut arriver, au contraire, que l'appétit se trouve exalté, surtout lorsque prédominent les phénomènes d'excitation. Presque toujours le *sommeil* est troublé dès le début; souvent il existe une insomnie tenace et qu'on arrive difficilement à calmer à l'aide des moyens habituels; d'autres fois le sommeil est seulement

(1) CHARCOT. *Leçons sur les maladies du système nerveux*, t. III, p. 78.

(2) PARINAUD. Migraine ophtalmique au début d'une paralysie générale. *Arch. neurol.*, 1885, p. 57.

(3) P. BLOCC. Migraine ophtalmique et paralysie générale. *Arch. de neurol.*, n° 54.

(4) CARRIÈRE. *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1902.

(5) JOFFROY et SCHRAMECK. *Soc. de Neurol.*, 1902.

(6) DONATH. *Ophtalmoplegia interior als Frühsymptom der progressiven Paralyse*. *Wiener med. Woch.*, 1901.

(7) BABINSKI et CHARPENTIER, *Soc. de dermatologie*, 1899. — CHARPENTIER. *Thèse de Paris*, 1899. — BABINSKI. *Soc. méd. des hôp.*, 1901. — BABINSKI et VAQUEZ. *Soc. méd. des hôp.*, 1902.

interrompu par des cauchemars; parfois enfin le malade accuse au contraire de la somnolence.

Signalons enfin l'*amaigrissement* qui est assez fréquemment un signe prodromique ou un symptôme de début.

FORMES PRODROMIQUES. — Les symptômes que nous venons d'énumérer déterminent, par leurs divers groupements, des *formes prodromiques* la plupart bien décrites.

Tout d'abord, selon que prédominent ou l'*excitation* ou la *dépression*, la période prodromique revêt deux apparences différentes l'une de l'autre, mais également caractéristiques. Il peut arriver aussi qu'un *syndrome unique*, épilepsie motrice ou sensitive, migraine ophtalmique, paralysie oculaire, soit pendant longtemps le seul signe par lequel se manifeste la maladie.

Dans certains cas, la paralysie générale se développe au cours de l'*ataxie locomotrice*; les prodromes sont alors représentés par les signes du tabes.

Un ensemble symptomatique analogue au tableau de la *neurasthénie* constitue, dans des cas assez nombreux, la période prodromique (période prodromique à *forme neurasthénique*)⁽¹⁾. La fatigue, la céphalée, les douleurs, la dyspepsie d'une part, les préoccupations hypocondriaques d'autre part, survenant en l'absence de troubles somatiques, accusent avec l'irritation spinale une ressemblance qui va presque jusqu'à l'identité. Certaines particularités, que décèlera une observation plus attentive, permettront néanmoins le plus souvent d'établir une différenciation. Chez le paralytique général, les symptômes morbides sont plus mobiles, les phénomènes douloureux plus pénibles, plus variés que chez la neurasthénique. Les souffrances accusées par le paralytique général sont quelquefois singulières, et ces malades se plaignent de sensations bizarres qui sont inconnues dans la séméiologie, pourtant si florissante, de la neurasthénie: parfois enfin le paralytique général se croit tout à coup guéri, et en témoigne sa satisfaction avec enthousiasme, quitte à se plaindre de nouveau quelques jours après. Ces changements brusques ne s'observent pas dans la neurasthénie vraie.

Toutefois, dans la plupart des cas de ce genre, seule l'apparition d'un symptôme caractéristique — tremblement, embarras de la parole — permettra de trancher la question diagnostique.

Enfin nous devons signaler la forme prodromique que l'un de nous (G. Ballet) propose d'appeler à *type discontinu*. Il s'agit de cas dans lesquels on voit longtemps, d'habitude plusieurs années, avant l'établissement de la maladie, apparaître des accidents cérébraux ou spinaux, qui procèdent par poussées, qui guérissent et aboutissent à un retour à l'état normal, jusqu'au jour, quelquefois assez reculé, où les troubles continus et progressifs se manifestent. Ces accidents consistent en crises de mélancolie, poussées de douleurs fulgurantes, crises délirantes (délire ambitieux ou de persécution) atténuées et passagères.

Période d'état. — Les symptômes de la période d'état ne diffèrent pas pour la plupart, quant à leur nature, de ceux de la période prodromique, mais ils s'y montrent plus développés et considérablement amplifiés; aussi se prêtent-ils, au point de vue didactique, à la même division que ces derniers.

(1) G. BALLET. La période prodromique à forme neurasthénique dans la paralysie générale. *Sem. méd.*, novembre 1895.

A. TROUBLES PSYCHIQUES. — Les uns sont constants, comme l'affaiblissement de l'intelligence et la démence; les autres sont inconstants, comme les délires et les hallucinations (1).

L'atteinte de l'intelligence peut, au début, se trouver relativement masquée par cette suractivité fonctionnelle par laquelle préluide ordinairement la maladie, et qui détermine en particulier une exaltation plus ou moins appréciable des facultés intellectuelles. Mais elle existe en tout cas; même alors, on découvrirait, par une analyse minutieuse, une incohérence et une instabilité remarquables des idées. Bientôt une déchéance réelle de la puissance cérébrale devient manifeste, progressant ensuite insensiblement pour aboutir à la démence qui constitue le trouble fondamental de la maladie parvenue à une certaine période de son évolution.

Cet effondrement de l'énergie psychique atteint toutes les modalités fonctionnelles du cerveau, intelligence et affectivité, à des degrés divers, mais sans en épargner aucune.

C'est l'affaiblissement, puis la perte de la mémoire, qui représente ici l'altération la plus précoce et la plus significative. L'amnésie dont il s'agit a pour caractères de porter sur toute la mémoire, sur tous les ordres de sensations et d'images et de les détruire avec une apparence de régularité supprimant en premier lieu les souvenirs les plus récents. On constate les troubles grossiers qui sont la conséquence de ce désordre, non seulement dans le domaine intellectuel, mais encore dans le domaine moral. Les sujets ne se rappellent plus les menus faits de leur existence de la veille, ils ne savent plus les noms propres, ils se trompent grossièrement dans les calculs les plus simples, puis ils perdent les objets usuels, chapeau, parapluie, et ne se reconnaissent plus dans les rues; d'autre part, toujours par oubli, ils négligent les soins de leur toilette, et n'observent plus les convenances mondaines les plus élémentaires. Des troubles du jugement résultent de la difficulté de coordonner et de synthétiser les idées, d'où des incorrections dans les conceptions. De plus, le travail devient pénible, d'une lenteur excessive, et l'inaptitude à toute occupation même matérielle est vite rendue absolue. L'attention est faible, aussi les idées sont-elles mobiles et contradictoires. L'imagination d'abord suractivée, puis dérégulée, se perd.

C'est surtout par de l'indifférence à l'égard des proches que se révèlent les troubles de l'affectivité. Le caractère du sujet se modifie; il devient faible, irritable, enfantin, prend en grippe les personnes de son entourage; il perd toute notion des conventions sociales, s'oublie dans son langage et dans ses actes, en arrive à commettre les pires indécidatesses.

L'activité volontaire et consciente disparaît peu à peu. Le malade devient un apathique ou un impulsif. Le paralytique général apathique est incapable d'aucune initiative. Chez lui les excitations ne provoquent que des réactions très faibles. Dans les cas extrêmes on constate une véritable stupeur qui peut se compliquer d'une tendance aux attitudes catatoniques. Chez le paralytique général impulsif au contraire, tous les actes portent l'empreinte d'un automatisme actif. La réaction suit immédiatement l'excitation, sans que la réflexion intervienne, comme à l'état normal, pour l'enrayer, la modérer ou la diriger. Cette tendance à l'impulsivité constitue un des principaux facteurs de l'agitation paralytique et contribue à lui donner le caractère violent et brutal qu'elle

(1) KAES. Statistische Betrachtungen über die Anomalien der psychischen Functionen bei der allgemeinen Paralyse. Allg. Zeitsch. f. Psychiat., t. LIII.

prend parfois. C'est également à l'impulsivité que doivent être rapportées les fugues auxquelles se livrent quelquefois les paralytiques généraux.

Au point de vue de son évolution la démence passe par diverses phases. Au début, elle n'est appréciable que pour l'entourage; le malade met plus de temps pour faire le même travail: si c'est un commerçant, il commet des inexactitudes et des fautes dans ses comptes; si c'est un artisan, il gaspille les matériaux avec lesquels il travaille; si c'est un homme adonné aux professions libérales, il fait des fautes d'orthographe et accumule les ratures. Tous présentent déjà une mémoire infidèle, oublie les visites, les rendez-vous.

Un peu plus tard, la démence est appréciable, dès qu'on cause avec le sujet, par les lacunes du souvenir, le défaut d'attention, l'inaptitude à comprendre, par le langage enfantin et puéril.

A un degré plus avancé enfin, la mémoire est complètement éteinte, le sujet ne trouve plus les mots, comprend à peine les questions qu'on lui adresse, perd la notion du temps et des lieux.

Dans la plupart des cas tous ces troubles psychiques sont complètement inconscients, alors même qu'il n'existe aucun délire. C'est seulement au début de l'affection que le malade peut garder la conscience plus ou moins nette des phénomènes morbides qu'il présente (1).

Cet affaiblissement intellectuel progressif et général, aboutissant insensiblement à la démence terminale, constitue parfois le symptôme psychique unique; d'autres fois il s'y joint des conceptions délirantes. Il y a donc des paralysies générales sans délire, mais il n'en existe pas sans troubles intellectuels. Baillarger s'était même fondé sur l'inconstance du délire pour scinder la paralysie générale en deux variétés: la démence paralytique et la folie paralytique.

Non seulement le délire n'est pas constant, mais il est encore transitoire, variable d'un malade à l'autre et chez le même malade. Au point de vue de la proportion des paralytiques généraux avec ou sans délire, voici les chiffres que l'un de nous a relevés sur les malades entrés à la Clinique de Sainte-Anne, du mois de septembre 1892 au mois de mai 1895. Sur 55 malades, 56 (2/3) ont présenté des conceptions délirantes (28 H. 8 F.), 19 n'en ont pas eu (15 H. 4 F.). C'est à peu près le chiffre que donne Clouston. J. Bullen (2), au contraire, ne trouve que 15 pour 100 de délirants, chiffre certainement trop faible.

Les conceptions délirantes revêtent soit la forme de délire expansif (de satisfaction, ambitieux, de grandeur), soit celle de délire dépressif (mélancolique, hypocondriaque et de persécution), dans une proportion variable et que les auteurs ont cherché à déterminer. J. Bullen pense que, malgré l'opinion contraire de quelques observateurs, c'est le type expansif qui prédomine. Il l'a trouvé dans 64 pour 100 des cas, alors que la dépression existait seulement dans 15 pour 100. Nous-mêmes avons constaté une proportion semblable: sur 26 cas, le délire expansif seul existait 14 fois, il s'est montré 7 fois alternant avec le délire dépressif, celui-ci ne s'étant rencontré comme forme unique que 5 fois.

Le délire ambitieux n'est que la traduction mentale de la suractivité fonctionnelle de la période prodromique, portée à son summum. Il va depuis le contentement, la confiance en soi, la simple satisfaction béate, jusqu'aux idées les

(1) MARANDON DE MONTYEL. Des états conscients aux trois périodes de la paralysie générale. Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie, 1899.

(2) JOHN BULLEN. Journal of mental science, avril 1895.