

d'entraver les progrès de cette psychose ont donné plutôt de mauvais que de bons résultats; tel est le cas du tartre stibié, des purgatifs répétés, de l'hydrothérapie employée sans discernement et appliquée à tous les cas sans distinction. Il en est de même des agents médicamenteux (haschich, datura stramonium) que Moreau (de Tours) avait essayé dans l'espoir d'atténuer les hallucinations en leur substituant des hallucinations médicamenteuses. L'électricité sous forme de courants continus appliqués en permanence, autour de la tête (méthode d'Hiffelsheim), le traitement moral et l'intimidation sous la douche (méthode de Leuret), la suggestion hypnotique, n'ont pas eu plus de succès.

L'internement des persécutés s'impose à un double titre : le malade une fois séparé du monde extérieur retrouve en général dans l'isolement de la maison de santé un calme relatif, mais, il est vrai, momentanément. En outre, il ne faut pas perdre de vue que, de tous les aliénés, les persécutés sont les plus dangereux; lorsqu'ils en arrivent à désigner l'auteur de leurs persécutions, la séquestration devient urgente, et c'est pour n'y avoir pas eu recours assez tôt qu'on a eu si souvent à déplorer les homicides commis par ces malades. Au reste, la santé de ces aliénés exige une surveillance qu'il est difficile d'exercer fructueusement en dehors de l'asile; certaines indications spéciales peuvent résulter de l'état général et nécessitent l'emploi des toniques, de l'arsenic, de la douche. D'autre part, chez les malades qui sont poursuivis par la crainte de l'empoisonnement, on est souvent obligé de recourir à une sorte de contrainte pour les forcer à s'alimenter d'une façon normale, et à faire des repas réguliers.

Durant les périodes d'excitation, les bromures alcalins, les bains, ont leur utilité; et si l'insomnie se montre à ce moment, ce qui n'est pas rare, on devra recourir aux hypnotiques, chloral, sulfonal, chloralose.

En somme, la médication est purement symptomatique; elle est destinée à remédier aux complications du moment, mais ne saurait prétendre à faire reculer la maladie.

BIBLIOGRAPHIE. — LASÈGUE. Du délire des persécutions. *Arch. gén. de méd.*, février 1852. — LEGRAND DU SAULLE. *Le délire des persécutions*. 1 vol. in-8°, Paris, 1872. — On trouvera dans ce mémoire et cet ouvrage des renseignements sur le délire de persécution envisagé d'une façon générale plutôt comme syndrome que comme espèce morbide. En ce qui concerne le délire de persécution à évolution systématique, il suffira de lire : RITTI, article DÉLIRE DE PERSÉCUTION. *Dict. encyclop. des sciences méd.* Paris, 1887, et MAGNAN et SÉRIEUX. Le délire chronique à évolution systématique. *Encyclopédie des aide-mémoire*. Masson, Paris, 1892. — On parcourra aussi avec intérêt le mémoire de CHRISTIAN, Des idées de grandeur chez les persécutés. *Arch. de neurol.*, n° 66 et 67, 1892.

III. DÉMENCE PRÉCOCE

Hébéphrénie. Catatonie. Démence paranoïde.

Nous nous proposons de décrire, sous l'appellation de *démence précoce*, un syndrome complexe dont les premières phases ont une symptomatologie variable, mais dont l'aboutissant constant est un *état démentiel* à physionomie assez particulière et d'ailleurs polymorphe. L'épithète dont on se sert pour qualifier cet état démentiel (*démence précoce*) est deux fois légitime : d'abord parce que la démence dont il s'agit s'observe surtout, sinon exclusivement, chez les adolescents et les jeunes gens; l'appellation vise alors l'âge des sujets.

Puis l'état démentiel, contrairement à ce qui s'observe dans d'autres cas (mélancolie chronique, folie intermittente, délire de persécution à évolution systématique), n'est pas la conséquence, lente à se produire, d'une psychose à longue évolution; il se manifeste promptement, quelquefois dès le début des troubles psychiques qui constituent le syndrome, toujours d'une façon rapide : dans ce cas, l'épithète exprime que la démence est précoce, non par rapport à l'âge des sujets, mais par rapport à l'âge de l'affection mentale.

Le syndrome en question a une réalité clinique indiscutable, comme on le verra par la description qui suit. Mais constitue-t-il une affection autonome, ayant son individualité propre? Jusqu'à présent la chose, suivant nous, est loin d'être établie.

Dans la première édition de ce traité, nous avons indiqué les troubles qui le constituent, en considérant la démence dont il s'agit comme l'un des aboutissants des délires à physionomie variable qu'on observe chez les débiles ou les déséquilibrés, c'est-à-dire chez cette catégorie de psychopathes qu'on désigne, à défaut d'une meilleure appellation, sous le nom de dégénérés.

Il ne nous est pas démontré que la place de la démence précoce, au moins de certaines de ses variétés, ne soit pas là où nous l'avions mise.

Toutefois comme, depuis la publication de notre article, ce syndrome a été l'objet de nombreux travaux qui, s'ils ont insuffisamment encore éclairé le problème nosologique qu'il soulève, ont du moins fixé certains points intéressants de sa symptomatologie, nous croyons devoir lui consacrer un article spécial.

Historique. — Il est nécessaire, ne fût-ce que pour permettre au lecteur de s'orienter dans l'étude d'une question complexe et encore obscure par bien des côtés, de montrer tout d'abord comment est arrivé à se constituer le syndrome qu'on désigne aujourd'hui sous le nom de démence précoce.

Depuis Esquirol⁽¹⁾ on avait constaté que chez certains enfants nés sains en apparence, dont l'intelligence comme le corps se développent assez régulièrement, mais qui sont d'une grande susceptibilité, irritables, colères, les facultés à un certain âge restent stationnaires ou rétrogradent et qu'ainsi se constitue ce que ce maître appelait une *idiotie accidentelle* ou *acquise*.

Morel⁽²⁾ insista sur ces faits et considéra cette déchéance précoce de l'intelligence comme la manifestation d'un état de dégénérescence rattachable à une hérédité défectueuse. Cette manière de voir devint classique en France, où elle fut adoptée par la plupart des psychiatres (J. Falret, Magnan, Ball, Régis). Il en fut de même à l'étranger (Krafft-Ebing, Schüle, Sterz, Fink, Kovalevsky, Naichline)⁽³⁾.

Mais entre temps, Kahlbaum⁽⁴⁾ d'abord, et après lui Hecker⁽⁵⁾ s'attachèrent à montrer que la puberté est responsable de cette démence précoce qui avant eux avait été considérée et après eux devait continuer à être considérée par beaucoup d'auteurs comme dépendante de la dégénérescence. Démence précoce (Morel) devint synonyme d'hébéphrénie (ἡβήφρενις).

⁽¹⁾ ESQUIROL. *Maladies mentales*, 1858, t. II, p. 105.

⁽²⁾ MOREL. *Traité des maladies mentales et études cliniques*, passim.

⁽³⁾ On trouvera les indications bibliographiques dans les mémoires de Christian, de Deny et Roy qui sont cités plus loin.

⁽⁴⁾ KAHLBAUM. *Gruppierung der psychischen Krankheiten*, 1863.

⁽⁵⁾ HECKER. *Virchows Arch.*, 1871.

Ce rôle de la puberté, agissant en tant que période physiologique par les modifications qu'elle apporte à l'organisme et créant un état psychopathique particulier, fut admis par les uns (Mairet, Daraszkievicz, Schötz, Marro), contesté par les autres. Finalement on ne tarda pas à se convaincre que l'âge auquel la démence précoce se montre est trop variable pour qu'on soit en droit de la considérer comme une affection pubérale. Christian ⁽¹⁾ en 1899 la décrit sous le nom de *démence juvénile* ou *démence précoce des jeunes gens*. Mais il n'est pas démontré qu'elle soit l'apanage exclusif de la jeunesse : on la rencontre, quoique beaucoup plus rarement, dans l'âge mûr. Kräpelin ⁽²⁾, qui s'est attaché plus que tout autre à individualiser la démence précoce et qui, nous semble-t-il, en a étendu le cadre plus qu'il ne convient, a vu l'affection débiter après 25 ans dans 40 pour 100 des cas; Sérieux ⁽³⁾ a fait des constatations analogues : chez 10 femmes sur 46, la démence s'est montrée après 35 ans. On voit donc qu'on a été amené petit à petit à établir que le syndrome dont il s'agit n'emprunte pas, comme on l'avait primitivement pensé, une caractéristique causale à l'âge des sujets qu'il frappe : on n'est plus en droit de la tenir pour une affection de la puberté, ni même pour une affection de l'adolescence.

Tandis que la démence précoce brisait ainsi le cercle trop étroit qui circonscrivait primitivement son étiologie, on s'apercevait que sa symptomatologie est plus complexe qu'on ne l'avait cru tout d'abord. Esquirol et Morel avaient décrit la démence simple et primitive, Kahlbaum et Hecker la démence hétérophrénique. En 1874, Kahlbaum ⁽⁴⁾ fit connaître une affection qu'il dénomma *catatonie* et qui était, suivant lui, une maladie autonome, caractérisée par une marche cyclique ou par la succession de quatre périodes, périodes de manie, de mélancolie, de stupeur et de démence. L'auteur ajoutait qu'aux troubles psychiques s'associent des symptômes nerveux moteurs présentant les caractères généraux de la spasticité (d'où le nom de catatonie). Cette affection donna lieu à beaucoup de discussions : on contesta, et à juste titre, l'individualité de la nouvelle entité; on s'attacha à montrer que si les faits visés par Kahlbaum sont exacts, ils ne se présentent pas toujours avec la physionomie et n'effectuent pas constamment l'évolution régulière que cet auteur leur avait assignés. Un certain nombre des cas en question parurent devoir être rapportés à la confusion mentale. Mais Kräpelin, et avec lui Aschaffenburg ⁽⁵⁾ considérèrent, avec raison ce nous semble, que d'ordinaire la catatonie de Kahlbaum est une des formes cliniques de la démence précoce ⁽⁶⁾. Plus récemment Kräpelin ⁽⁷⁾, groupant ensemble les faits de délires plus ou moins nettement systématisés qui aboutissent assez rapidement à l'affaiblissement intellectuel et qu'on envisage généralement en France comme des délires de dégénérescence, a soutenu que ces délires constituent une nouvelle modalité de la démence précoce, la *démence paranoïde* ⁽⁸⁾.

Le domaine de la démence précoce s'est ainsi étendu, chemin faisant, et

⁽¹⁾ CHRISTIAN. De la démence précoce des jeunes gens. *Ann. méd. Psych.*, 1899.

⁽²⁾ KRÄPELIN. *Psychiatrie*, 7^e éd. Leipzig, 1904.

⁽³⁾ SÉRIEUX. La démence précoce. *Gaz. hebdom. de méd.*, 10 mars 1901.

⁽⁴⁾ KAHLBAUM. *Die Katatonie oder das Spannungsirresein*, 1874. — ARNDT. Ueber die Geschichte der Katatonie. *Centralb. f. Neurol. u. Psychiat.*, 1902.

⁽⁵⁾ ASCHAFFENBURG. *Allg. Zeitsch. f. Psych.*, 1897.

⁽⁶⁾ Voir à ce sujet : CLAU, *Catatonie et stupeur*. Rapport présenté au Congrès des aliénistes et neurologistes de Bruxelles, 1905.

⁽⁷⁾ KRÄPELIN. *Loc. cit.*

⁽⁸⁾ Voir : SÉGLAS. La démence paranoïde in *Ann. médico-psychol.*, 1900.

aujourd'hui il englobe les faits de démence primitive des adolescents d'Esquirol et Morel, l'hétérophrénie de Hecker, la catatonie de Kahlbaum, la démence paranoïde de Kräpelin.

Cette affection, sur la nature de laquelle la discussion s'est ouverte, mais dont on ne saurait mettre en doute la personnalité clinique, a fait, en France, dans ces derniers temps, l'objet de monographies importantes (Dény et Roy, Masselon) ⁽¹⁾, elle a pris place dans les ouvrages récents de Pathologie mentale (J. Rogues de Fursac ⁽²⁾, Arnaud ⁽³⁾).

Symptômes. — Il faut distinguer dans la symptomatologie de la démence précoce les troubles délirants ou somatiques qui la précèdent ou l'accompagnent et ceux qui traduisent l'affaiblissement intellectuel lui-même.

Si ces derniers sont, au degré près, toujours identiques à eux-mêmes, les premiers varient, au contraire, de physionomie, suivant les cas. Voilà pourquoi on s'accorde à décrire plusieurs formes de l'affection. Nous en admettons quatre : la forme *simple*, la forme délirante ou *hétérophrénique*, la forme *catatonique* ou stupide, la forme *paranoïde*.

A) Période de début. Formes de l'affection. — I. FORME SIMPLE ⁽⁴⁾. — Comme nous l'avons dit plus haut, elle se rapporte aux cas qu'avaient eu en vue Esquirol et Morel. Elle débute d'ordinaire, d'une façon insidieuse, en moyenne entre 16 et 18 ans (Trömmer). L'enfant qui, quelquefois, suivant la remarque d'Esquirol, était susceptible, irritable, colère, mais dont l'intelligence d'habitude était suffisamment développée, parfois même brillante, devient inattentif, inapte au travail, cesse de suivre sa classe comme par le passé. Son caractère, en même temps, se modifie, il perd sa gaieté, devient taciturne, ombrageux, maussade avec ses parents auxquels il ne témoigne plus que de l'indifférence. Il manifeste souvent de véritables perversions du sens moral, dont l'entourage ne saisit pas tout d'abord la signification et qui sont prises pour de simples tendances vicieuses. Mais bientôt l'aptitude à fixer l'attention devient nulle, l'incapacité pour tout effort cérébral s'affirme de plus en plus, et on assiste à l'effondrement progressif et souvent complet des facultés intellectuelles.

II. FORME HÉTÉROPHRÉNIQUE OU DÉLIRANTE. — Ses premiers symptômes se montrent entre 15 et 25 ans. On note souvent au début de la céphalée, de l'agitation nocturne, de l'insomnie, de la perte d'appétit, puis les mêmes troubles du caractère que dans la forme précédente : la tristesse, l'absence de tendresse pour les parents, l'indifférence pour l'entourage (*Dissociation affective* de Ziehen). A ces symptômes s'ajoute ou se substitue bientôt une phase d'excitation qui peut durer des semaines et des mois. Cette excitation se traduit par un besoin incessant d'agitation et par des actes impulsifs; les malades vont et viennent sans but, lacèrent leurs vêtements, brisent les objets qui sont à leur portée, se livrent à un bavardage incohérent et puéril. Cette agitation est tout automatique et ne paraît en relations avec aucun état émotionnel : souvent c'est le sourire aux lèvres que le dément précoce se livre aux agressions les plus brutales. D'autre part, elle est complètement indépendante des impressions et des provocations

⁽¹⁾ DENY et ROY. *La démence précoce*. Paris, J.-B. Baillière, 1905. — MASSELON. *La démence précoce*. Paris, 1904.

⁽²⁾ J. ROGUES DE FURSAC. *Manuel de Psychiatrie*. Alcan, 2^e éd., 1905.

⁽³⁾ ARNAUD. *Traité de pathologie mentale* de G. BALLET. Doin, éd., 1905.

⁽⁴⁾ DEIM. Die einfache demente Form der Dementia præcox. *Arch. f. Psychiat.* Vol. XXXVII, fasc. 1.

extérieures : tel malade qui recevra sans broncher un soufflet d'un de ses camarades, quelques instants après se jettera sans ombre de motif sur l'infirmier ou brisera sans mot dire un objet à sa portée. Enfin, cette agitation présente une certaine monotonie : les malades ont certains gestes de prédilection ; ils frappent par exemple, durant des heures, le bord de leur lit au même endroit et avec un rythme uniforme. Il en est qui tournent autour de leur chambre dans le même sens, jusqu'à ce qu'ils tombent épuisés.

L'agitation peut être continue et persister la nuit aussi bien que le jour. D'autres fois, elle est entrecoupée de phases de calme relatif ou même de dépression, et se présente alors sous forme d'accès séparés. Ces accès, le plus souvent, débutent d'une façon brusque : on voit, par exemple, le malade très tranquille depuis quelques heures, se mettre tout à coup à pousser des cris, à gesticuler, à frapper autour de lui sans motif apparent ; la crise, du reste, se termine inopinément, comme elle a commencé.

Les hallucinations de la vue, du goût, de l'odorat, de l'ouïe surtout, s'associent souvent aux symptômes d'agitation.

Il n'est pas rare non plus d'observer quelques idées délirantes polymorphes, peu cohérentes, mal systématisées, absurdes d'ordinaire, souvent mobiles, mais dont quelques-unes cependant peuvent s'imposer à l'esprit avec une certaine fixité : ce sont des idées de persécution, ou des idées ambitieuses (idées de richesse ou de grandeur) ; des idées érotiques ou mystiques ; ce sont, d'autrefois, des idées hypochondriaques : telle malade s'imaginera avoir un serpent dans le ventre, telle autre dira qu'elle n'a plus de dents ou que son visage s'est transformé et que le nez s'est démesurément allongé.

Le langage des hébéphréniques présente certains caractères assez spéciaux. Au cours des périodes de grande agitation, il est ce que sont les mouvements et se fait remarquer par son incohérence : les phrases et les mots se succèdent sans aucun lien logique, sans relation avec un état affectif qui les explique : ce sont des torrents d'injures, des cris assourdissants, des couplets obscènes. Quand l'agitation décroît ou tombe, les caractères du langage des hébéphréniques sont encore plus nets. « La construction grammaticale de la phrase est habituellement respectée, au moins au début ; elle est souvent même redondante et compliquée à plaisir, au point d'en rendre impossible l'analyse logique ; certaines tournures, certaines phrases reviennent sans cesse. Des ellipses continuelles, de longues périodes, où s'entassent incidentes sur incidentes, finissent par enlever tout sens général aux écrits, formés par l'accumulation de toutes ces propositions, lesquelles, isolées, demeurent grammaticalement correctes. » (Deny et Roy.) Le langage constitue alors, suivant l'expression pittoresque de Forel, une véritable *salade* de mots (Wortsalat).

Mais ce qu'il y a de plus particulier dans le langage, c'est son *affectation*, sa recherche, son manque de naturel et souvent son *ton emphatique*.

Cette affectation et cette recherche se retrouvent, du reste, dans les gestes et dans la mimique. Dans une période de calme relatif, l'hébéphrénique semble souvent incapable d'exécuter un geste naturel : l'acte le plus simple, comme celui de tendre la main, de mettre ou d'ôter son chapeau, est accompli d'une façon maniérée. Le malade se plaît aux poses et aux *attitudes théâtrales*. Il ne semble pas, d'ailleurs, que cette façon de se comporter soit en rapport avec un état émotionnel qui l'explique. Il y a, en effet, souvent contradiction, au moins apparente, comme l'a justement noté Ziehen, entre l'état émotionnel du

moment, tel qu'on peut l'apprécier, et la mimique concomitante : un malade, en sentant une fleur, exprimera par la parole le plaisir qu'il en a, tandis qu'au même instant sa figure prendra l'expression du dégoût⁽¹⁾.

L'agitation, avec les troubles du langage et de la mimique dont nous venons de parler, peut être précédée ou suivie de périodes d'abattement, de mutisme, de dépression apparente dont la physionomie rappelle celle des états mélancoliques. D'autres fois, il y a une sorte d'alternance entre l'excitation et la dépression. Mais c'est surtout au cours de la forme catatonique que la maladie revêt les apparences extérieures de la stupeur mélancolique. Nous allons y revenir.

Ces symptômes, dont nous venons de parler, persistent plus ou moins longtemps : des semaines, des mois, quelquefois plusieurs années. Puis, petit à petit, l'agitation se dissipe ou au moins s'atténue ; les phénomènes d'affaiblissement intellectuel dominant alors le tableau clinique.

III. FORME CATATONIQUE. — La démence catatonique correspond, nous l'avons dit, aux cas que Kahlbaum avait eu en vue lorsqu'il décrit comme une entité morbide l'affection qu'il dénomma catatonie (*Spannungsirrese*). Cette dernière expression, exclusivement symptomatique, ne saurait prétendre à désigner une affection autonome. En tant que symptôme caractérisé, soit par la flexibilité cireuse (catalepsie), soit par des phénomènes spastiques (phénomènes tétaniformes, trismus, spasmes toniques ou cloniques, raideurs musculaires), la catatonie se rencontre dans des affections mentales très diverses (hystérie, épilepsie, mélancolie avec stupeur, idiotie, confusion mentale, intoxication alcoolique ou urémique, fièvre typhoïde⁽²⁾, etc.). D'autre part, le plus grand nombre des faits visés par Kahlbaum semblent devoir être, au moins jusqu'à nouvel ordre, rattachés au groupe des démences précoces. Il convient de dire toutefois que les caractères communs aux diverses formes cliniques constitutives de ce groupe, c'est-à-dire leur apparition habituelle chez des adolescents ou des jeunes gens et leur terminaison rapide par l'affaiblissement intellectuel, sont des caractères trop instables pour qu'on n'envisage pas comme une éventualité possible sa dissociation sous l'influence des progrès de la pathogénie et de l'anatomie pathologique.

Quoi qu'il en soit, les analogies de l'étiologie et de l'évolution portent à rapprocher actuellement la catatonie de Kahlbaum de l'hébéphrénie de Kahlbaum et Hecker.

La forme catatonique de la démence précoce, qu'on pourrait appeler avec Deny et Roy forme stupide, et que Christian classe dans les hébéphrénies graves, se traduit par un état habituel de stupeur alternant ou non avec des phases d'excitation et par des phénomènes qu'on a désignés sous le nom de *négativisme*, de *suggestibilité* et de *stéréotypie*. Ce sont ces derniers qui constituent plus particulièrement les phénomènes catatoniques.

L'affection peut, comme dans la forme hébéphrénique, débuter par des troubles vagues du caractère, de l'humeur, des sentiments affectifs, accompagnés ou non d'anorexie, de céphalalgie, d'insomnie. Il s'y joint parfois aussi quelques vagues idées délirantes de culpabilité ou de persécution, des bizarreries d'attitude, des écarts inexplicables de conduite, souvent un peu d'excitation qui aboutit à des emportements et à des actes de colère injustifiés. Puis, après

⁽¹⁾ MASSELON. *Psychologie des déments précoces*. Thèse de Paris, 1902.

⁽²⁾ Voir SÉGLAS et CHASLIN. La catatonie. *Arch. de neurol.*, 1888.

quelques jours, quelques semaines ou quelques mois, le malade, déjà inerte et apathique, tombe dans un état de torpeur croissante qui aboutit bientôt à la stupeur. On le voit alors assis sur sa chaise, ou immobile dans un coin de sa chambre, muet et indifférent en apparence à ce qui se passe autour de lui; le visage est sans expression ou a une expression béate et niaise.

C'est dans ces cas que s'observent les phénomènes de *négativisme*. Ils rappellent ceux que Guislain a décrits naguère dans sa *folie d'opposition* et résultent d'une tendance instinctive à résister aveuglément et d'une façon tout automatique aux sollicitations venues de l'extérieur ou des propres organes du sujet.

Le négativisme se rencontre dans diverses psychoses, notamment dans la mélancolie, dans la paralysie générale, mais nulle part aussi accusé que dans la démence précoce. Il n'est pas rare de voir des catatoniques parfaitement lucides, refuser de donner la main, d'ouvrir la bouche, de marcher, de s'asseoir, de s'habiller ou de se déshabiller, sans qu'aucune idée délirante puisse expliquer la singularité de leur conduite. Certains résistent de toutes leurs forces au besoin de défécation ou au besoin d'uriner, laissant les matières fécales s'accumuler dans le rectum et l'urine dans la vessie. D'autres s'emplissent la bouche de salive jusqu'à en avoir les joues gonflées.

Deux formes particulièrement intéressantes du négativisme sont le mutisme et le refus d'aliments.

Le *mutisme* est tantôt absolu, tantôt relatif. Quelques malades refusent de parler, mais s'expriment par écrit ou par signes. D'autres ne sont frappés de mutisme que dans certaines conditions, par exemple à la visite du médecin ou de leurs parents. Quelquefois ce mutisme relatif a pour cause une idée délirante. Il n'en est pas toujours ainsi cependant et il peut aussi être purement automatique. Le mutisme persiste parfois fort longtemps : un an, deux ans et plus. Le *refus d'aliments* présente des caractères analogues à ceux du mutisme : comme ce dernier, il peut persister d'une façon presque indéfinie; il y a des déments précoces qu'on est obligé d'alimenter à la sonde pendant des mois et des années. Dans certains cas, la sitiophobie ne se manifeste qu'en présence de certains aliments; les malades acceptent parfois, à l'exclusion de toute autre nourriture, du pain sec, des œufs, du lait. D'autres ne prennent leur repas que quand il est complètement froid, ou après avoir fait un mélange répugnant de tout ce qui leur a été servi; ou bien ils refusent la portion qu'on leur offre et dévorent celle de leur voisin, s'ils réussissent à s'en emparer. D'autres enfin ne prennent spontanément aucune nourriture, mais se laissent introduire la sonde sans résistance.

Le négativisme est fréquemment partiel et porte seulement sur certains actes. Tel catatonique qui refuse de parler ou de s'alimenter, se lève quand on le lui ordonne, tend la main, tire la langue, se découvre si on le lui demande. Il exécute ces actes non seulement sans résistance, mais avec une sorte de passivité automatique (1).

C'est qu'à côté du négativisme il y a souvent chez le catatonique un certain degré de *suggestibilité*. La suggestibilité du catatonique est l'opposé du négativisme. Elle consiste dans la tendance instinctive à accepter toute sollicitation

(1) On rencontre aussi quelquefois dans la démence précoce le symptôme de Ganser qui, comme on sait, consiste dans des réponses fausses, absurdes ou systématiquement négatives, que le malade fait aux questions qu'on lui pose. (J. HEY. *Das gansersche Symptom seine klinische und forensische Verwertung*. Berlin, 1904.)

venue de l'extérieur. La forme la plus élémentaire en est la catalepsie (flexibilité cireuse) dans laquelle les membres prennent et gardent, souvent pendant un temps fort long, les attitudes qu'on leur imprime.

De la catalepsie on doit rapprocher l'*écholalie* et l'*échopraxie* (1). L'écholalie consiste dans la tendance qu'a le malade à répéter les mots ou les phrases prononcés devant lui; l'échopraxie, dans la tendance à reproduire les gestes.

Les phénomènes de suggestibilité peuvent être plus complexes : certains malades, qui habituellement ne manifestent aucune initiative, qui demeurent immobiles dans un coin ou se promènent des heures au même endroit, sont capables, dans diverses circonstances, d'exécuter d'une façon correcte une série d'actes fort compliqués. Un dément précoce, absolument indifférent et sans initiative, jouera convenablement au tennis, mais d'une façon tout automatique, sans faire la moindre réflexion et presque sans prononcer une parole; un autre assistera à un bal donné dans la maison de santé où il est soigné, s'y montrera danseur suffisant et se conformera aux usages reçus en allant inviter sa danseuse et en la reconduisant à sa place. Il semble que les impressions venues du milieu ambiant suffisent à mettre en mouvement un mécanisme pré-établi, qui fonctionne automatiquement et sans participation de la volonté consciente.

Avec la stupeur catatonique, marquée surtout par la suggestibilité et le négativisme, alternent souvent des phases d'excitation (excitation catatonique), au cours desquelles les phénomènes dominants sont des phénomènes d'*impulsivité* et de *stéréotypie* (2).

L'impulsivité et la stéréotypie se voient aussi bien dans la forme hébéphrénique que dans la forme catatonique. Mais dans la première l'impulsivité est plus fréquente que dans la seconde, tandis que la stéréotypie est plus commune dans cette dernière.

Nous avons indiqué les caractères des actes impulsifs en décrivant l'hébéphrénie; nous n'y reviendrons pas. Nous rappellerons seulement qu'ils consistent tantôt en des accès d'agitation courts ou longs, au cours desquels le malade se livre à des impulsions soudaines et violentes, multiples et variées, tantôt en actes impulsifs isolés : coup de poing, bris de vaisselle, cri, injure.

La *stéréotypie* porte sur les attitudes, sur les mouvements et sur le langage.

La stéréotypie des attitudes ou stéréotypie *akinétique* (Ricci (3), Séglas et Cahen (4)), se manifeste par les poses bizarres et parfois fort inconfortables que les malades conservent pendant des jours et pendant des semaines. Certains demeurent accroupis dans leur lit, les jambes et les cuisses en flexion forcée et les bras en croix. D'autres passent leur journée les bras étendus en avant et appuyés contre un mur.

La stéréotypie des mouvements ou stéréotypie *parakinétique*, est extrêmement variée (5). Beaucoup de déments précoces présentent de véritables tics,

(1) DROMARD. Étude psychologique et clinique sur l'échopraxie. *Journ. de psych. norm. et path.*, sept.-oct. 1905.

(2) P. MASOIN. Démence précoce et catatonie. *Bull. de la Soc. de méd. ment. de Belgique*, décembre 1902.

(3) RICCI. *Rivista speriment. di freniatria*, 1890.

(4) CAHEN. *Arch. de neurol.*, décembre 1901.

(5) SÉGLAS. Démence précoce et catatonie. *Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, 1902. — R. VOGT. Sur la psychologie des symptômes catatoniques. *Centralb. f. Nervenh.* 1902. — E. BRISAUD et H. MEIGE. Tics, stéréotypie, aérophagie, catatonisme. *Rev. neurol.*, 1905. — DROMARD. Étude psychologique sur la stéréotypie. *Rev. de psychiat.*, juillet 1904.