

faiblesse de l'attention volontaire et la difficulté de tout effort mental, par une *indifférence émotionnelle* typique qui émousse la sensibilité morale et amoindrit visiblement les sentiments et les affections.

Dès cette période, on peut voir apparaître aussi certains symptômes destinés à acquérir dans la suite une grande importance, tels que : opposition avec entêtement aux actes, même les plus simples, c'est-à-dire *négalivisme* ; docilité extrême, passive, comme suggestive, alternant, par une sorte de contraste paradoxal, avec l'opposition systématique ; mobilité extrême du caractère et variations incessantes de l'humeur ; actes extravagants et impulsions subites sous forme d'attitudes favorites, de tics, de mouvements anormaux, de fugues ; idées morbides de mysticisme, de persécution, mais surtout d'hypocondrie avec analyse consciente du *moi*.

A ces troubles psychiques se joignent à peu près constamment quelques troubles physiques : de la migraine, de l'anorexie, de l'insomnie, de la constipation, des poussées fébriles éphémères (DENY et ROY).

Le début de la démence précoce, habituellement très long, puisqu'il pourrait se prolonger, dit-on, durant des mois et même des années, ressemble fort, comme on le voit, à un état neurasthénique. Souvent, en effet, l'identité est complète.

Très fréquemment aussi, ce sont des accidents hystériques, convulsifs ou non convulsifs, qui ouvrent la scène, liés parfois aux manifestations neurasthéniques précédentes ; si bien que la maladie est prise presque invariablement pour un accès passager et sans gravité de névrose pubérale, à type neurasthénique, hystérique ou hystéro-neurasthénique.

Dans certains cas, enfin, la démence précoce s'annonce comme un accès de manie et surtout de mélancolie.

Rien n'est plus difficile, en somme, que de reconnaître à cette phase la démence précoce, car elle n'a pas de mode d'invasion qui lui soit propre, et c'est, nous semble-t-il, en se basant sur des signes insuffisants que DIEFENDORF tente de la différencier, à ce moment, de la neurasthénie et de l'hystérie.

Il en est de même et plus encore lorsque le début est rapide

et se manifeste, d'emblée ou après des prodromes névropathiques, par une crise aiguë de confusion mentale. Cette crise aiguë de confusion mentale n'offre en effet rien de particulier, qui la distingue du type classique, ce qui s'explique fort bien, puisque, suivant notre opinion, elle précède la démence précoce sans lui appartenir, sans être l'une de ses phases constituantes.

Nous n'avons donc pas à la décrire ici mais simplement à la signaler comme l'une des voies par lesquelles la démence précoce se développe et arrive à sa phase d'existence propre, c'est-à-dire à sa période d'état.

#### B) PÉRIODE D'ÉTAT

Il convient d'envisager séparément : 1° les *symptômes psychiques* ; 2° les *symptômes physiques*.

##### 1° *Symptômes psychiques.*

Quel qu'ait été son mode d'invasion, la période d'état dans la démence précoce est quelque peu différente suivant la forme de la maladie.

Nous retiendrons comme formes celles qui sont le plus généralement admises : la forme *catatonique*, la forme *hébéphrénique*, la forme *paranoïde*, bien que ces deux dernières puissent, à la rigueur, ainsi que nous le verrons, se confondre en une seule sous le nom de forme *délirante*.

Quant à la forme *simple* (TRÖMMER, SÉRIEUX, MASSELON, MASSOIN, DEIM), à la forme *fruste* (MASSELON), aux sous-variétés de la forme paranoïde (KRAEPELIN), aux formes *aboulique* et *asthénique* (MANDALARI), nous n'en parlerons pas, parce que, sauf peut-être la forme *simple* ou *fruste*, elles nous paraissent ne pas avoir droit à l'autonomie et compliquer sans nécessité évidente le cadre clinique déjà chargé de la démence précoce.

A. FORME CATATONIQUE. — Sous le nom de *catatonie* (κατατονος, en contraction), KAHLBAUM a décrit en 1874 une psychose spéciale à marche cyclique consistant en la succession de phases de mélancolie, de manie et de stupeur, accompagnées d'un affaiblissement intellectuel avec conceptions délirantes actives

mais peu systématisées, et se distinguant par des troubles du système nerveux moteur ayant les caractères de la spasticité (Spannungs Irresein).

Aujourd'hui, on tend généralement à admettre dans la catatonie de KAHLBAUM deux sortes d'états : l'un qui appartient à la démence précoce, dont il constitue l'une des formes cliniques principales, la forme catatonique ; l'autre qui ne serait qu'un symptôme catatonique ou cataleptoïde (catalepsie symptomatique de BRISAUD), susceptible d'être observé dans nombre de névroses et de psychoses, en particulier dans l'hystérie, dans la mélancolie (SÉGLAS), dans le délire systématisé ou paranoïa (GRABE), dans les auto-intoxications (BRISAUD et LAMY, LATRON, RÉGIS et LALANNE). PASINI et MADIA (1905) vont jusqu'à considérer la catatonie comme un simple symptôme d'états neuro-psychopathiques divers.

La forme catatonique de la démence précoce, telle qu'elle est conçue d'après KRAEPELIN, est constituée par des états particuliers de *stupeur* et d'*agitation* aboutissant le plus souvent à la démence et accompagnés de *négativisme*, de *suggestibilité* et de *stéréotypie*.

a. *Négativisme*. — Le négativisme est « une tendance permanente et instinctive à se raidir contre toute sollicitation venue de l'extérieur, quelle qu'en soit la nature » (KAHLBAUM). Cette tendance, véritable *folie d'opposition*, comme on l'appelait autrefois, se traduit par la résistance du sujet, non seulement aux mouvements qu'on essaie d'imprimer à ses membres, mais encore à tout ce qu'on sollicite de lui ou qu'on lui commande. Il refuse de parler, d'écrire, de se lever, de marcher, de manger, de se coucher, de se vêtir, etc.

L'opposition ne se limite pas, du reste, aux sollicitations étrangères, à de l'*hétéro-négativisme* ; elle se présente fréquemment aussi sous forme d'*auto-négativisme*, c'est-à-dire de résistance aux propres désirs, aux propres besoins du malade qui se retient autant qu'il peut d'uriner, d'aller à la garde-robe, d'avaler sa salive, de manger, etc.

Il est à remarquer que beaucoup de catatoniques font plus que de s'opposer simplement à ce qu'on veut d'eux ; souvent, ils

font exactement le contraire, et il est même possible, dans certains cas, d'en obtenir un acte déterminé en leur réclamant, comme à des enfants capricieux, la contre-partie de cet acte. WEYGANDT qui insiste sur cette tendance appelée par lui *négativisme actif*, voit là, ainsi que dans le négativisme en général, le résultat d'une *idée contraire* s'associant à l'idée du mouvement voulu ou commandé, et venant ainsi produire un mouvement opposé antagoniste. Cette explication de WEYGANDT, exprimée aussi par SÉGLAS, pour qui les manifestations automatiques de contraste psychique ne sont souvent qu'une forme atténuée supérieure de négativisme, me paraît fort juste. L'influence de l'idée contraire ou de contraste, plus considérable qu'on ne croit dans beaucoup de psychoses et de névroses (BIANCHI), particulièrement dans les tics et les obsessions (PITRES et RÉGIS), joue en effet un rôle important dans la démence précoce catatonique, non seulement sur le négativisme, mais aussi sans doute sur la stéréotypie et sur les autres symptômes d'automatisme. J'ai pu constater chez un jeune homme guéri de démence précoce catatonique typique que deux éléments psychologiques principaux le dominaient dans sa maladie : 1° une insuffisance de volonté, ne permettant pas au désir de se transformer en acte, ou suspendant cet acte au cours de son exécution ; 2° la constante opposition à l'image motrice faible de l'acte à accomplir, de l'image motrice forte de l'acte antagoniste, qui s'effectuait automatiquement. A. PRICK, de Prague (1904), explique aussi les phénomènes de contraire par l'absence de l'inhibition du mécanisme antagoniste qui, d'après SHERRINGTON, accompagne toute tendance à un mouvement.

WEYGANDT a donc raison de voir dans les actes et attitudes bizarres des catatoniques, non la conséquence d'idées délirantes ou d'hallucinations, mais une perversion primitive de la volonté, une dissociation complète des éléments qui déterminent l'impulsion motrice et la perte presque complète de contrôle de la part du sujet sur ses propres actes (FINZI et VEDRANI) ou, comme disent SÉGLAS et CLAU, une dissociation des éléments divers qui forment l'agrégat personnalité : en un mot, *de l'aboulie*. Notre propre observation tend nettement à confirmer le fait.

Elle nous a permis aussi de constater que la timidité, la gêne, l'ennui d'être regardé jouent chez certains de ces malades un rôle important dans les manifestations morbides, ce qui explique leur exagération comme voulue dès qu'ils sont en présence de quelqu'un.

Le négativisme des déments précoces qui résulte surtout, comme on le voit, d'une inhibition aboulique, peut être seulement momentané. Après quelques instances, le sujet finit souvent par exécuter, de façon même très rapide, ce qu'on lui commande. Ce phénomène, spécial pour KRAEPELIN à la démence précoce et qui la sépare notamment de la stupeur mélancolique, est appelé par lui *barrage* de la volonté (*Sperrung*).

b. *Suggestibilité*. — La suggestibilité, dans la forme de démence précoce que nous étudions, est une tendance générale, permanente et instinctive, à adopter toute sollicitation venue de l'extérieur, quelle qu'en soit la nature (DENY et ROY).

Il ne s'agit donc pas ici d'une simple aptitude à recevoir des suggestions verbales; il s'agit d'une docilité extrême, passive, complète, analogue à celle des cataleptiques, qui fait que les malades, présentant une sorte de « flexibilité cireuse », de paratonie (BERNSTEIN), gardent toutes les attitudes, même les plus bizarres et les plus pénibles, qu'on leur communique, et exécutent tous les actes qu'on leur commande. Il suffit parfois, sans leur parler, d'écrire au tableau noir : « Levez le bras en l'air », pour qu'ils accomplissent ce geste (MASSELOX).

Cette suggestibilité va d'ailleurs chez eux jusqu'à l'imitation automatique. Ils copient d'une façon presque simiesque les attitudes et les mouvements des personnes de l'entourage, surtout celles, parmi les plus absurdes, des autres malades (échomimie, échopraxie) et répètent les paroles qu'ils entendent (écholalie) : « Comment vous appelez-vous ? » « — Appelez-vous. » « Votre nom ? » « — Votre nom. » Ou bien ils continuent plus ou moins longtemps seuls, comme une mécanique mise en branle, un mouvement de bras, de marche, de danse qu'on vient de leur faire exécuter.

La passivité des catatoniques qui est, on le voit, exactement l'inverse de leur négativisme, n'en coïncide pas moins fréquem-

ment avec lui, de façon à constituer par ce mélange, chez le même individu, d'obéissance et de résistance morbides, une sorte de contraste bizarre et paradoxal.

c. *Stéréotypie*. — La stéréotypie est caractérisée par la durée anormale des impulsions motrices, qu'il s'agisse d'une contracture permanente d'un certain groupe de muscles ou de la répétition d'un même mouvement (KRAEPELIN).

Les stéréotypies peuvent être divisées, avec RICCI, SÉGLAS et CAHEN en *stéréotypies d'attitudes* (stéréotypies akinétiques) et *stéréotypies de mouvements et d'actes* (stéréotypies parakinétiques). Elles ont été récemment très bien étudiées à nouveau par DROMARD (1905).

1° Les stéréotypies d'attitudes, dans la démence précoce catatonique, aussi extraordinaires que variées, sont totales ou générales, partielles ou locales (DROMARD). Au lit, la plupart des sujets se recroquevillent et s'immobilisent en chien de fusil, ou bien les genoux relevés, la tête parfois dressée, parfois au contraire enfoncée sous le traversin ou sous les draps. Hors du lit, les uns restent accroupis à terre,

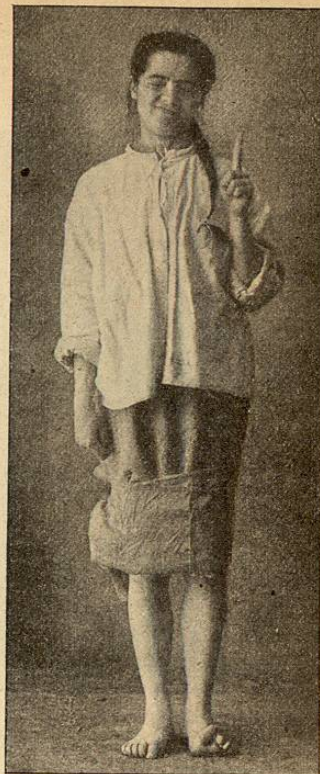


Fig. 31.

Démence précoce catatonique type. Suggestibilité. Négativisme. Stéréotypies d'attitudes, de gestes, d'actes, de langage et d'écriture. Grimaces et tics bizarres. (Collection de l'auteur).

La figure représente la malade dans l'attitude qu'elle a conservée constamment pendant plus de trois mois.

agenouillés, prosternés, pelo-

tonnés sur eux-mêmes; d'autres assis de côté sur le bord d'un siège, dans des positions anormales et fatigantes; beaucoup se tiennent debout, soit sur un pied, soit sur les pointes ou les

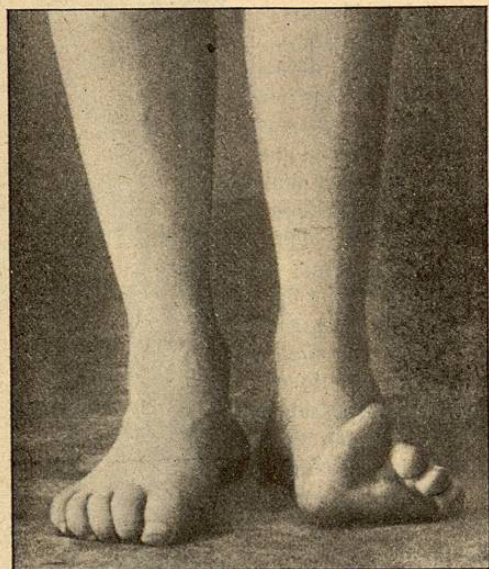


Fig. 32.

Attitude des pieds de la malade précédente.

Orteils du pied droit en flexion; orteils du pied gauche en extension.

talons, le corps, les bras, les mains, la tête demeurant indéfiniment dans l'attitude adoptée.

Le visage participe aussi à cet état de stéréotypie par la répétition et la conservation anormales de certaines expressions, naturelles ou artificielles. Il offre même souvent des expressions contradictoires et paradoxales, c'est-à-dire des dissociations mimiques soit dans l'ensemble des traits, soit d'un côté à l'autre, tel groupe musculaire indiquant par exemple la gaieté,

tel autre la tristesse, la colère ou l'indifférence (paramimies).

Ces modalités du visage sont souvent accompagnées de *grimaces* et *tics bizarres*, phénomènes qui tiennent à la fois des stéréotypies d'attitudes et des stéréotypies de mouvements, de la mimique d'expression et de la mimique d'action. Les yeux, le nez, les joues, les lèvres, les mâchoires se remuent et se con-



Fig. 33.

Une des grimaces habituelles de la malade précédente.

tractent diversement, de façon à réaliser des jeux de physionomie étranges et souvent des plus comiques. Ce sont des moues représentant ce que l'on a appelé *bouche en groin*, *bouche en coin*, *bouche en museau*, des clignements d'yeux, des rictus, des contorsions de la face, etc., tout cela affecté, maniéré, artificiel, se produisant ou s'exagérant surtout à la vue des personnes, comme toutes les singularités de ces malades, si bien qu'ils ont l'air, au premier aspect, de simuler, de s'amuser, de se moquer des gens.

Je viens d'observer dans mon service de clinique psychiatrique

de l'hôpital Saint-André, de Bordeaux, une malade absolument typique à ce point de vue, ainsi qu'on en peut juger par les reproductions photographiques ci-contre (voy. fig. 31 et suivantes).

Il s'agit d'une jeune femme de vingt-cinq ans, nettement prédisposée, mariée, ayant fait plusieurs fausses couches, qui, à la suite d'une grave intoxication médicamenteuse aiguë accompa-



Fig. 34.

Une des grimaces habituelles de la malade précédente.

gnée de délire hallucinatoire et de phénomènes hystérisiformes variés, a offert de la façon la plus nette tous les symptômes de la démence précoce à forme catatonique, en particulier : la suggestibilité, le négativisme, les stéréotypies d'attitudes, de gestes, d'actes, de langage et d'écriture, les grimaces et tics bizarres.

Son attitude est la suivante : œil droit fermé, œil gauche demi-ouvert ; dents et mâchoires serrées, lèvres et face diversement grimaçantes, bras droit pendant le long du corps, la main

baissée et fermée, le pouce fléchi sous les autres doigts, bras gauche à demi dressé, la main à hauteur du visage, l'index en l'air, le pouce fléchi sous les autres doigts ; pied droit à orteils fortement fléchis et retournés vers le sol, pied gauche en extension très marquée.

La malade a gardé immuablement cette position pendant plus

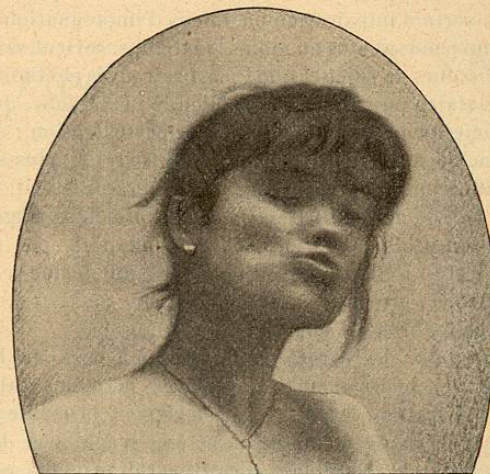


Fig. 35.

Une des grimaces habituelles de la malade précédente.

de trois mois, non seulement à l'état de repos, mais encore dans l'exécution des quelques actes qu'elle accomplissait, s'endormant même souvent ainsi. Elle est finalement sortie de l'hôpital débarrassée de tous ces symptômes et, en apparence, guérie.

2° Les stéréotypies de mouvements se manifestent surtout dans les gestes, le langage, l'écriture, la marche, les actes.

Les gestes sont exagérés, désharmoniques, automatiques, invariables.

Le langage, affecté comme articulation, timbre, voix, tonalité, tantôt solennel, tantôt chuchoté, tantôt zézayant, tantôt guttural et rappelant souvent celui d'un comique qui cherche à exciter le rire, présente des caractères stéréotypés, très nets. C'est la *verbigération* des Allemands, consistant en une phraséologie vide et emphatique, en une répétition incessante des mêmes mots dénués de sens; c'est aussi la *réaction de persévération* (NEISSER), sorte d'intoxication ou mieux d'imprégnation par un vocable, qui pendant plus ou moins longtemps, revient sans cesse dans les discours du sujet et que PICK a retrouvée et étudiée dans certains états crépusculaires de l'épilepsie; l'*échotalie*, qui n'est guère qu'une forme de cette réaction de persévération; enfin la fabrication de mots nouveaux, de *néologismes*, le plus souvent sans signification, le parlé jargon, nègre, agrammatical, incohérent, en «salade de mots» (FOREL), par expressions singulières, par mots composés, déformés, par assonances, par coqs-à-l'âne, etc., etc., s'effectuant toujours sous une forme à la fois comme affectée, prétentieuse et stéréotypée.

Parfois le *mutisme* est complet.

L'*écriture* offre des caractères analogues à ceux du langage parlé. Elle affecte les mêmes bizarreries, la même salade, la même verbigération, les mêmes néologismes, la même stéréotypie, avec des changements de caractères graphiques, des soulignements, des barbouillages, des illustrations sans nombre. Les mêmes mots y reviennent fréquemment, soit au commencement, soit dans le corps ou à la fin des phrases, parfois incorporés à d'autres mots. MASSELON, DENY et ROY, WEYGANDT et ROUBINOVITCH ont reproduit des exemples de ces écrits de déments précoces, très caractéristiques. Les deux derniers auteurs signalent chez les catatoniques l'existence possible de l'*écriture en miroir* et en donnent un spécimen. La malade dont j'ai parlé plus haut présentait cette particularité. Il est vrai que cela tenait chez elle à ses stéréotypies d'attitudes; la main gauche avec son index levé lui permettant seule de saisir la plume et d'écrire, comme de manger, sans rompre les positions adoptées (voy. fig. 36).

Les *dessins* de ces malades, souvent très minutieux, très pous-

sés dans le détail, sont eux aussi maniérés, prétentieux, bizarres, stéréotypés. BIANCHINI, qui a étudié récemment de façon très complète le langage parlé et écrit d'un dément précoce paranoïde, montre que ce langage peut reproduire des formes archaïques usitées par l'homme à certaines phases de son développement.

La *marche* présente, chez la plupart des sujets, des anomalies

Fig. 36.

Écriture en miroir de la malade précédente.

curieuses. Les uns s'avancent sur la pointe des pieds, en se dressant, les autres sur les talons; quelques-uns progressent par bonds ou en sautillant, en se dandinant, en se pavanant, en glissant sur le sol, en boitant, en sautant sur un pied; d'autres en croisant les jambes, en marchant sur le côté ou à reculons comme les crabes; il en est qui se traînent sur les genoux ou sur les mains, etc., etc. WEYGANDT et ROUBINOVITCH ont reproduit deux tracés de pas de déments catatoniques marquant la variation dans la marche chez l'un suivant l'instant, chez l'autre suivant le côté. Je reproduis également ici le tracé de la marche de ma malade, intéressante par suite de la stéréotypie en extension de son pied gauche qui donne simplement l'empreinte du talon, du bord externe du pied et de la tête des derniers métatarsiens, et de la stéréotypie en flexion de son pied droit dont la pose sur le sol dessine le talon, la partie antérieure de la plante et, par endroits, la trace des orteils fléchis.

La plupart des *actes* des déments catatoniques participent à cette tendance à la stéréotypie. Leur façon de manger, de donner la main, de travailler, de se coucher, de se lever, de se vêtir, de satisfaire leurs besoins, en un mot, d'agir en quoi que ce soit, porte l'empreinte de cette tendance qui les distingue par-

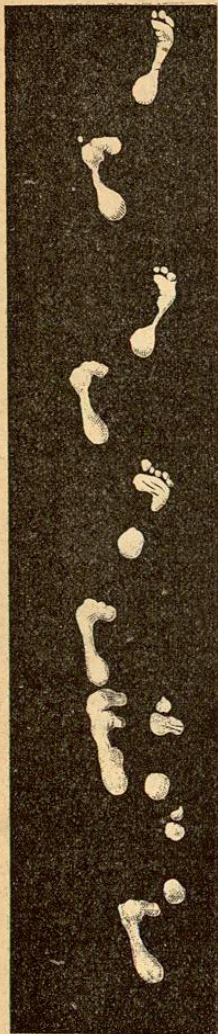


Fig. 37.  
Tracé de la marche de la malade précédente.  
A gauche les empreintes du pied gauche, à droite les empreintes du pied droit.

dessus tout et en fait une espèce vraiment à part parmi les aliénés.

Ce qui les distingue également, c'est qu'ils sont généralement incapables, même dans leurs phases de lucidité, de fournir une explication de toutes leurs singularités. Ou ils n'en donnent aucune, ou ils se bornent à dire qu'ils ne savent pas, qu'ils ne pouvaient faire autrement, qu'ils étaient forcés. Il semble que les manifestations de leur activité soient automatiques et tout à fait indépendantes dans leur conscience (SÉGLAS).

Certains, cependant, sont susceptibles, après guérison, d'analyser et d'interpréter logiquement leurs symptômes morbides, comme notre sujet cité plus haut, qui les rapportait à un trouble à la fois d'arrêt et d'action de la volonté.

d. *Autres symptômes psychiques.* — A côté des symptômes que nous venons d'étudier, la démence précoce à forme catatonique comprend encore dans sa symptomatologie de nombreux troubles d'ordre psychique, bien mis en relief par les auteurs. Nous ne ferons ici que les mentionner.

Signalons : les *troubles du caractère et des sentiments*, parmi lesquels prédominent l'indifférence émotionnelle, l'absence de désir, la disparition des sentiments de famille, des habitudes de convenance, de propreté, de pudeur ; la *diminution de l'attention spontanée et volontaire*, l'incapacité de l'effort mental, l'état habituel de distraction, l'absence de volonté ; l'altération de la mémoire, consistant à la fois en *amnésie d'évocation* avec disparition progressive des souvenirs complexes et conservation des souvenirs simples, et en *stéréotypie du souvenir* ; l'effacement progressif des *images mentales*, de plus en plus vagues et imprécises, et la *fixation automatique d'une représentation* déterminée dans l'esprit du malade.

Parmi ces troubles, qu'il a bien étudiés, MASSELOX considère comme primordiale avec KRAEPELIN, l'indifférence émotionnelle. Le désordre du sentiment, l'affaiblissement du ton affectif, de la sphère sentimentale, que STRANSKY appelle du nom de *Thymopsyche*, précède et domine l'affaiblissement des facultés, de la sphère intellectuelle ou *Noopsyche*. A l'indifférence émotionnelle vient se joindre l'abolition des désirs, la ruine de la volonté, l'affaiblissement et la destruction progressive des facultés actives de l'intelligence. *Apathie, aboulie, perte de l'activité intellectuelle*, telle est, pour MASSELOX, la triade symptomatique qui caractérise la démence précoce.

MASSELOX ajoute que le trouble intellectuel le plus important est l'effacement progressif des images mentales, avec fixation automatique d'une représentation déterminée, et c'est à lui qu'il rapporte un grand nombre de symptômes de la maladie : suggestibilité, imitation, écholalie, échomimie, stéréotypie de la parole, des attitudes et des mouvements, catalepsie, etc. C'est aussi là, dans une certaine mesure, l'opinion de RAGNAR VOGT qui, s'appuyant sur la théorie de JAMES et sur celle de MÜLLER, concernant l'action de l'émotion et celle de la persistance des processus psychologiques d'un état de conscience après sa disparition jusqu'à l'arrivée d'un autre, voit dans ces doctrines l'explication des phénomènes catatoniques qu'il rapproche, pour certains au moins, de l'hypnose.

Nous avons vu qu'il fallait faire aussi une part importante,

dans la production de ces symptômes, aux *troubles de la volonté*, lésée ici à la fois dans sa force d'action et dans sa force d'arrêt.

Les *manifestations délirantes* sont éminemment variables dans la démence précoce catatonique. Dans certains cas, après l'accès de confusion mentale plus ou moins hallucinatoire et plus ou moins aigu qui a ouvert la scène, survient un état de stupidité catatonique avec négativisme, suggestibilité, flexibilité cirreuse, stéréotypies, inertie, mutisme, torpeur mentale profonde, sans idées délirantes. D'autres fois, il y a des idées délirantes mais confuses, mobiles, extrêmement variées et nées, semble-t-il, fortuitement, au hasard des associations automatiques de la pensée, dans une sorte de rêverie. Ce n'est qu'exceptionnellement qu'on constate dans cette forme l'existence d'un *délire* cohérent, suivi, durable, avec ou sans hallucinations, fait alors d'idées mystiques, de persécution, de négation, de grandeur, etc., etc., stéréotypé dans son expression et ne s'accompagnant que peu ou pas de réactions motrices.

e. *Stupeur et agitation*. — La démence précoce catatonique est constituée, on le sait, par des *phases de stupeur et d'agitation*, diversement combinées entre elles. Tantôt c'est la *stupeur* qui forme le fond de la maladie, l'agitation ne survenant que de temps à autre sous forme de crises paroxystiques passagères. Tantôt, au contraire, c'est l'*agitation* qui représente l'état habituel, la stupeur n'étant alors pour ainsi dire que la complication. Parfois enfin les deux syndromes alternent avec plus ou moins de régularité.

Quoi qu'il en soit, les caractères cliniques de la catatonie ne disparaissent pas dans la phase d'agitation, qui se traduit au contraire par l'accentuation des stéréotypies d'expression et d'action, du maniérisme, des grimaces et tics, de la verbigération, des mouvements bizarres, de la marche extravagante, des actes absurdes et sans but, etc., etc. Parfois l'agitation acquiert une violence extrême et donne lieu à des *impulsions* à frapper, à briser, à déchirer, à s'enfuir, absolument automatiques.

B. FORME HÉBÉPHRÉNIQUE. — Sous le nom de forme *hébéphrénique* ou *délirante* de la démence précoce, on désigne « des

états de dépression et d'agitation caractérisés par des troubles délirants polymorphes, extrêmement confus, sans tendance à la systématisation, à base d'hallucinations ou d'interprétations délirantes, et accompagnés de confusion et d'imprécision dans les idées qui, le plus souvent, évoluent vers la démence complète et incurable » (MASSELON).

Cette forme de démence précoce représente la première et la plus anciennement connue, celle que l'on avait spécialement en vue en parlant des jeunes sujets qui, parvenus à l'adolescence, tombent plus ou moins rapidement dans une démence analogue, suivant l'expression de MOREL, à l'imbécillité congénitale, en un mot la démence précoce de la puberté, constitutionnelle. C'est celle que KAHLBAUM, HECKER et plus récemment CHRISTIAN, dans son intéressante monographie, ont décrit sous le nom d'*hébéphrénie*.

L'hébéphrénie est divisée par CHRISTIAN en deux variétés, d'après leur degré d'intensité : l'*hébéphrénie grave*, subdivisée elle-même en *simple* et *catatonique*, suivant qu'il existe ou non de la spasticité musculaire, l'*hébéphrénie légère, mitigée*.

Le même auteur reconnaît à l'hébéphrénie trois périodes : 1° une *première période*, qui va de la naissance à l'apparition des symptômes ; 2° une *deuxième période* ou *période délirante* ; 3° une *troisième période* ou *période de démence*.

La première période, pour laquelle CHRISTIAN se borne surtout à faire remarquer, très justement d'ailleurs, comme ASCHAFFENBURG, que les hébéphréniques ne sont pas à proprement parler des débiles et n'ont pas présenté dans leur jeune âge d'accidents marqués de dégénérescence, ne peut être considérée légitimement comme une période d'hébéphrénie, dont le début ne commence réellement qu'avec l'invasion des symptômes prodromiques.

Cette invasion est signalée par de la céphalée, de l'insomnie, un état neurasthénique, souvent aussi par de la tristesse, de l'inquiétude, de l'anxiété, des obsessions et phobies, des impulsions à la fugue, à l'incendie, au suicide, etc. ; puis un *accès* survient, agité ou déprimé, constitué par du *délire hallucinatoire*, de la *confusion mentale*, ou bien par des bouffées de *délire polymor-*



*phe, impulsif* ou non, tel qu'on l'observe chez les dégénérés.

Ce qui caractérise, dans tous les cas, *ce délire*, c'est, comme dans l'état de rêve, l'imprécision, le vague et la mobilité des conceptions, l'importance et la multiplicité des hallucinations ou des interprétations délirantes. Comme contenu, il est formé d'idées variées de grandeur, d'énormité, de mysticisme, de sexualité, de persécution, de culpabilité ou auto-accusation, de ruine physique ou morale, d'hypocondrie, de négation, d'altération de la personnalité, idées presque toujours polymorphes, bizarres, puérides, absurdes et mobiles.

Le délire est greffé sur un fond de *confusion*, de désorientation, comme la catatonie, mais à un moindre degré. Les symptômes de suggestibilité, de négativisme, de stéréotypie, bien qu'existants, sont également moins marqués. Cependant la bizarrerie des attitudes, des tics et grimaces, celle du langage à la fois prétentieux, insolite et incohérent, mais surtout l'apathie, l'indifférence, la variabilité de l'humeur, l'excentricité voulue, l'apparence maniérée, simulatrice, la tendance aux rires sans motifs, aux impulsions à la fugue, à la violence, aux évasions, à l'érotomanie, à l'onanisme, sont fréquentes et pour ainsi dire caractéristiques.

En dehors de leurs *crises paroxystiques* de délire ou d'*agitation*, les malades sont le plus souvent dans l'*apathie* et l'*indifférence*, vivant d'une vie qui va se rétrécissant et se stéréotypant de plus en plus.

C. FORME PARANOÏDE. — KRAEPELIN tend actuellement à englober dans la forme paranoïde de la démence précoce de nombreuses formes pathologiques, en particulier les paranoïas hallucinatoires, c'est-à-dire tous les délires systématisés hallucinatoires progressifs et aboutissant à la démence.

Certains auteurs tels que DENY et ROY, en France, admettent intégralement cette opinion de KRAEPELIN. D'autres, tels que SÉGLAS, SÉRIEUX, MASSELOX, estiment que cette opinion est trop compréhensive, et que les vrais délires systématisés, hallucinatoires ou non, n'ont rien à voir avec la démence précoce.

Pour eux, le nom de *démence paranoïde* doit être réservé

« aux cas dans lesquels on observe un affaiblissement intellectuel à développement précoce, s'accompagnant de troubles sensoriels et de conceptions délirantes qui, quoique mal systématisés, présentent un caractère de fixité beaucoup plus grand que dans les formes précédentes. » (MASSELOX.)

En un mot la démence précoce paranoïde est celle dans laquelle les délires offrent et une importance plus grande et un caractère plus stable, plus fixe et plus systématisé, au moins en apparence.

Le plus souvent, après les prodromes habituels, la scène s'ouvre par un *accès de confusion mentale hallucinatoire aiguë*, parfois accompagné de manifestations et même d'*attaques* névropathiques. Je viens d'observer, entre autres, un cas très net de cette forme ayant commencé par un délire hallucinatoire onirique à type hypnophobique si intimement lié à un ensemble de symptômes hystériques chez une jeune fille de vingt ans, que j'ai vu là un simple délire hystérique destiné à disparaître en quelques jours.

Après deux améliorations trompeuses, entrecoupées par des crises délirantes aiguës accompagnées de phénomènes très nets de négativisme et de stéréotypies, la malade est aujourd'hui, au bout de deux ans, dans un état de délire de persécution et de grandeur faussement systématisé, absurde, niais, en un mot, de démence paranoïde.

Ce sont les évolutions de ce genre, c'est-à-dire les passages d'une confusion mentale aiguë hallucinatoire à un délire paranoïde, plus fréquents qu'on ne le croit, qui me paraissent tout à fait comparables aux passages d'une manie et d'une mélancolie aiguë au délire systématisé secondaire post-maniaque et post-mélancolique, et qui m'ont confirmé dans cette opinion que, très souvent, la démence précoce n'était pas autre chose qu'une confusion mentale aiguë passée à l'état chronique, un délire systématisé secondaire post-confusionnel.

Le *délire* de la démence précoce paranoïde est le plus souvent un délire mystique, érotique, de fausse grossesse (POURRAT), d'hypocondrie, de persécution ou de grandeur. Il arrive vite à sa formation, à la stéréotypie, mais il ne progresse pas. C'est, comme dit fort justement MASSELOX, « plus une fixité qu'une

systématisation ». Et cela se comprend très bien si l'on admet notre opinion qu'il s'agit là d'un délire secondaire, terminal et non d'un délire primitif, de début.

Le délire ne se développe donc pas, il piétine sur place. Les idées sont multiples, absurdes, extravagantes, plus encore que celles de la paralysie générale (SÉGLAS), et elles sont loin d'éveiller, comme dans cette maladie, des émotions et des réactions intenses. Les *hallucinations* sont fréquentes et peuvent intéresser tous les sens. Le langage est décousu, prétentieux, déclamatoire, émaillé de néologismes parfois à forme archaïque (BIANCHINI).

La *confusion* d'esprit est moins marquée que dans les formes précédentes, de même que le négativisme, la suggestibilité, les stéréotypies, les grimaces et les tics.

Les *crises paroxystiques d'agitation* sont néanmoins fréquentes, ainsi que les *tendances impulsives*.

Dans une étude toute récente (1904), LUGARO développe l'idée que la diversité des formes de la démence précoce tient à la diversité de réaction à une même cause de la part de cerveaux d'âge différent. Il admet avec KRAEPELIN que les formes les plus précoces sont les formes hétérophréniques, puis les formes catatoniques, tandis que les formes paranoïdes pourraient être assez tardives. Aussi propose-t-il de ranger dans la démence précoce, comme une *forme paranoïde tardive*, le *délire de persécution hypocondriaque de l'âge avancé* et peut-être même une bonne part des cas de *mélancolie dite involutive*.

Les vues de LUGARO ne nous paraissent pas répondre à la réalité des faits. Outre que c'est étendre à l'infini le domaine de la démence précoce que d'y faire rentrer des psychoses d'âge et de forme si disparates, je puis dire que les quatre cas de démence précoce paranoïde les plus typiques que j'ai observés l'ont été chez des jeunes filles de vingt ans.

Telles sont donc, en résumé, les trois principales formes que peut revêtir psychiquement la démence précoce dans sa période d'état. Ainsi que le font remarquer certains auteurs, en particulier MASSELOX, ces formes ne représentent pas des cadres absolus. Elles peuvent se fondre et se confondre. C'est ainsi, par exemple, que la forme paranoïde n'est autre chose que la

forme hétérophrénique ou délirante, avec un délire relativement fixe ou systématisé. D'autre part, il n'est pas rare de voir les diverses formes se succéder chez un même sujet. On ne doit donc pas chercher à faire entrer de force, dans l'une d'entre elles, un cas déterminé.

Au reste, ainsi que nous allons le voir maintenant, les symptômes physiques sont, à part des différences banales d'intensité, les mêmes dans tous les cas. L'énumération résumée que nous en ferons s'applique cependant d'une façon plus spéciale à la forme catatonique qui peut être considérée, sans contredit, comme le type de la psychose.

## 2° Symptômes physiques.

L'étude des symptômes physiques de la démence précoce, déjà nettement poursuivie par KRAEPELIN, a été reprise dans ces dernières années par nombre d'auteurs, en particulier par MIGNOT, SÉGLAS, DENY et ROY, DIDE et CHENAIS, SÉRIEUX et MASSELOX.

La *sensibilité générale* est presque toujours diminuée. ARCHAMBAULT a cité le cas d'un dément précoce hétérophrénique qui s'était introduit sous la peau à divers endroits du corps, des morceaux de gros fils de fer, et chez lequel, l'extraction de ces corps étrangers, pratiquée en quatre séances au moyen d'incisions parfois longues et profondes, n'amena aucune sensation ni réaction. SÉGLAS, MASSELOX, MAURICE DIDE croient cependant que les déments précoces ont des troubles de la sensibilité d'origine plutôt psychique que physique, c'est-à-dire qu'ils sentent plus ou moins, mais sans réagir à la douleur. Je crois aussi que les malades sentent et j'ai pu constater qu'ils réagissaient vivement, dans certains cas.

D'après DIDE, il existerait dans la démence précoce un syndrome *réflexe* qui, tout en n'étant pas pathognomonique et se rencontrant dans différents états psychopathiques accompagnés de stupeur (mélancolie, confusion mentale), y serait cependant assez caractéristique. Ce syndrome consisterait en : 1° exagération des réflexes tendineux ; 2° diminution ou abolition des réflexes cutanés ; 3° hypertonus musculaire.