



UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1923-1924 — N° 21

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

ÉTATS MANIACO-DÉPRESSIFS PRÉMONITOIRES DE DÉMENCE PRÉCOCE



THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 7 Décembre 1923

PAR

André-Charles-Georges LAPUYADE

INTERNE A L'ASILE D'ALIÉNÉS DE BORDEAUX

Né à ORTHEZ (Basses-Pyrénées), le 11 février 1899.

Examinateurs de la Thèse	}	MM. ABADIE, professeur	<i>Président.</i>
		VERGER, professeur.....	} <i>Juges.</i>
		DUPÉRIÉ, agrégé.....	
		PERRENS, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
17, RUE POEURLIN-MOLIERE, 17

1923



1923 A. 5125

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1923-1924 — N° 21

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

ÉTATS MANIACO-DÉPRESSIFS

PRÉMONITOIRES

DE DÉMENCE PRÉCOCE



THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 7 Décembre 1923

PAR

André-Charles-Georges LAPUYADE

INTERNE A L'ASILE D'ALIÉNÉS DE BORDEAUX

Né à ORTHEZ (Basses-Pyrénées), le 11 février 1899.

Examineurs de la Thèse

}	MM. ABADIE, professeur.....	<i>Président.</i>
	VERGER, professeur.....	} <i>Juges.</i>
	DUPÉRIDÉ, agrégé.....	
	PERRENS, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
17, RUE POQUELIN-MOLIÈRE, 17

1923



FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, PITRES, ARNOZAN, POUSSON.

PROFESSEURS

	MM.		
Clinique médicale.....	VERGER.	Zoologie et parasitologie.....	MM. MANDOUX.
id.....	GASSAËT.	Médecine expérimentale.....	FERRÉ.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	LAGRANGE.
id.....	VILLAR.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	DENUCE.
Pathologie et thérapeutique générales.....	CRUCHET.	Clinique gynécologique.....	BÉGOUIN.
Clinique d'accouchements.....	RUVIÈRE.	Clinique médicale des maladies des enfants.....	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique et microscopie clinique.....	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.....	DENIGÈS.
Anatomie.....	PICQUÉ.	Physique pharmaceutique.....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clinique des malad. exotiques.....	LE DANTEC.
Physiologie.....	PACHON.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	W. DUBREUIL H.
Hygiène.....	ACCHÉ.	Patrol. ext. et chirurg. opératoire et expériment.....	GU YOT.
Médecine légale et déontologie.....	N.	Clinique des maladies nerveuses et mentales.....	ABADIE.
Physique biologique et clin. d'électricité médicale.....	BERGONÉ.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURE.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	BARTHE.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	SELLIER.
Pharmacie.....	DEPOCY.		

MM. PRINCETEAU (Anatomie). — LABAT (Pharmacie). — CARLES (Thérapeutique et pharmacologie).
PETGES (Vénérologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		
Anatomie et embryologie.....	VILLEMEN.	Médecine générale.....	MM. MICHELEAU.
Histologie.....	LACOSTE.	id.....	BONNIN.
Physiologie.....	DELAUNAY.	Maladies mentales.....	PERRINS.
Anatomie pathologique.....	MURATET.	Médecine légale.....	LANDE.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	Chirurgie générale.....	ROCHER.
id.....	N.	id.....	DUVERGEY.
Physique biologique et médicale.....	BECHOU.	id.....	PAPIN.
Chimie biologique et médicale.....	HERVIEUX.	Obstétrique.....	PERY.
Médecine générale.....	MAURIAC.	id.....	FAUGÈRE.
id.....	LEURET.	Ophtalmologie.....	TEULIÈRES.
id.....	DUPERRÉ.	Pharmacie.....	GOLSE.
id.....	GREYN.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		
Clinique dentaire.....	GAVALIÉ.	Démonstrations et préparations pharmaceutiques.....	MM. LABAT.
Médecine opératoire.....	N.	Climie.....	N.
Accouchements.....	PERY.	Pathologie interne.....	N.
Ophtalmologie.....	GABANNES.	Chimie analytique.....	N.
Puériculture.....	ANDÉRODIAS.	Hygiène appliquée.....	N.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes... MM. ROCHER.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle..... GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

En témoignage de ma reconnaissance et
de ma tendre affection.

MEIS ET AMICIS

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR LATREILLE

Médecin-chef de l'Asile d'aliénés de Bordeaux.

Qui m'a accordé sa précieuse amitié,
m'a toujours guidé avec une grande bien-
veillance et m'a donné le sujet de cette
thèse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR ANGLADE

*Médecin chef de l'Asile d'aliénés de Bordeaux,
Chevalier de la Légion d'honneur*

ET

A MONSIEUR LE DOCTEUR PERRENS

*Professeur agrégé à la Faculté de Médecine,
Médecin-chef de l'Asile d'aliénés de Bordeaux.*

Qui nous ont fait, dans leur service, le meilleur accueil et nous ont toujours prodigué leurs conseils et leurs encouragements.

A MONSIEUR LE DOCTEUR GIRMA

Chevalier de la Légion d'honneur.

Dont l'amitié et les conseils nous ont toujours soutenu.

A MES MAITRES

DE LA FACULTÉ ET DES HÔPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ABADIE

*Professeur de Clinique des maladies nerveuses et mentales
à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Médecin des hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Décoré de la Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

Témoignage de reconnaissance pour le
grand honneur qu'il nous fait.



CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

ÉTATS MANIACO-DÉPRESSIFS PRÉMONITOIRES

DE DÉMENCE PRÉCOCE

CHAPITRE PREMIER

Introduction.

Nous désirons, dans ce premier paragraphe, indiquer non pas le but, mais la signification de notre travail, en marquer les divisions très simples et laisser prévoir quelques réflexions auxquelles il nous aura conduit.

1° *Sa signification et sa justification.* — Tous les aliénistes se préoccupent des difficultés que soulève le diagnostic des états *aigus* d'agitation et de dépression. Pour quelques-uns, de moins en moins nombreux, il y a d'un côté des accès d'agitation et de dépression qui sont toute la maladie : ils constituent la manie, la mélancolie pures, non récidivantes; d'un autre côté, des accès d'agitation et de dépression symptomatiques d'une psy-

chose périodique ou de telle autre affection mentale : épilepsie, paralysie générale, alcoolisme, démence précoce. Pour les autres, tous les accès maniaco-dépressifs sont symptomatiques ; ils constituent des syndromes et non pas des entités ni des maladies mentales définies.

Tous s'accordent à reconnaître que les difficultés les plus considérables s'accroissent quand il s'agit de se prononcer entre une psychose périodique et une démence précoce, et il est des cas où « ce diagnostic devient impossible, l'évolution seule permettant de l'établir ultérieurement » (Régis, *Précis de psychiatrie*, 5^e édit.). Nous ne parlerons que pour mémoire et sans charité des aliénistes pour lesquels le problème ne se pose pas. Parce qu'on est un maniaque ou un mélancolique qui tourne mal, qui verse, en cours d'évolution, dans la démence précoce, c'est la même, l'unique maladie, mais le malade n'en fait pas les frais et devient un dément résanique. Il faut reconnaître d'ailleurs qu'ils le disent, mais le plus souvent ne l'écrivent pas.

Il nous a fallu choisir et prendre position ; c'est à côté de ceux qui considèrent les accès d'agitation ou de dépression comme toujours symptomatiques que nous nous sommes placé et comme eux nous croyons qu'un malade est d'emblée dément précoce, qu'il ne le devient pas.

Reprenant alors les observations de malades admises depuis dix ans à l'Asile de Château-Picon et actuellement encore en traitement, malades présentant à leur entrée un accès d'excitation ou de dépression, nous avons recherché quelle avait été l'évolution de leur maladie mentale. Systématiquement, nous avons écarté de notre travail celles pour lesquelles des doutes étaient possibles parce que les signes d'alarmes, les stigmates de désagrégation étaient suffisamment nets pour rendre probable et prévisible une évolution défavorable. Nous n'avons retenu que les observations de celles qui correspondaient cliniquement à ce qu'on pourrait appeler le tableau le plus pur de la manie et de la mélancolie, celui qu'on oppose didactiquement aux états symptomatiques de démence précoce.

Nos observations seront reproduites de la façon suivante : l'état actuel détaillé, décrit aussi fidèlement que possible, représentant le malade tel qu'il vit actuellement dans les quartiers de chroniques; l'état du malade à l'admission, retraçant l'ensemble des troubles mentaux au début de l'affection dans les services d'aigus; la série des notes indiquant la courbe d'évolution. Nous insisterons particulièrement sur la période de transition ou de crise pour indiquer le moment de son apparition et les modifications de l'état mental. Nous reproduirons, en insistant sur l'importance qu'ils ont pour nous, les certificats de vingt-quatre heures et de quinzaine.

On pourra nous objecter qu'un diagnostic ne doit pas être un piège de concours, qu'un premier examen, qu'une étude de quinze jours, c'est peu pour la solution de problèmes aussi compliqués que le diagnostic et le pronostic des états symptomatiques. L'argument peut sembler séduisant et fort. Il le serait si nous voulions par là signifier qu'il faut se prononcer sans appel dans un temps déterminé et encore pourrions-nous demander quel nombre de septénaires ou de mois sont nécessaires pour ne pas qualifier un diagnostic d'imprudent ou de précipité. Ce que nous tenons précisément à bien marquer, c'est que M. le Dr Anglade, qui a rédigé ces certificats, nous a autorisé et encouragé à les reproduire en même temps que les observations des malades, a voulu traduire, mieux encore que des détails cliniques, cette impression d'ensemble difficile à exprimer et à caractériser, qui est le fruit d'une longue carrière, d'un effort spécialement tendu vers la solution de ce problème particulier, expérience qui ne pèse pas, qui ne compte pas les symptômes, mais qui en traduit l'harmonieuse composante, la véritable valeur clinique. Courage dangereux, pourront penser quelques-uns. Mais faut-il préférer la prudente inertie? Trop jeune encore pour juger, nous ne manquerons pas cependant de laisser dévier notre préférence sans avoir besoin, croyons-nous, de l'exprimer plus nettement.

2° Nous consacrons à un exposé historique le second chapitre de notre thèse. Nous voulons ici nous excuser d'avoir rompu avec

la tradition de l'index bibliographique terminal. On voudra bien reconnaître qu'il nous était facile de le rendre imposant, même avec peu de lectures personnelles, car la question n'est pas neuve, sa littérature est considérable. Nous n'avions que l'embarras du pillage. Nous avons préféré le résumer au bas de chaque page pour chaque indication précise et correspondant à une référence particulièrement utile à notre travail ou à une justification;

3° Nous essaierons enfin une étude critique de nos observations. Nous nous reprochons un peu d'avoir laissé ce soin à ceux qui nous lisent. Nos documents sans doute, mieux que ce que nous aurions pu écrire, serviront de thème à leurs réflexions;

4° C'est par quelques réflexions, en effet, plutôt que par des conclusions véritables que nous terminerons notre travail. On y pourra voir comment des erreurs de diagnostic nous apparaissent comme un stimulant bien plus que comme un découragement pessimiste. Nous ne pensons pas que toute l'activité d'un médecin d'asile se résume simplement à savoir s'il a de bonnes raisons pour justifier la séquestration et le maintien de ses malades.

CHAPITRE II

Aperçu historique.



Nous ne prétendons pas faire ici l'historique complet de la manie, de la mélancolie et de la démence précoce. Cette étude dépasserait largement les limites de notre thèse et serait, nous semble-t-il, d'un intérêt bien insignifiant.

Nous donnerons simplement un résumé aussi complet, mais aussi succinct que possible de toutes les lectures que nous avons faites au sujet de l'étude du diagnostic différentiel des psychoses qui nous intéressent.

Déjà en 1838, Esquirol s'exprimait ainsi au sujet de la terminaison de certaines affections mentales, principalement de la manie et de la mélancolie : « La manie ayant des causes qui lui sont propres, des symptômes qui la caractérisent, une marche plus ou moins régulière, comme toutes les autres maladies se juge par ses crises; comme elles, elle a ses terminaisons critiques et ses transformations en d'autres maladies... » (1); et plus loin : « Enfin la manie dégénère et passe à la démence, terminaison, ainsi que je l'ai dit ailleurs, de toutes les folies... » (2).

Dans son chapitre de « l'idiotie », il dit d'une façon plus directe encore : « ... Mais il est des individus qui paraissent privés de sensibilité et d'intelligence, qui sont sans idées, sans paroles, sans mouvements, qui restent où on les pose, qu'il faut habiller, nourrir à la cuiller. Ne sont-ce pas des idiots? Non,

(1) Esquirol, *Traité des maladies mentales*, t. II, p. 174.

(2) *Ibid.*, p. 175.

sans doute... J'ai donné des soins à un jeune homme âgé de 27 ans qui, trompé par une femme et n'ayant pu obtenir une place qu'il désirait, après un accès de manie, tomba dans un état apparent d'idiotie... » (1).

Esquirol veut parler ici de l'idiotie acquise, qui n'est autre chose que la démence précoce de nos jours.

Au sujet de la lypémanie, il en arrive aux mêmes conclusions : « ...La lypémanie dégénère assez souvent en démence. Dans cet état, l'aliéné a conservé des idées dominantes, mais ces idées entre elles sont incohérentes, sans suite, sans ordre et sans harmonie avec les actions, tandis qu'auparavant les idées, les convictions étaient fortes, les raisonnements, les désirs, les déterminations étaient des conséquences justes et immédiates des idées qui caractérisent le délire... » (2).

Les maniaques et les lypémaniques de 1838 étaient les mêmes, à coup sûr, que les maniaques et les mélancoliques actuels. Pour Esquirol, ils n'avaient pas répondu à tous ses espoirs; pour nous, ils ressemblent étrangement aux malades que nous présenterons dans le chapitre suivant, qui avaient dissimulé leur facies dementiel sous le masque maniaque et mélancolique.

Nous nous sommes promis de suivre pas à pas l'évolution des idées à ce sujet depuis qu'il y a des psychiatres et qui écrivent. Arrivons maintenant à l'époque de Morel, en 1853, et nous verrons que ce dernier est tout aussi catégorique que son génial maître. Au cours de la manie : « ...Vous trouverez bien encore chez l'aliéné les motifs de ses actes, mais ces motifs ont singulièrement perdu de leur énergie et de leur importance. Le malade semble pour ainsi dire avoir abdiqué son rôle, la lutte qui s'était précédemment organisée entre lui et le monde extérieur s'affaiblit tous les jours davantage. Plus que jamais aussi, il vit dans le monde de ses hallucinations et de ses innombrables fantaisies et ses actes extérieurs sont le reflet de l'obscurcisse-

(1) Esquirol, *Traité des maladies mentales*, t. II, p. 286.

(2) *Ibid.*, t. I, p. 441.

ment de plus en plus considérable des phénomènes de la conscience et de la volonté. » (1).

Plus loin, nous trouvons encore : « ... Lorsque ces aliénés appartiennent au type lypémaniaque ou arrivent à un certain degré de persistance dans leur affection, il en est beaucoup déjà qui se présentent à l'observation avec tous les caractères distinctifs de la démence... » (2).

Pour être complet, il nous faudrait encore citer les observations de Cléophas, de Sophie et du jeune séminariste. Qu'il nous suffise de savoir que ces deux premières malades, « anciennes maniaques, ne vivent plus que d'une existence végétative et en sont aujourd'hui à la période extrême de leur maladie... » (3), que le troisième, « ... après avoir passé par tous les degrés de la mélancolie avec débilité progressive de l'intelligence, est tombé ultérieurement dans l'idiotisme le plus irrémédiable... ».

En 1874, Kahlbaum décrivit la « catatonie » et envisagea même l'évolution de ce processus morbide sous quatre phases successives : mélancolie simple, manie, mélancolie attonita et démence terminale. C'est un trouble de la puberté dont « la marche se caractérise par le fait qu'à un stade plus ou moins accentué de mélancolie ou de manie, se développe un état spécial de faiblesse psychique ou d'inhibition... » (4).

A partir de cette époque les témoignages vont devenir de plus en plus nombreux. Parmi les différents auteurs, il convient de citer Kraft Ebing (5), Schule, Sveling Roller, Gilbert Ballet (6), Erp Taalman (de Dordrecht) (7), Otto Hinrichsen (8), Kraplin, dans les différentes éditions de son *Traité de psychiatrie*. « La psychose (démence précoce), dit ce dernier, débute

(1) Morel, *Traité des maladies mentales*, t. I, p. 368.

(2) Morel, *Traité des maladies mentales*, t. I, p. 380.

(3) *Ibid.*, t. I, p. 406.

(4) Kahlbaum, *Die Katatonie oder das Spannungsviressein*, 1874.

(5) Kraft Ebing, *Traité des maladies mentales*, 1878.

(6) Gilbert Ballet, *Leçons cliniques sur la manie*. *Traité de médecine*, Charcot et Bonchard, 1893 : *Manie*, p. 1073 ; *Mélancolie*, p. 1094.

(7) Erp Taalman, *In allg. Zeitsch. f. Psych.*, 1897.

(8) Hinrichsen, *In allg. Zeitsch. f. Psych.*, 1897.

d'une façon subaiguë, sous les apparences d'un état de dépression léger ou profond. Les malades deviennent silencieux, opprésés, anxieux, se plaignent de fatigue, perdent le sommeil et l'appétit, restent souvent couchés. Ces prodromes peu précis peuvent durer plus ou moins, même très longtemps, de telle sorte que le début de la maladie ne peut être déterminé » (1).

Pour Weygandt (2), certains états maniaques et mélancoliques ressemblent étrangement aux complexes symptomatiques des processus démentiels. « Il est aussi très important de distinguer les accès d'agitation maniaque symptomatique de démence précoce d'autres accès dits : manie. »

Capgras dit, en 1900, dans les premières lignes de sa thèse : « Lorsqu'on étudie les diverses conceptions des principaux aliénistes du siècle au sujet de la mélancolie, on ne tarde pas à voir combien ce groupe, d'abord excessivement compréhensif, qui englobait presque, au début, toutes les manifestations pathologiques de l'esprit, a été peu à peu sapé par les uns, démembré par les autres, pour se réduire, en dernière analyse, à un état émotif... » (3).

En Belgique, Claus nous signale qu'il s'est livré à une enquête au sujet de tous les cas de manie et de mélancolie qu'il a étiquetés comme tels à leur entrée à l'Asile et n'hésite pas à donner son opinion en termes précis... « Je dois déclarer, dit-il, que le résultat de cette enquête a été désastreux. Les cas de manie et de mélancolie pures sont rares... » (4).

Une semblable étude, faite en Italie par Lambranzi et Pérazzo, a donné les mêmes résultats (5). Solerni (6), Dieffen-

(1) Krapelin, *Traité de psychiatrie*, 1893-1899.

(2) Weygandt, *Ueber die Wischzustände des Manich. Depressiven Irresein*, Munich, 1899.

(3) Capgras, thèse de Paris, 1900. — Cf. Rodier et Masselon, *Considérations sur l'étiologie de la mélancolie et sa place en nosographie, Encéphale*, 1911.

(4) Claus, *Catatonie et stupeur*, Congrès des aliénistes, Bruxelles, 1903, *Rapport*, p. 49.

(5) Lambranzi et Pérazzo, *Gio di Psich. clin.*, 1906, p. 1 et 2.

(6) Solerni (E. a., 1909), *Difficulté du diagnostic de la mélancolie prodromique de la démence précoce*, *Il Manicomio*, n° 1, 1908.

dorf (1), rapportent des observations et signalent encore la fréquence relative des états mélancoliques ou maniaques au début de la démence précoce.

Les documents affluent encore dans les ouvrages de MM. Deny et Roy (2), Deny et Camus (3). Plus près de nous, nous ne parlerons que de ceux qui se sont particulièrement occupés de cette question.

Certains états aigus, maniaques et mélancoliques, décrits par plusieurs auteurs et A. Monod en particulier, sous le nom de formes frustes de la démence précoce (4), paraissent s'amender en partie, mais laissent un reliquat, sorte de cicatrice indélébile, d'où résulte une diminution psychique définitive.

M. Keraval, dans un article fort documenté, reprenant les idées de Willmanns d'Heidelberg, attire particulièrement l'attention sur la difficulté parfois insurmontable de la différenciation des états maniaques et mélancoliques purs et symptomatiques de psychoses maniaques dépressives et des mêmes états prodromiques de démence précoce (5).

Fassou, en 1909, résume ainsi sa thèse de doctorat :

a) Les états mélancoliques sont fréquents au début de la démence précoce, surtout dans la forme catatonique ;

b) Ils ne sont jamais purs, renferment des idées délirantes hallucinatoires, sans véritable teinte mélancolique ;

c) L'évolution et l'empreinte démentielles sont rapides (6).

Nous aurons à revenir plus tard sur les caractères distinctifs de ces états symptomatiques. Contentons-nous pour le moment de références sans plus.

(1) Dieffendorf, *Signes de début de la démence précoce*. *Med. Rec.*, septembre 1903, p. 453.

(2) Deny et Roy, *La démence précoce*, 1903.

(3) Deny et Camus, *La psychose maniaque dépressive*, 1907.

(4) G. Monod, *Les formes frustes de la démence précoce*, thèse de Paris, 1907.

(5) Keraval, *La valeur des symptômes évolutifs de la démence précoce*, *Encéphale*, septembre 1907. (*Zur differential-diagnostik der funktionellen Psychose, Centralbl. f. Nervenheilk.*, XXX, 1907.)

(6) Fassou, *Les états mélancoliques au début de la démence précoce*, thèse de Paris, 1909, n° 20.

« ... Dans plusieurs travaux, nous dit M^{lle} Pascal dans son ouvrage sur *La démence précoce*, nous avons démontré que les états dépressifs prédominent non seulement à la période prodromique, mais encore au début de la démence précoce. Les états dépressifs revêtent tous les aspects de la mélancolie. » Quant à l'accès maniaque hétérophrénique..., « il peut revêtir aussi toutes les formes, depuis la simple turbulence avec impulsions passagères et accès de colère jusqu'à l'excitation suraiguë » (1).

Pour M^{lle} Pascal, l'état mélancolique ou maniaque n'est qu'une voile jeté sur la démence. Celle-ci est fondamentale, elle se traduit par des troubles intellectuels, des conceptions délirantes, des hallucinations, des troubles affectifs et toujours, dans chacune de ces manifestations, il importe de rechercher les caractères de cet affaiblissement spécial.

Cette étude n'est cependant pas toujours facile, comme le montre la communication de MM. Seglas et Collin du 18 novembre 1909 à la Société de psychiatrie (2). Cette observation est un exemple de plus de la difficulté d'un diagnostic précis entre certains états de démence précoce, de manie ou de mélancolie. Le problème pour eux en reste insoluble et a donné lieu à de nombreuses erreurs d'interprétation.

Nous rattacherons à cette dernière référence les travaux de Zendig (3), Cordova (4), Barbé et Guichard (5). Le diagnostic présente encore ici de grandes difficultés, en ce sens que, dans leurs observations, les symptômes participent à la fois de la démence précoce et de l'agitation maniaque.

Des cas analogues ont été rapportés à la même époque par

(1) D.-C. Pascal, *La démence précoce*, Librairie Félix Alcan, 1911.

(2) MM. Seglas et Collin, *A propos du diagnostic de la démence précoce et de la folie maniaque dépressive*, *Encéphale*, décembre 1909.

(3) Zendig, *Contribution au diagnostic entre la M. D. et la démence précoce*, *Encéphale*, 1911.

(4) Cordova, *Difficultés du diagnostic différentiel entre la M. D. et la démence précoce*, *Encéphale*, 1910, p. 181.

(5) Barbé et Guichard, *Démence précoce et psychose périodique*, *Encéphale*, mars 1911.

MM. Chaslin et Seglas (1) et, plus tard, par MM. Leroy (2), Barbé (3), Courbon (4).

C'est encore sur le diagnostic différentiel de ces diverses réactions morbides qu'a longuement insisté M. Masselon dans son article sur les *Voies d'invasion de la démence précoce*. Dans la catégorie des « cas où la démence est survenue à la suite d'accès de folie intermittente... », nous retrouvons des malades maniaques ou mélancoliques qui paraissaient devoir guérir et qui n'en ont pas moins évolué vers un état démentiel complet (5).

Cet auteur, malgré sa connaissance profonde de la psychologie du dément précoce (Thèse de Paris, 1904), avait auparavant reconnu que cette psychose était, en effet, très protéiforme et que... « les accidents aigus qui marquent l'affaiblissement intellectuel, peuvent revêtir des aspects très différents et il n'est pas d'affection mentale qu'on ne puisse confondre avec elle » (6).

Régis et les principaux auteurs de manuels classiques ont insisté longuement sur la difficulté de ce diagnostic à la période prodromique de la démence précoce. Le maître bordelais, dans son *Précis de psychiatrie*, s'exprime notamment ainsi : « J'ai maintes fois vérifié l'adjonction à l'état maniaque ou mélancolique d'un élément étranger qui vient modifier son aspect et son allure habituels. Parmi ces éléments étrangers, j'avais cité la démence précoce commençante, etc. » (7).

Il faut toutefois remarquer que cet auteur n'a pas très souvent observé ce début à forme réellement maniaque ou mélancolique, mais il n'en est pas moins vrai qu'il a consacré des

(1) Chaslin et Seglas, *Intermittence et démence précoce, Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, n° 3, mai-juin 1911.

(2) Leroy, *Démence précoce avec accès de délire intermittent antérieur*, Société médico-psychologique, 8 octobre 1922.

(3) Barbé, *Diagnostic entre démence précoce et M. D.*, *Encéphale*, 10 mai 1923.

(4) Courbon, *Démence précoce et M. D.*, *Encéphale*, mai 1913.

(5) Masselon, *Les voies d'invasion de la démence précoce*, *Encéphale*, 10 avril 1914. H..., femme M..., 34 ans. *Cas d'excitation maniaque qui n'était autre qu'un début de démence précoce*, p. 328, *Encéphale*, 10 avril 1914.

(6) Masselon, *La démence précoce*, Librairie Joannin et Cie, 1904, p. 134.

(7) Régis, *Précis de psychiatrie*, 5^e édit., p. 305, 377 et 378 ; p. 322 et 387, 429.

pages entières de son manuel aux éléments de diagnostic différentiel de l'excitation hétéphrénique et maniaque, de la stupidité catatonique et de la stupeur mélancolique.

« Nous ne rappellerons pas ici les cas nombreux où de prétendus états mixtes, au lieu d'être symptomatiques de psychose intermittente, appartaient à l'hétéphrénie. On observe des déprimés qui, pendant plusieurs semaines ou plusieurs mois, ont l'apparence de mélancoliques classiques, puis chez ces malades, parfois sans autres phénomènes prémonitoires, le syndrome hétéphréno-catatonique se déclare » (1), écrivaient MM. Devaux et Logre dans leur livre sur *Les anxieux*.

Il en est de même dans les articles de M. Juquelier sur la manie, de M. Durand sur la mélancolie, de M. Deny sur la démence précoce (2), dans la communication de MM. Capgras et Abely (3).

Dans leur *Traité de psychiatrie du médecin praticien*, MM. Dide et Guiraud distinguent nettement un début de la démence précoce selon le type maniaque et selon le type mélancolique.

Dans le premier cas, les « manifestations consistent en agitation motrice avec fuite des idées et loquacité. L'agitation est désordonnée, parfois violente et impulsive. La fuite des idées avec excitation de l'attention spontanée et association automatique ressemblant à l'hypomanie peut s'observer ».

Dans le deuxième cas, « la démence précoce peut débiter comme la mélancolie par l'inertie motrice, le mutisme absolu, le refus d'aliments et des tentatives de suicide. Il peut apparaître des idées délirantes identiques à celles de la mélancolie ». Une de leurs malades, une démente précoce, se déclarait, par exemple, coupable de tous les crimes, damnée, responsable de la guerre, cause du déshonneur de sa famille (4).

(1) MM. Devaux et Logre, *Les anxieux*, Masson et C^{ie}, 1917, p. 127 et 154.

(2) *Traité de pathologie médicale*, chapitre *Psychiatrie*, t. I, p. 127, 191 et 170 : t. II, p. 189.

(3) Capgras et Abely, *Folie intermittente ou démence précoce*, Société clinique de médecine mentale, 23 janvier 1922.

(4) Dide et Guiraud, *Psychiatrie du médecin praticien*, Masson et C^{ie}, 1922, p. 182 et 183.

Pfersdorff, enfin, dans un ouvrage récent (1), reprenant les idées de Bleuler sur le diagnostic de la schizophrénie et de la psychose maniaque-dépressive, reconnaît que, malgré l'étude très approfondie de l'état maniaque ou mélancolique, les recherches les plus sérieuses sur l'état antérieur et sur l'hérédité, les difficultés de différenciation restent souvent insurmontables.

(1) Pfersdorff, *Travaux de la clinique psychiatrique de la Faculté de Strasbourg*, 1922.

CHAPITRE III

Nous avons divisé ce chapitre en deux parties. Dans la première, nous avons recueilli les observations de malades se présentant à leur entrée comme des états maniaques ou mélancoliques aigus, typiques, curables.

La seconde partie est réservée aux malades dont la psychose, toujours considérée comme curable, présentait toutefois quelques signes d'alarme.

PREMIÈRE PARTIE

OBSERVATION I

Démence précoce hétérophrénique.

B... (Jeanne), 33 ans, entrée le 25 janvier 1916.

État actuel. — Cette malade se présente actuellement dans un état d'excitation psycho-motrice presque continu. Toujours alitée, désordonnée, malpropre, échevelée, ne prend aucun soin de ses vêtements ni de sa literie.

Séréotypies nombreuses des actes, des mouvements et des attitudes : se tient généralement, dans son lit, les membres inférieurs repliés, les genoux touchant le menton ; se lève à heure fixe chaque matin et chaque soir, jette un coup d'œil sur les restes du repas, dévore gloutonnement chaque fond d'assiette et se précipite en criant dans la cour du quartier, le buste penché en avant, le bras droit caché sous la chemise. Il est impossible de captiver son attention ; B... se répand, sans prêter attention à nos demandes, en un

déluge de propos d'une grossièreté extravagante et d'une rare incohérence. « J'ai mangé un gros rat pourri, du poisson de la rue Veysière, des haricots qui avaient le goût de beurre farci, du pain qui avait le goût d'une femme dans une latraille; dans un trou, il y avait un homme qui nageait au milieu de deux cercueils... Aussi ma mère est morte; elle est née en même temps que moi, moi je suis née dans le ventre d'un taureau. Pas à Paris, mais à Bordeaux, il y a cent ans, à Lyon, cour d'Angleterre. »

« Je veux aller trouver mes os de gros chien, pas devant le monde, parce que je suis morte à Paris, une femme m'avait changé les os de sa fille, son père m'a arraché le cœur avec un diamant en or. Le ventre plein de couteaux, de peaux de lapin, de langues de lièvres brodées, de nerfs de bœufs de Saïgon... Oussi, Monsieur Gaston Gaillard vous avez des dents en peau de religieuse. »

A notre arrivée dans le dortoir, B... ne manque jamais de nous saluer de loin. « Oussi, Monsieur Gaston Gaillard, vous êtes l'assassin de Germaine Gaillard, l'empoisonneuse de la gare de l'Est à Paris, Bordeaux, Vital-Carles... »

Un interrogatoire suivi, rendu très difficile par l'indocilité habituelle de B..., sa distraction, son manque d'attention volontaire, révèle une déchéance profonde du fonds mental, faite de trouble du caractère et des sentiments, d'indifférence émotionnelle absolue, de désintérêt complet. Seules les invectives outrancières à l'adresse de tous ceux qui l'approchent résument toute son activité.

La malade est dans cet état démentiel, depuis le mois de mai 1919. Remontons maintenant jusqu'à la période aiguë de la maladie, cheminons pas à pas dans l'observation de cette démente précoce considérée, il y a sept ans, comme une mélancolique curable.

Renseignements. — Début de la maladie. — Pas d'antécédents héréditaires.

B... n'a jamais été malade avant son internement. Le 4 décembre 1915, elle eut une frayeur (elle vit un bœuf égaré dans la salle des pas perdus de la gare de Bordeaux). Huit jours après : troubles cérébraux (soliloques fréquents, frayeurs nocturnes, disait qu'on allait tuer sa mère, que la guerre allait finir).

Entre à l'Asile de Château-Picon le 25 janvier 1915.

Certificat de vingt-quatre heures. — Présente un état de dépression physique et morale. Le ralentissement dans les deux domaines a commencé il y a quelques mois à la suite d'une frayeur. Il n'existe pas actuellement d'idées délirantes proprement dites, ni de symptômes de dissociation. Il s'agit d'une neurasthénie mélancolique simple susceptible de guérir.

Certificat de quinzaine. — Est atteinte de dépression mélancolique caractérisée par de la lenteur des opérations cérébrales, de l'imprécision de souvenirs. On note quelques accès d'excitation anxieuse, une tendance à interpréter des sensations d'origine cœnesthésique. Il n'existe pas de système délirant. Il s'agit d'un état aigu dont le pronostic est favorable.

L'observation, prise au jour le jour, reflète une malade douce, affectueuse, généralement triste, hypochondriaque tendant parfois, mais sans y attacher grande importance, à l'interprétation de certaines sensations cœnesthésiques.

« ... Vous m'avez donné de mauvaises piqûres, vous m'avez empoisonné le sang, je crois... je ne sais pas... ».

En juin 1916, modification de l'état mental. B... se présente tantôt comme une mélancolique, tantôt comme une maniaque, tant et si bien qu'après une sortie d'essai au mois de juillet le diagnostic devient celui d'un état mixte maniaque dépressif.

Jusqu'en 1919, la malade a des périodes d'excitation et de dépression avec éclats de rire et violences; hurle, insulte tout le monde. Se dit Jeanne d'Arc et se fâche dès qu'on l'appelle par son véritable nom. Parle avec une rapidité inouïe et fait preuve d'une grande incohérence.

Février 1920 : *Certificat de situation.* — Est atteinte de troubles mentaux consistant en des alternatives de dépression et d'excitation. Les périodes d'excitation plus fréquentes sont caractérisées par une vive agitation motrice, une logorrhée continuelle d'une rare incohérence, des injures et des cris. Cette affection dure depuis quatre ans, elle a toutes les apparences d'une affection chronique.

OBSERVATION II

Démence précoce simple.

G... (Gabrielle), femme N..., 33 ans. Entrée à l'Asile le 27 décembre 1915.

État actuel. — Malade généralement alitée. Gâteuse, désordonnée et malpropre, se déshabille complètement si l'on essaie de la faire lever. Inertie habituelle, actes inexplicables, stéréotypés : tantôt enfoncée sous ses couvertures, recroquevillée en boule, tantôt reposant de tout son long, la tête en flexion forcée dans une attitude des plus incommodes. Impulsions fréquentes, se jette sur les fenêtres, brise des carreaux, se recouche et retombe dans une indifférence habituelle.

Interrogatoire très difficile. Se révèle incohérente et manière quand elle se décide à répondre.

Comment allez-vous ? — Comme la peinture. Je ne sais pas, je venais de l'enterrement.

— Quel jour ? — Lundi, la veille du dimanche.

— Quand avez-vous mangé ? — Le coupe-cou et la guillotine.

— Quel âge avez-vous ? — Plus de soixante-cinq minutes et 100 grammes.

— D'où êtes-vous ? — De Royan dans le soleil de Bordeaux.

— Mariée ? — La bonne mère, la bonne mère sur la cloche, sur la cloche, sur le plateau d'une balance. Elle dormait pour les autres, elle badigeonne les murs.

Incapacité absolue. Indifférence totale. Désorientation complète. Négativisme alternant avec une passivité incerte. Sourires fréquents sans motifs.

Pas de modifications dans l'état mental depuis le mois de février 1920.

Maintenant que voilà schématisée la malade actuelle, suivons ce même plan tracé dans l'observation I.

Renseignements. — *Début de la maladie.* — N... présente une hérédité assez chargée sur laquelle nous attirons particulièrement l'attention.

La mère de la malade, décédée, était choréique : « J'ai entendu dire qu'elle était folle », dit la belle-sœur de la malade.

Le grand-père ou la grand-mère (côté maternel) étaient atteints de troubles mentaux (pas de précision).

L'hérédité paternelle et collatérale ne révèle rien de particulier.

La malade, débile et naine, disons-je dès maintenant, fit un avortement et eut deux enfants, une fille née avec deux pouces à chaque main, un garçon estropié (une seule jambe qui n'a que le tibia et pas de talon).

Gabrielle était très travailleuse et s'occupait activement dans une ferme avant sa maladie, toujours très inquiète au sujet de son mari mobilisé. Huit jours avant son internement, fut très effrayée en trouvant son beau-père sans connaissance étendu sur le sol, et cette secousse « lui fit perdre totalement les idées ». Elle commit presque immédiatement des actes très désordonnés : couvrit le corps de son beau-père de moutarde et voulut ensuite lui faire prendre un bain. Déménageant tout dans sa maison, elle mit le feu à un bois de lit, et parlait des heures entières avec incohérence.

Entrée à l'Asile le 27 décembre 1915.

Certificat de vingt-quatre heures. — État d'excitation avec désordre des actes et des idées. La malade tient des propos très bruyants avec des interlocuteurs imaginaires. Les idées de mort, de supplice alimentent l'automatisme. L'état est aigu et curable. Débilité mentale sous-jacente.

Certificat de quinzaine. — Est atteinte de manie aiguë caractérisée par de l'humeur gaie ou hargneuse, de l'agitation motrice, avec désordre des actes, de la logorrhée incohérente. Les troubles mentaux ont éclaté brusquement et sont de date récente. Le pronostic est favorable.

L'observation nous dit que la malade reste telle, très irritée, très désordonnée dans ses actes et ses propos jusqu'en 1919.

C'est probablement à cette époque qu'après une courte période de dépression, la dissociation mentale a dû s'opérer puisqu'en 1920 nous relevons la note suivante significative.

Février 1920 : Cette malade se présente avec un aspect figé, les traits tombants, marquant plutôt l'indifférence que la tristesse. Au

cours de l'interrogatoire, il lui arrive de rire aux éclats sans que la qualité de nos questions puisse expliquer sa joie.

Complètement désorientée. Ne sait ni la date de son arrivée, ni la date actuelle, incohérence monotone; ne s'occupe pas, se tient sale. Alimentation capricieuse. Evolution rapide vers la démence précoce.

OBSERVATION III

Démence précoce simple.

B... (Adrienne), 39 ans. Entrée à l'Asile le 17 janvier 1917.

État actuel. — Malade assez propre. Tenue correcte. Se prête docilement à l'examen. L'interrogatoire révèle au premier plan des troubles profonds de l'attention volontaire, de l'indifférence émotionnelle atténuée toutefois légèrement par le désir vague et passager de revenir dans sa famille, des troubles profonds de la mémoire relatifs à l'évolution et à la fixation des souvenirs. Défaut complet de curiosité.

Des préoccupations hypocondriaques puérides, quelques idées de persécution viennent au second plan, très vagues et peu tenaces. Propos enfantins développés par modification de la diction expressive, voix factice, de timbre et d'intonation variés. Maniérisme.

Pas de modifications de l'état mental depuis 1920, époque à laquelle nous l'avons observée nous-même.

Renseignements. — *Début de la maladie.* — Pas de tares héréditaires tant ascendantes que collatérales. Père bien portant, mère simplement rhumatisante, frères et sœurs en bonne santé.

Après la déclaration de la guerre et le départ de son frère pour le front, en 1915, l'habitus de la malade changea subitement. Elle gardait souvent sa chambre, habituellement couchée, ne se levant que de temps en temps. Cet état dura quelques mois, et B... reprit peu à peu son existence habituelle.

En janvier 1917, une quinzaine de jours avant son internement, elle quitte brusquement sa famille et débarque à Bordeaux où elle se livre à des esclandres répétés, non seulement dans la maison des étrangers chez lesquels elle a élu domicile, mais encore dans les maisons voisines.

Entrée à l'Asile le 17 janvier 1917.

Certificat de vingt-quatre heures. — Présente un syndrome maniaque caractérisé par l'euphorie, la fuite des idées, l'agitation motrice. Les actes sont vivement désordonnés. Il n'y a aucun symptôme de démence ou de dissociation. Le pronostic est favorable.

Certificat de quinzaine. — Est atteinte d'excitation maniaque caractérisée par un vif désordre des idées et des actes. Cette phase de manie a été suivie de dépression mélancolique. La folie à double forme semble donc se réaliser.

Du mois de janvier 1917 jusqu'en 1919, la maladie paraît avoir évolué comme une psychose à double forme avec prédominance toutefois des périodes d'agitation maniaque.

La description de la maladie s'arrête au mois de juillet 1918, mais l'étude de cette observation nous montre B... tantôt légèrement mélancolique, tantôt franchement maniaque, sans jamais présenter de signes de dissociation.

OBSERVATION IV

Démence précoce paranoïde.

D... (Marie), femme M..., 36 ans.

Entrée à l'Asile le 12 juillet 1917 (2^e admission). La malade avait, en effet, été traitée, il y a vingt ans, pour un accès absolument analogue à celui-ci et qui avait cédé au bout de six mois.]

État actuel. — Malade propre. Tenue convenable. Active et travailleuse. Besoin d'expansion presque continu. Fait volontiers les gros travaux à l'extérieur du quartier, mais est incapable de mener à bien des ouvrages délicats, de lingerie par exemple (la malade, avant son internement, était cependant une bonne couturière). Soliloques continuels ou dialogues avec le balai ou les seaux qu'elle tient à la main, caractérisés par un marmottement incompréhensible, entrecoupé de violentes exclamations. Stéréotypies des actes : fait tous les matins le même trajet pour aller chercher de l'eau, passant toujours au même endroit à la même allure rapide, ne s'arrêtant qu'une seule fois à l'aller et au retour pour caresser de la main une pierre du mur, toujours la même.

L'interrogatoire révèle quelques idées de préjudice, de persécution, peu systématisées, accompagnées de récriminations violentes, de menaces, de reproches à l'égard de son mari dont elle blâme la mauvaise conduite.

Montre quelque plaisir lorsqu'on lui parle de son fils, mais ne demande nullement à le rejoindre; elle se désintéresse complètement de sa sortie. Sentiments affectifs très émoussés, contrastant avec une conservation complète de l'activité physique. Troubles du caractère: tantôt affable, tantôt menaçante, sans toutefois aller jusqu'à la violence. Mémoire bonne.

Nous connaissons depuis trois ans cette malade; elle était déjà, en 1920, une démente précoce.

Renseignements. — Début de la maladie. — Née de père alcoolique; les antécédents héréditaires et personnels de la malade ne présentent rien autrement de particulier.

Nous n'avons aucun renseignement sur le début de la maladie qui avait entraîné le premier internement en 1907, ni sur la période de guérison de dix ans qui a précédé le deuxième internement.

Entrée à Château-Picon le 12 juillet 1917.

Certificat de vingt-quatre heures. — Est atteinte de manie aiguë caractérisée par un violent désordre des idées et des actes. Le sommeil est nul, l'agitation incessante. Il n'y a pas à redouter la dissociation mentale et la guérison est certaine si des complications d'ordre somatique ne surviennent pas. A été traitée, il y a dix ans, pour un accès semblable qui a duré six mois.

Certificat de quinzaine. — Est atteinte de manie caractérisée par du désordre des idées et des actes. L'accès suit son cours, il ne se complique d'aucun symptôme de démence ou de dissociation des facultés.

D... restera une maniaque jusqu'en 1918. L'observation, qui s'arrête au mois de décembre 1917, ne signale aucun symptôme alarmant; nous ne l'avons reprise qu'en 1920, mais déjà à cette époque le diagnostic était tout différent.

Notre attention doit être particulièrement attirée par la marche troublante de cette psychose :

a) Premiers troubles mentaux en 1907 caractérisés par une manie franche;

b) Guérison six mois après. Vie probablement normale pendant dix ans (nous ignorons malheureusement tout sur la valeur de cette rémission);

c) Retour à l'Asile en 1917, mais évolution vers la démence précoce.

OBSERVATION V

Démence précoce hétérophrénique.

A... (Marie), femme O..., 36 ans. Entrée à l'Asile le 21 février 1917.

État actuel. — Malade absolument indifférente à son état et à sa situation. Passivité, inertie, alternant avec des réactions coléreuses et impulsives. Désordre complet de la tenue. Malpropreté. Gâtisme intermittent. Habituellement inactive et d'ailleurs inutilisable.

Interrogatoire difficile, révélant une atteinte très profonde des facultés intellectuelles, caractérisée par de l'incohérence des propos, de la verbigeration, des troubles profonds de la mémoire, de la diminution de l'attention, de l'inaffectivité.

Cet état chronique reste sans changements depuis le mois de juillet 1918.

Renseignements. — *Début de la maladie.* — Le père de notre malade était bien portant, âgé de 77 ans, au moment de l'internement, la mère mourut hémiplégique (nous ignorons à quel âge), deux sœurs, bien portantes en 1917, composaient toute la famille de A...

A signaler deux avortements, l'un à 6 mois, l'autre à 1 mois.

Personnellement, la malade était sujette à des crises de nerfs survenant à l'occasion des orages et parfois de simples contrariétés.

L'internement fut motivé par les faits suivants : Scènes fréquentes de jalousie à son mari. Refus d'alimentation. Sommeil irrégulier entrecoupé de cauchemars. Peurs fréquentes, inexplicables. Tentative de suicide (a voulu se faire écraser par un tramway à Libourne).

Certificat de vingt-quatre heures. — Présente un état mental caractérisé par l'arrêt des opérations intellectuelles, des manifestations

d'automatisme, regard inquiet autour d'elle dans la salle. L'anxiété semble avoir été assez vive. De l'excitation maniaque pourrait lui succéder.

Le pronostic de l'accès est favorable.

Certificat de quinzaine. — Est atteinte de mélancolie caractérisée par la lenteur des opérations cérébrales, des idées vagues de persécution et de jalousie. Le pronostic est favorable.

Jusqu'au mois d'août 1917, l'accès mélancolique suit son cours. La malade reste triste, affaissée, plaintive, avec parfois de violentes périodes d'anxiété.

3 août 1917 : Accouchée d'une fille.

Depuis cet événement, les crises anxieuses s'espacent. La malade, toujours triste et renfermée, mais très calme, s'occupe régulièrement dans son quartier jusqu'en février 1918. Dès lors, A... va cesser complètement tout travail et présenter successivement de nombreux signes d'alarmes : rires fréquents, contrastant avec un habitus encore légèrement mélancolique, stéréotypies, indifférence progressive, pour en arriver rapidement à l'état que nous avons décrit au début de notre observation.

OBSERVATION VI

Démence précoce.

R... (Marie), femme R..., 19 ans. Entrée le 1^{er} novembre 1920. Décédée le 3 février 1923.

État de la malade. — Nous avons observé la malade pendant plus d'un an, et quoiqu'elle ait été emportée rapidement par une granulie pulmonaire, nous sommes persuadé que son état mental pouvait être considéré comme définitif tant les signes de démence précoce étaient patents, comme nous allons le voir.

Alitée depuis de longs mois, désordonnée au plus haut degré, gâteuse habituelle, constamment souillée de matières fécales, elle vivait depuis longtemps une existence toute végétative.

Des alternatives de stupidité profonde confinant à la catatonie et de réveils brusques accompagnés d'impulsions violentes, d'injures

grossières à l'adresse du personnel et des médecins, étaient le *modus vivendi* habituel de R... Inaffective au plus haut point, elle avait perdu tout désir, toute curiosité, tout intérêt. Son mari, son enfant, ses parents, tout lui était totalement indifférent, et R... mettait une obstination féroce à ne pas les recevoir.

L'examen mental difficile, presque impossible, ne nous a jamais permis de mesurer le quantum intellectuel, mais à s'en tenir aux réactions de la malade, il devait être considérablement amoindri.

Cet état, nous l'avons déjà dit, durait, au moment de la mort, depuis plus d'un an.

Renseignements. — Début de la maladie. — Le seul fait à retenir dans l'hérédité de la malade est le décès du père causé par une méningite.

Toujours très nerveuse, nous dit son mari, R... n'a jamais été malade. Accouchée le 6 octobre 1920, elle se lève neuf jours après très bien portante. Brusquement, le 18 octobre, contrairement à son habitude, elle laisse son ménage à l'abandon et devient d'une extrême agitation. Elle danse, chante à tue-tête, déchire tout ce qui lui tombe sous la main, et met son appartement dans le plus profond désordre.

Entrée à l'Asile le 15 novembre 1920.

Certificat de vingt-quatre heures. — Présente un état mental caractérisé par la fuite très accusée des idées et du langage. L'agitation motrice est très marquée aussi. Le fonds intellectuel n'est pas atteint. Il s'agit d'un état maniaque aigu survenu après un accouchement; sauf complication d'ordre physique, la guérison s'obtiendra.

Certificat de quinzaine. — Est atteint de manie aiguë. L'agitation est toujours très vive, brutale, impulsive, souvent sans rapport apparent avec l'état d'irritation et d'expansion que traduisaient les propos ou la mimique. Les propos sont le plus souvent coléreux, orduriers, très désordonnés; la fuite et l'incobérence des idées les rendent le plus souvent intelligibles. État physique satisfaisant. Pronostic favorable.

Cette excitation maniaque va rester typique jusqu'au mois de décembre 1920.

Le 22 février 1921, on note une légère amélioration.

Le 23 octobre 1921, sortie d'essai, réintégration au bout d'un mois. Même excitation maniaque.

Décembre 1921 : Propos très incohérents.

Maniérisme. Lors d'une visite de son mari et de son enfant, la malade n'a manifesté aucune émotion.

« Je n'ai pas d'enfants... Ce n'est pas mon enfant. »

Dès lors, l'évolution est rapide, le doute n'est plus permis et dès le mois de février 1922 nous notons :

Démence précoce. Désordre. Négativisme. Gâtisme constant. Grabaire. Incohérence des actes et des propos.

OBSERVATION VII

Démence précoce paranoïde.

R... (Jeanne), femme L..., 39 ans.

Entrée à l'Asile le 9 juin 1916.

État actuel. — Malade propre, ordonnée.

Se présente à l'examen clinique avec un air arrogant et soupçonneux à la fois. Avant même que nous l'interroignons, elle réclame sa sortie avec véhémence et ne nous ménage guère les épithètes malveillantes. La malade contient avec peine son impatience. Toutes nos questions sont le point de départ d'un doute, d'une interprétation. Elle nous dit brusquement, avec violence : « On m'a porté la chemise sèche d'une autre malade, ça me travaille par tout le corps... c'est comme ça depuis six mois. »

Elle proteste fréquemment contre la nourriture, la literie, refuse de porter une chemise; veut changer de quartier. Peu de rapports entre les divers éléments du délire, ébauche de systématisation. Pas d'hallucinations sensorielles. Quelques interprétations d'origine cœnesthésique.

Pendant l'interrogatoire, interrompu assez rapidement par le départ brusque et volontaire de la malade, nous avons pu nous rendre compte d'une diminution assez nette de l'attention volontaire, des troubles du caractère, de la présence de stéréotypies de

langage, de tics. La mémoire, en général, paraît conservée. Égoïste, personnelle au plus haut point, violente parfois vis-à-vis de ses compagnes, la malade a cependant conservé des sentiments affectueux assez élevés pour sa famille.

Refuse obstinément de se rendre utile en quoi que ce soit malgré une santé florissante et vit seule dans un coin, hargneuse et inabordable.

Cet état persiste sans changements depuis le mois de juin 1918.

Renseignements. — Début de la maladie. — Au point de vue de l'hérédité pathologique, nous ne relevons dans l'ascendance de la malade, qu'une tante du côté maternel renfermée dans un asile pendant une vingtaine d'années. Pour L..., très douce, intelligente et travailleuse avant son internement, mère de deux enfants en excellente santé, les troubles mentaux débutèrent de la façon suivante : cinq mois avant sa mise en observation, c'est-à-dire au mois de février 1916, à la suite d'une grande frayeur (la foudre était tombée chez une voisine) : insomnies fréquentes, visions, craintes vagues, énervement continu, excitabilité facile, troubles du caractère (grondait fréquemment son enfant pour des motifs futiles). Peu à peu, le calme renaît et la malade écrit à son mari mobilisé des lettres très sensées dans lesquelles nous relevons entre autres : « Ma tête se remet d'aplomb... j'ai dormi cette nuit... je ne suis pas méchante, mais j'ai battu ma sœur parce qu'elle m'agaçait, elle disait tout le contraire de moi... »

Le 26 mai, sans qu'on puisse en déterminer la cause, la malade se met à ne plus répondre aux questions qui lui étaient posées, elle criait, chantait, et brisait tout ce qu'elle pouvait atteindre.

Entre à l'Asile le 9 juin 1916.

Certificat de vingt-quatre heures. — Présente un état mental caractérisé par un grand besoin de parler, des propos incohérents. L'agitation motrice est vive. Il s'agit d'un accès maniaque qui a débuté il y a peu de temps et dont le pronostic est favorable.

Certificat de quinzaine. — Est atteinte de manie aiguë caractérisée par l'humeur gaie, la fuite des idées, l'agitation motrice. L'accès suit son cours sans qu'aucun symptôme nouveau soit venu assombrir le pronostic.

Jusqu'au mois de juillet 1917, nous ne relevons dans l'observation que les notes suivantes : agitation suraiguë, vive excitation maniaque, même état d'agitation aiguë maniaque franche, etc.

Le 3 août 1917, agitation impulsive; dès lors, le délire paranoïde va s'organiser petit à petit, les idées de persécution, les revendications vont apparaître.

Mai 1918 : « Je veux m'en aller. Je ne suis pas malade. »

— Vous fait-on des misères? — « J'en parlerai à mon mari, on m'a attaché la tête. On a mis du poison dans ma nourriture. »

L'accentuation délirante se fait progressive jusqu'à nos jours.

OBSERVATION VIII

Démence précoce hébéphréno-catatonique.

B... (Marie), femme O..., 40 ans. Entrée à l'Asile le 7 septembre 1916.

État actuel. — Malade propre, toujours alitée. Pas de gâtisme.

Inactive et insouciant, O. . passe ses journées assise sur son lit ou recroquevillée en boule, enfoncée sous ses couvertures. Très douce et affable, elle sourit à tous ses interlocuteurs et se prête avec passivité à l'examen. Facies réjoui, mobile, mais d'une expressivité toute recherchée et maniérée. Tics fréquents, stéréotypés très nombreuses d'attitudes, d'actes et de mouvements : descend de son lit, saute deux ou trois fois à pieds joints, relève sa chemise jusqu'à mi-cuisses et se promène en se dandinant, l'air guindé, apprêté. Ce manège se répète régulièrement plusieurs fois par jour.

Sourires fugaces, sans motifs, soupirs profonds quand on s'approche d'elle, accompagnés d'une mimique invariable. Ébauche de catatonisme : la malade conserve les attitudes les plus incommodes pendant longtemps parfois. Troubles profonds de la sensibilité.

Dyslogie par modification de la diction expressive : voix nasillarde, monotone, uniforme.

Mémoire rétrograde conservée quant aux faits les plus saillants de son existence que nous avons pu contrôler.

Mémoire des faits récents défectueuse par perte de toute curiosité,

de tout intérêt vital. Diminution notable de l'attention volontaire, la malade semble nous écouter, mais nos questions ne font que l'effleurer. Incapacité de tout effort mental, logorrhée incohérente, verbigération. Indifférence absolue.

Nous connaissons la malade depuis 1921. L'état mental est stationnaire (la dissociation mentale a paru s'installer, d'ailleurs, dès le mois de juin 1917, comme nous le verrons dans son observation).

Renseignements. — *Début de la maladie.* — Néant.

Certificat de vingt-quatre heures. — Présente un état mental caractérisé par de l'agitation motrice qui n'est pas contenue, mais très désordonnée, un besoin de parler, sans incohérence véritable, de se mouvoir. Il n'existe ni indifférence, ni désorientation. Il s'agit d'un état de manie franche dont le pronostic est favorable.

Certificat de quinzaine. — Est atteinte de manie caractérisée par un grand désordre habituel des idées et un désordre intermittent des actes. L'accès suit son cours, le pronostic est favorable.

5 octobre 1916 : Alternatives d'excitation et de dépression.

6 novembre 1916 : Agitation maniaque continue.

Même état jusqu'en juin 1917.

A ce moment, malade malpropre. Gâche de temps en temps. Agitation modérée.

Dès lors se succèdent les notes : rires fréquents, stéréotypies, néologismes, maniérisme, indifférence, etc.

OBSERVATION IX

Démence précoce hétérophrénique.

G... (Marguerite), femme A..., 29 ans. Entrée à l'Asile le 7 février 1915.

État actuel. — Malade propre, ordonnée. État d'agitation presque continue, mais sans turbulence; se promène toute la journée dans la cour du quartier, s'arrêtant parfois, gesticulant comme si elle poursuivait une conversation très animée. Elle monologue, en effet, continuellement et c'est une verbigération incessante, une série de mots, de lambeaux de phrases d'une incohérence complète, qui en imposeraient de loin pour une conversation, une harangue parfaite-

ment compréhensible tant l'intonation semble vivante et la mimique appropriée.

— Comment allez-vous? — « Il a fallu que je lui écrive quand Rosa m'a écrit de la rue de Lafaurie-Monbadon, de Lafaurie-Monbadon, on m'a fait pisser les yeux cinquante-trois fois... que je me rappelle tout... que c'était un chromo d'une bête crevée. Le fils Delay a fait publier son nom à Rosa... »

— Que désirez-vous? — « C'est l'affaire historique, je vais très bien, c'est l'affaire historique du train de 490 milliards. C'est la dix-septième femme à celui-là qui se chauffe les pieds sur l'historique. »

— Quel historique? — « C'est que vous ne feriez pas plus de différence de cette saucisse avec cette autre saucisse, il est estimé 493 et 100 ans. Il me donnait 250.000 œufs avec un chapeau bleu à manger, ces gens-là à l'arrière parce qu'il vous dira... »

Toute l'activité intellectuelle de la malade se concentre dans ce verbiage insensé. Il est inutile d'attendre une réponse aux questions que nous lui posons; rien ne la touche, ne l'intéresse. Nous avons réussi cependant, à force de patience, en répétant plusieurs fois nos demandes, à nous rendre compte que certains souvenirs étaient conservés exacts et qu'elle n'avait point oublié sa famille. La physionomie n'a reflété aucune émotion et ce court sentiment affectif s'est rapidement éteint.

Absolument inactive et inutilisable. Nombreuses stéréotypies de langage, d'actes : la malade ne prend jamais ses repas dans la salle commune, par exemple, mais dehors, toujours sur le même banc.

A... présente, en outre, de courtes périodes d'excitation durant lesquelles elle chante et crie à tue-tête jour et nuit. Rares impulsions.

Nous suivons cette malade depuis deux ans, son état mental n'a jamais présenté d'amélioration.

Renseignements. — Début de la maladie. — Pas d'antécédents héréditaires.

En 1913, à la suite de contrariété, A..., jusqu'alors très bien portante à tous points de vue, devint triste, elle pleurait fréquemment, mais travaillait quand même. En août 1914, son état empira subitement au moment du départ de son mari pour le front. Le 18 octobre :

essai de pendaison ; le 4 novembre, essai d'égoisement. Elle croyait que son mari l'avait quittée pour toujours, et supposait qu'on subtilisait les lettres que son mari lui écrivait. Après une nouvelle tentative de suicide, elle entre à l'Asile le 7 février 1915.

Certificat de vingt-quatre heures. — Présente un état mental caractérisé par une douleur morale profonde, la propension très marquée au suicide sans idées délirantes proprement dites. La malade fait elle-même un récit très complet de sa maladie. Pronostic favorable.

Certificat de quinzaine. — Est atteinte de mélancolie. La douleur morale est continue et profonde, entretenue d'ailleurs par des préoccupations naturelles au sujet de son mari parti au front. Le fonds intellectuel n'est ni dissocié, ni diminué. Pronostic favorable.

Les réactions sont nettement mélancoliques jusqu'à la fin de l'année 1915. A cette époque, la malade, habituellement réservée, devient expansive et bavarde.

Octobre 1915 : Parle avec animation. Pas de verbigeration proprement dite. Mimique animée ...; gesticulations. Parle encore seule après l'interrogatoire.

Janvier 1916 : Parle peu aux autres malades. Se tient généralement à l'écart. L'habit mélancolique a disparu. Insonnante.

L'observation s'arrête à cette époque-là.

OBSERVATION X

Démence précoce hébéphréno-catatonique.

D..., 23 ans, célibataire, entrée à l'Asile le 15 mars 1915.

État actuel. — Malade toujours agitée, désordonnée, sale, gâteuse, vêtue de lambeaux de chemise souillée et déchirée. Existence purement végétative, activité très réduite faite de stéréotypies d'attitude, de mouvements et d'actes, caractérisée par des périodes d'excitation légère et de stupidité évoluant à intervalles réguliers.

Humeur généralement maussade. D... résiste à toutes les injonctions; mutisme invincible, indifférent, alternant avec une logorrhée

incoercible, automatique, monotone, faite d'une salade de mots grossièrement incohérents, lancés à tort et à travers.

Interrogatoire impossible par défaut absolu d'attention volontaire. Facies figé, terne, bestial, inexpressif. Tics.

Renseignements. — *Début de la maladie.* — Néant.

Certificat de vingt-quatre heures. — État mental caractérisé par la fuite des idées, des propos sans aucune suite, dans lesquels on reconnaît des assonances et des consonances de mots plutôt que des idées. Les actes sont très désordonnés. Il s'agit d'un état maniaque symptomatique de psychose périodique. Le pronostic de l'accès est favorable.

Certificat de quinzaine. — Est atteinte de manie caractérisée par un perpétuel besoin de mouvement, la fuite très accusée des idées. L'accès suit son cours normal. La guérison sera obtenue après quelques mois de traitement.

3 juin 1915 : Toujours très agitée. Grand désordre des actes. Excitation maniaque.

Mars 1916 : Très calme. Apparence d'un retour complet à l'état normal. Mémoire bonne

Juillet 1916 : La malade est triste, ne s'occupe pas, gémit souvent, se plaint de maux d'estomac. « Je souffre toujours, je ne suis pas forte... »

Très bien orientée, affectueuse, douce, se préoccupe de son avenir.

Octobre 1917 : Très vive excitation. Les yeux sont brillants, la face grimaçante.

Mars 1918 : Malade très calme, mais conserve une physionomie excessivement éveillée. Propension aux actes brusques, désordonnés (jette les assiettes, crache).

Fail des bracelets, des bagues avec des morceaux de toile.

Septembre 1919 : Désordre des actes. Propos incohérents. Déchire sa chemise, ses draps. Gâteuse.

1920 : Même état d'excitation incohérente; gâtisme.

Janvier 1922 : Très agitée. Court dans le dortoir, pleure, rit, ne cesse de parler avec incohérence et grossièreté. Décoiffée, gâteuse.

— Où êtes-vous ici? — Chez moi, je m'appelle M^{me} Pic.

— Age? — J'ai 100 ans et je sais que si j'aime mon mari ce n'est

pas pour que je lui montre mon cul, car si l'on est pourri c'est pour n'être pas souillé... C'est moi ton père... Foutez-moi la paix.

Octobre 1923 : Facies grimaçant, figé dans une apparence d'effacement et d'abrutissement. Mutisme. Les questions qui lui sont adressées ne semblent d'ailleurs pas la toucher. Du jetage nasal souille ses lèvres sans que la malade fasse le moindre mouvement pour l'essuyer. Secousses fibrillaires des muscles de l'hémiface gauche. Désordre complet de la tenue. Gâtisme.

Alternatives d'inertie et d'excitation. Incohérence, grossièreté, monotonie des propos (Voir état actuel).

OBSERVATION XI

Due à l'obligeance de M. le Dr PERRENS.

Démence précoce hétéphréno-catatonique.

F... (Marie-Marguerite), célibataire, 27 ans.

Entrée à la Maison de santé le 1^{er} mai 1918.

État actuel. — Indifférence absolue. Impulsivité et stéréotypies. Accès de rire sans motifs. Agitation par bouffées avec désordre des actes et incohérence caractéristique de langage. Grabataire. Pas de modifications depuis son entrée.

Avant son arrivée à la Maison de santé de Château-Picon, cette malade avait été traitée dans une Maison de santé de Paris par M. le Dr Magnan qui la considéra pendant longtemps comme une maniaque typique des plus curables.

DEUXIÈME PARTIE

OBSERVATION XII

Démence précoce hétéphrénique.

R... (Marie), 22 ans. Entrée à l'Asile le 11 août 1918.

État actuel. — La malade est une belle fille, de santé florissante, aux couleurs épanouies, volontairement alitée, d'aspect généralement propre et ordonné. Elle ne se livre à aucune occupation. Sa

curiosité est nulle et il est rare qu'elle entreprenne quelque conversation avec ses voisines de dortoir. Rien ne l'intéresse, ne la réjouit ou ne l'ennuie; les événements extérieurs dont elle pourrait avoir connaissance passent sur elle sans même l'effleurer et nous sommes certains que de ses cinq ans d'asile, elle n'a conservé qu'un vague souvenir, fruste et sans intérêt. Telle est la malade habituelle, livrée à elle-même. Au cours de l'interrogatoire, au contraire, l'aspect change complètement; de passive, R... devient agressive et son agitation va en augmentant durant tout l'entretien. Tour à tour hargneuse, moqueuse, insolente, elle se répand en injures grossières ou en plaisanteries outrées. Coprolalique au plus haut point, elle se complait à couvrir ses interlocuteurs des épithètes les plus malsonnantes et se réjouit bruyamment lorsqu'elle a trouvé un mot plus ordurier ou découvert sa nudité avec une incroyable impudeur. Le faciès s'anime, les gestes sont prompts, hardis, l'animation exubérante. Au premier abord, on pourrait prendre cette malade pour une maniaque à la période aiguë, mais cette ressemblance n'est que factice et toute superficielle. Il suffit d'observer R... déchainée pour s'apercevoir rapidement de la monotonie, de la stéréotypie de ses réactions. Toute son activité mentale, si du moins nous pouvons en juger par cette extériorisation, se réduit à quelques souvenirs, quelques idées seulement. La malade en un mot se meut dans un cercle très étroit, mais avec un certain brio.

Rapidement, après quelques mots en rapport avec l'heure présente, la question posée, surviennent et se répètent inlassablement des phrases entières, intégralement semblables et que nous savons par cœur pour les avoir entendues chaque matin. Si le départ ne se donne pas toujours de la même façon, l'arrivée est toujours la même et nous sommes sûrs, quelle que soit la question que nous lui ayons posée, d'entendre rapidement parler du « chien d'église... », de M. R... qui, mobilisé à Saintes, n'a jamais volé un morceau de pain..., de l'assiettée de haricots de la prison du Fort du Hâ... et des Petites Sœurs des Pauvres de la rue Judaïque où il y a un côté pour les hommes et un côté pour les femmes... ».

Notons ensuite sa distraction habituelle, les troubles profonds de l'attention volontaire, son indifférence émotionnelle complète, son

but vital polarisé par le désir unique de satisfaire sa faim et sa soif et le tableau clinique sera complet.

Nous connaissons la malade depuis trois ans et son état ne s'est pas modifié.

Renseignements. — *Début de la maladie.* — Pas d'hérédité morbide à signaler.

De tempérament toujours très mou, R... n'a jamais été malade avant son internement. Aux dires de sa mère, elle eut dès les premiers jours de la fièvre, une courte période de dépression durant laquelle elle tentait de s'isoler et « entendait des voix ». Quelques temps après, à la suite d'une désillusion d'ordre affectif (abandonnée par son fiancé), elle devint violente, agressive vis-à-vis de ses voisines, se disait victime de la médisance et des calomnies de son entourage et il lui est arrivé de passer une partie de ses nuits sur le toit de la maison pour se soustraire à un péril imaginaire. Vagabondage habituel.

Certificat de vingt-quatre heures. — Présente un état mental caractérisé par des idées de persécution, des erreurs d'interprétation faiblement systématisées. Les réactions ont été adéquates au délire et cependant il ne s'agit pas d'un délire de persécution vraie.

L'humeur gaie, la volubilité, l'animation dans la conversation, imposent le diagnostic de manie dont le délire ne serait qu'un symptôme. Pronostic favorable.

Certificat de quinzaine. — Est atteinte d'excitation maniaque caractérisée par l'automatisme idéatif. Parmi les idées qui affluent dans l'esprit prédominent celles de persécution et les interprétations trouvent leur aliment dans les plus menus faits qui se passent autour d'elle. Le pronostic demeure cependant favorable.

Jusqu'à la fin de l'année 1918, la malade se montre nettement maniaque, mais l'appoint paranoïaque reste important. Elle est habituellement docile, affectueuse envers sa mère. Les idées de persécution, les interprétations subsistent : « J'ai compris qu'on se moquait de moi. On me martyrise... Je suis avec des gens qui me veulent du mal... Je suis dans un guet-apens. »

Mars 1919 : Refuse de se coucher. Frappe impulsivement une infirmière.

Avril 1919 : Nous accueille avec un sourire, mais refuse de nous donner la main. Est très troublée parce que nous écrivons son observation.

Novembre 1919 : Bavarde continuellement à tort et à travers.

« Vous me retenez ici comme dans une caserne, mais je suis une femme... Je suis abandonnée... Un bouillon de onze heures dans le ventre et un curé pour m'enterrer (sourit)... Voilà ce que je dis, en attendant je suis entourée d'une bande d'apaches. »

Juillet 1920 : Très irritable. Incohérente et grossière. Parle, parle, sans discontinuer. S'est précipitée ce matin sur la sœur, menaçant de la frapper parce qu'elle trouve qu'on ne lui donne pas assez à manger.

Janvier 1921 : Agitation continue. Impulsions fréquentes. Logorrhée incohérente et grossière. Verbigération. Stéréotypies.

OBSERVATION XIII

L... (Marie), femme R..., 36 ans.

Entrée à l'Asile le 4 mai 1917.

État actuel. — Démence précoce caractérisée par du puérilisme démentiel, de l'indifférence émotionnelle, du désordre complet des actes et des propos, de l'incohérence du langage, véritable verbigération, de la disparition des sentiments affectifs et familiaux, des troubles du caractère, de la distraction habituelle. La malade, malpropre et désordonnée, se prête passivement à l'examen et à l'interrogatoire. Au milieu du désordre de ses discours, nous ne relevons que quelques préoccupations hypocondriaques enfantines et niaises, quelques vagues idées de persécution exprimées d'une façon monotone et indifférente et qui semblent résumer tout l'intérêt, tout le désir, tout le besoin vital de la malade. D'une passivité et d'une inactivité habituelles, elle présente toutefois quelques impulsions violentes qui la poussent aux pires violences.

Situation sans changement depuis près de trois ans.

Renseignements. — *Début de la maladie.* — Pas d'hérédité morbide à retenir.

Les troubles mentaux se sont déclarés brutalement pendant une fièvre puerpérale.

Certificat de vingt-quatre heures. — Présente un état de désorientation psychique avec incohérence des propos, prédominance des idées tristes, des frayeurs imaginaires.

Il s'agit d'un état mélancolique aigu avec appoint confusionnel survenu au cours d'une lactation. Le pronostic est favorable.

Certificat de quinzaine. — Mélancolie avec appoint confusionnel. Ces idées délirantes tristes se compliquent d'erreurs d'interprétation par la persécution. La maladie mentale est encore à sa phase aiguë.

Le pronostic n'a pas cessé d'être favorable.

Juin 1917 : Désorientation. « Je ne sais pas la date. »

« Je suis dans un bateau. Je sens de l'eau en bas. »

« Nous sommes à Évian-les-Bains; j'entends les cloches qui sonnent... J'entends des hommes qui viennent le soir ici... Il y a aussi des fées..., des diables..., il y a de tout le soir. »

Août 1917 : Mélancolie. Délire hypocondriaque, idées de destruction d'organes. Reçoit sa famille avec plaisir.

« Examinez-moi, Docteur, je crois que je suis toute pourrie à l'intérieur. »

Quelques idées de persécution. Interprétations.

« On me parle par ici (montre le plancher), puis on me fait faire ça (saute sur son lit). Les aliments qu'on me donne sentent la morphine. »

L'état mélancolique persiste jusqu'en 1918. A cette époque, l'observation note :

Février 1918 : Rit et pleure sans motifs. Incohérence des propos. Les idées n'ont pas de suite et les phrases sont quelquefois dépourvues de sens. Désorientation plus accentuée.

Juillet 1918 : Transférée d'un quartier calme dans un quartier de chroniques agitées. Désorientation très accusée (se croit tantôt à Jérusalem, tantôt à l'Hospice des Enfants trouvés). Troubles de la mémoire. Alternatives de dépression et de légère agitation.

Août 1920 : Démence précoce (Voir état actuel).

OBSERVATION XIV

Démence précoce hébéphréno-catatonique.

M... (Marie-Anne), femme B..., 36 ans.

Entrée à l'Asile le 4 septembre 1916.

État actuel. — Continuellement alitée, la malade refuse d'ailleurs avec obstination de se lever, reste tout son temps enfoncée sous ses couvertures et ne sort de son indifférence et de son inaction qu'à l'approche de l'heure des repas, pour retomber dans l'inertie à la dernière bouchée. De caractère irritable et coléreux, elle ne se laisse approcher que difficilement et découvre alors un visage hargneux, grimaçant, encadré de mèches de cheveux tombant en désordre de tous côtés. Ses propos se réduisent à quelques injures vulgaires, des propos orduriers. Impulsive, elle est prompte aux gestes violents et crache sans façon au visage de ses interlocuteurs.

Depuis que nous la connaissons (1921), la malade réagit d'une façon identique à chacune de nos visites.

Renseignements. — *Début de la maladie.* — Mère d'un fils bien portant, la malade ne présente pas d'hérédité pathologique tant paternelle que collatérale.

D'un caractère gai, enjoué, actif avant sa maladie, B... a manifesté brusquement, en août 1916, les troubles mentaux suivants, alors que rien ne pouvait en expliquer la genèse. Elle se croyait reine de France et invitait son entourage à partir à cheval à la frontière pour arrêter les criminels et brûler les boches. Étant conductrice de tramways, elle ne permettait pas l'accès de sa voiture aux personnes ses excentricités ; crises d'extrême violence pendant les deux ou trois jours qui précédèrent son internement.

Certificat de vingt-quatre heures. — État mental caractérisé par des propos incohérents, au milieu desquels reparaissent fréquemment quelques idées de puissance mystique, d'empoisonnement, etc. Le tout est exprimé avec l'animation de la manie. L'agitation motrice est assez accusée.

On doit s'arrêter à un diagnostic de manie qui comporte un pronostic favorable.

Certificat de quinzaine. — Est atteinte d'excitation maniaque caractérisée par la fuite des idées et l'agitation motrice. Le contenu des idées est souvent mégalomaniaque et absurde. Refus d'aliments habituel. Malgré ces symptômes un peu suspects, le pronostic demeure favorable.

Les idées de grandeur persistent, mais l'agitation maniaque occupe la première place jusqu'en 1918.

« J'ai un don spécial de Dieu qui me permet de faire marcher la voiture n° 53... J'ai téléphoné à Dieu par l'intermédiaire de la sainte qui me représente auprès de Lui... Je voulais combattre les boches parce que Dieu me l'avait ordonné... »

Août 1918 : Agitation motrice maniaque.

« On cherche une reine de France... M. B..., conductrice de la voiture n° 143.

« J'ai une inspiration... Je vais parler à votre frère (fait semblant d'écouter, mimique réjouie)... il vous dit que vous avez 100.000 fr. à toucher... »

A très bien reçu son mari et ses enfants. S'alimente régulièrement seule.

Dès lors, l'agitation va diminuant et l'incohérence des propos se fait chaque jour plus nette.

Août 1919 : Pas d'agitation motrice. Logorrhée incohérente.

« Monseigneur du diocèse de Rome..., notre Saint-Père le pape, va me couronner parce que je suis vierge..., il va porter la couronne avec le roi de Serbie de la part de M. Poincaré qui a 80 ans. »

1920 : Même état. Très incohérente. Criarde. Inactive. Reste couchée dans la cour du quartier.

1921 : Agitation motrice très modérée, verbigération.

1922 : Désordre constant des actes et de tenue. Alitéc. Incohérente. Grossière. Impulsive.

OBSERVATION XV

Démence précoce hétérophrénique.

N... (Suzanne), 36 ans, transférée de Villejuif (Seine).

Entrée à l'Asile de Château-Picon le 22 janvier 1922.

État actuel. — Généralement alitée; ne se lève que pour faire, à son gré, une courte promenade en chemise dans la cour du quartier. Nombreuses stéréotypies. Dès qu'elle met un pied à terre, N... croise les pans de sa chemise entre ses jambes, toujours de la même façon, et raide, guindée, murmurant avec monotonie quelques mots intelligibles, elle se dirige rapide, vers le réfectoire et le jardin où elle tourne en silence autour d'un arbre ou s'arrête un instant pour ramasser quelques cailloux ou saleté. Jamais elle ne s'approche d'une autre malade, jamais elle n'adresse un mot à qui que ce soit. Désintéressement complet de son état, de sa situation, de son avenir, ne réclame même pas sa nourriture. Malpropreté habituelle. Tics. Interrogatoire impossible.

Activité mentale très réduite. Le psychisme doit être profondément atteint s'il faut s'en tenir à la seule constatation possible de son habitus extérieur et à son interprétation. Si l'on s'approche d'elle et qu'on la découvre, elle tourne de notre côté un visage complètement éteint, sans vie, sans expression et nous dit régulièrement, en reprenant sa position habituelle :

« Écartez-vous, Monsieur, allez-vous-en..., vous vous saliriez..., vous n'avez pas le droit... »

Cet état persiste et semble définitif depuis le début de l'année 1923.

Renseignements. — *Début de la maladie.* — Néant.

La malade a été transférée de l'Asile de Villejuif (Seine) le 22 janvier 1922 avec le certificat de transfert suivant :

Manie aiguë. Désordre des actes et des idées. Déchire ses vêtements.

Signé : D^r LEVOFF, 17 janvier 1922.

Certificat de vingt-quatre heures (Asile de Château-Picon). — Est atteinte d'agitation maniaque.

Certificat de quinzaine. — Même état. Pas de changement depuis l'entrée.

N... est entrée directement dans notre service et nous avons eu tout loisir pour l'examiner. Elle se présentait à son arrivée comme une maniaque typique, d'agitation moyenne mais continue, sans déchéance aucune du fonds intellectuel. La malade s'intéressait à sa nouvelle situation, sa curiosité s'éveillait à chaque instant. Ses souvenirs paraissaient exacts ; elle se rappelait le nom de ses médecins de la Seine, et son plus vif désir était de revenir à Paris. Nous écrivions sur son observation la note suivante :

Février 1922 : Dès qu'on s'approche d'elle, la malade s'assied rapidement sur son lit et nous fait mille démonstrations amicales. Le visage est souriant, les yeux pétillants, les lèvres animées de mouvements continuels ; tous les muscles de la face participent à des grimaces les plus cocasses et les plus imprévues.

Une abondante touffe de cheveux coupés courts, aux mèches folles, souligne davantage le désordre de notre malade, et la chemise largement échancrée laisse voir la gorge avec complaisance.

A voix basse, le plus souvent, la malade nous met au courant de son existence, rapidement, avec volubilité. Brutalement, elle abandonne son idée pour discourir sur tout autre chose et inlassablement se mêlent des souvenirs anciens et des faits récents de sa vie à Château-Picon ; rien ne lui échappe, elle est au courant des moindres détails journaliers et souligne ses discours de gestes larges et prétentieux, de jeux de physionomie frappants. Tout son être est en perpétuel mouvement. Cette avalanche de phrases, dont l'incohérence n'est que superficielle, est débitée tantôt à voix basse, la malade semblant nous livrer un secret, tantôt sur un ton déclamatoire et bruyant. Les gestes sont adéquats, calmes et menus, câlins d'abord, puis presque violents même.

Dans le courant de l'année 1922, l'agitation va diminuant, la malade demande à se lever et se livre avec goût à de menus travaux dans le quartier.

Janvier 1923 : N..., plus calme, semble s'intéresser beaucoup moins

à la vie. Elle s'isole fréquemment et ne répond plus avec autant d'à-propos.

Abandonne toutes ses occupations et reste alitée sans demander des vêtements comme elle en avait l'habitude.

Distraite. Caractère fantasque, tantôt accueillante, tantôt hargneuse.

Juillet 1923 : Alitée continuellement. Déchéance intellectuelle profonde. Plus de désirs, plus de curiosité.

Passes ses journées enfouie sous les couvertures. Stéréotypies de gestes et de paroles. Facies inexpressif, bestial.

OBSERVATION XVI

Démence précoce hébéphréno-catatonique.

P... (Valentine), 30 ans, entrée le 6 mars 1917.

État actuel. — Malade actuellement alitée, sans chemise, au milieu d'un désordre complet; continuellement souillée, elle se complait dans une malpropreté repoussante. Agitation automatique alternant avec des périodes de calme, d'indifférence absolue, presque de stupeur catatonique. Physionomie dementielle, brutale, grimaçante. Marmotte, dès qu'on l'interroge, des phrases incompréhensibles, incohérentes, mais où dominent les mots grossiers. Stéréotypies du ton, des idées, des images réduites à quelques schémas orduriers et vaguement érotiques. Impulsions fréquentes : se lève brusquement et frappe sauvagement ses voisins. Les impulsions présentent toutefois un caractère particulier, elles semblent répondre à un ordre reçu par la malade, puisque celle-ci, avant de frapper, s'écrie : « On a dit à Valentine de faire ceci... »

La malade ne parle d'elle qu'à la troisième personne et dit, par exemple : « Valentine a défait son pansement..., elle n'a pas été sage, elle sera punie... », et P... se gifle avec vigueur.

Puérilisme. Inaffectivité absolue. Ne réclame jamais rien que son repas, qu'elle dévore avec une glotonnerie toute animale. Tics de succion, d'éruclations.

Désagrégation mentale complète.

Situation sans changement depuis trois ans.

Renseignements. — Début de la maladie. — Nous ne relevons au point de vue de l'hérédité morbide que la mort du père de la malade, survenue à l'âge de 67 ans à la suite d'une hémorragie cérébrale.

Enfant normale et bien développée, intelligente et travailleuse, P... devint une jeune fille triste, pensive, souffrant fréquemment de céphalées. Les troubles mentaux débutèrent progressivement, quelques mois avant son internement, par une misanthropie exagérée. P... réduisait de plus en plus le cercle de ses relations pour en arriver à vivre complètement seule et à refuser même toute nourriture pendant un certain temps... Elle entendait des voix ou parler le téléphone, s'était persuadée qu'un jeune homme l'avait demandée en mariage et avait été repoussé, alors que cette croyance était dénuée de tout fondement. C'est alors que surgirent quelques idées de persécution, de malveillance de la part de son entourage, qui s'ajoutèrent aux hallucinations élémentaires de l'ouïe, énoncées plus haut.

Entre à l'Asile le 6 mars 1917.

Certificat de vingt-quatre heures. — État mental caractérisé par le ralentissement de l'activité intellectuelle. Les réponses sont lentes, pénibles, les mouvements sont ralentis aussi. Ces phénomènes d'arrêt datent de quelques mois, ils s'accompagnent d'idées vagues de persécution et d'empoisonnement. L'état mélancolique ne se complique d'aucun symptôme de dissociation et le pronostic est favorable.

Certificat de quinzaine. — Est atteint de mélancolie avec quelques interprétations délirantes de persécution. L'attitude est mélancolique mais les interprétations sont parfois paranoïennes. Le pronostic demeure favorable.

20 mars 1917 : Vive anxiété. Refus d'alimentation.

17 mai 1917 : Mélancolique. Interprétations délirantes.

« Je ne sais pas ce qu'on mélange avec la soupe. J'ai peur d'être empoisonnée. On met du poison dans mes aliments. »

Même état jusqu'au mois de décembre 1917. A ce moment, on note : la tristesse est moins accusée, les interprétations paranoïennes plus fréquentes, sans systématisation nette du thème délirant. Périodes de mutisme invincible, négativisme...

22 mai 1918 : La malade se déshabille, se met toute nue devant son lit, grimaçant et parlant à tort et à travers.

Février 1919 : Gâteuse. Reste au lit toute la journée. Ne parle pas. Impulsions brusques parfois, se lève et frappe les infirmières. Comprend les ordres simples, tels que : ouvrez les yeux, tirez la langue, et obéit, mais ne répond pas par des paroles à nos questions.

Juillet 1920 : Toujours alitée. Gâteuse. Désordonnée. Quelques impulsions à la violence, déchire et frappe ses voisines.

Négativisme habituel, parfois cependant la malade se montre douceuse, sourit et fait la petite fille.

« Je raconte ma petite histoire. » (Puérilisme souriant, se cache les yeux).

« Je ne te parle pas, fous-moi la paix. Donne-moi un baiser. » (Intonation d'une débile de 5 à 6 ans).

La malade se met à pleurer. Pourquoi? « Je ne sais pas. » (Voix de polichinelle).

« Ah! Où est Paul..., il ne revient pas. » (Se frotte les mains après les avoir léchées).

Alimentation capricieuse. Fréquents accès d'agitation très violente suivis de périodes de stupeur.

OBSERVATION XVII

C... (Andrée-Georgette), 26 ans. Entrée à l'Asile le 27 septembre 1919. Décédée en avril 1923.

État mental. — Nous avons connu la malade pendant deux ans avant sa mort, elle réalisait le tableau complet de la démence précoce hémiphrénique.

Alitée depuis de nombreux mois, C... se présentait à l'examen dans un état d'agitation motrice presque continu. Violente et impulsive, véritable furie déchaînée, il fallait souvent la maintenir jour et nuit. Jeune fille bien élevée, ayant reçu une instruction excellente, elle se répandait cependant en grossièretés d'un choix et d'une crudité déconcertantes; dans ces périodes d'exaspération elle nous montrait un facies hideux, d'une sauvagerie toute primitive, la bouche

écumante, les yeux exorbités, les traits grimaçants, elle vomissait ses injures avec une force et une énergie qu'on trouve rarement chez une femme. A ce moment, il était complètement impossible de l'interroger, C... se laissait emporter dès notre arrivée par l'ouragan de ses récriminations. En plus de la stéréotypie de ses réactions, la malade, dans ses accès de fureur, donnait l'impression d'une déchéance profonde, elle ressemblait étrangement à l'ivrogne abruti, assommé par l'alcool et qui, à travers ses hoquets, les yeux vitreux, la pensée totalement obscurcie, couvre encore d'injures le cafetier qui lui ferme sa porte.

Elle recevait ses parents de la même façon; les larmes et les baisers de sa malheureuse mère la laissaient complètement indifférente, lorsqu'il ne lui arrivait pas de la mordre ou de lacérer ses vêtements.

Dans ses quelques instants de répit, la malade se révélait encore grossière, inattentive, inaffective, complètement détachée du réel. Nos questions passaient au-dessus d'elle sans la toucher. Sa physiologie plus détendue, restait cependant grimaçante et bestiale, déformée par de nombreux tics et quelques éclats de rire bruyants et fugaces.

Après avoir vécu pendant près de deux ans d'une vie toute végétative, la malade est morte de tuberculose pulmonaire sans jeter un regard sur sa famille, en préférant des injures malgré son extrême faiblesse.

Renseignements. — Début de la maladie. — Une grand'mère paternelle très nerveuse et coléreuse, une sœur morte tuberculeuse à 30 ans, tel est le bilan de l'hérédité pathologique.

Enfant laborieuse et intelligente, C... passe son brevet en 1909, à 16 ans. A cette époque elle était très nerveuse, coléreuse, de tempérament orgueilleux, présentant fréquemment sans motif des crises de fou rire. N'a jamais eu de crises nerveuses. Instable, se fatiguant vite, elle devient successivement, de 1909 à 1914, lingère, dactylographe, vendeuse dans un grand magasin. Dans ce dernier établissement, elle travailla régulièrement pendant cinq ans. En 1916, elle fait la connaissance d'un jeune homme qui l'abandonne au bout d'un certain temps. Dès lors, C... devint très triste. En 1919, le

13 juillet, elle ne se rend pas à son travail prétextant que « tout le monde lui en veut », que son chef de rayon « lui fait des misères ». On lui dit : « voilà l'extra-lucide ».

Après un repos de quelques jours, elle reprend son service en août 1919 pour rapidement l'abandonner et rentrer chez elle où elle présente un désordre complet des idées et des actes, avec des alternatives d'excitation et de dépression.

Certificat de vingt-quatre heures. — Présente un état mental caractérisé par la difficulté pour l'attention de se fixer, la tendance à la fuite des idées, aux erreurs d'interprétation par la persécution. Les réactions ont été bruyantes, l'agitation motrice est relativement modérée. La physionomie générale est assez nettement maniaque. Le seul diagnostic qui puisse se porter est celui de manie rémittente avec pronostic favorable.

Certificat de quinzaine. — Est atteinte d'état mixte maniaque dépressif. La malade ressent des impressions pénibles, manifeste des idées vagues de persécution, des frayeurs. En raison de l'intégrité du fonds mental, le pronostic demeure favorable.

1^{er} décembre 1919 : Excitation maniaque. Idées de persécution et interprétations délirantes.

« On m'a fait des méchancelés, je demande une confrontation avec tous les gens qui m'en veulent. »

La malade écrit spontanément à sa famille la lettre suivante :

« Je demande à voir toute ma famille. Ce sont de braves gens qui m'ont toujours aimée et affectionnée. J'ai eu quelquefois des discussions avec ma mère et je lui rends témoignage que c'est une bonne mère qui m'a toujours beaucoup aimée. »

25 décembre 1919 : La malade reste immobile, étendue sur son lit, les yeux fermés, un vague sourire sur les lèvres. Ce sourire s'accroît quand on lui parle, mais elle ne répond pas aux questions et conserve, en général, le mutisme le plus complet.

Conservation des attitudes pendant une minute environ.

Janvier 1920 : Période d'agitation et de mutisme.

Négativisme. Roidissement de tous les membres au moindre contact. Gâtisme. La malade reste toujours les yeux fermés ; écoulement de mucus nasal sur les lèvres.

Février 1920 : État de stupeur. Immobilité absolue sur le lit. La salive s'accumule dans la bouche et s'écoule au dehors. Mutisme. Gâtisme.

Mars 1920 : Excitée.

Juillet 1920 : Même état. Indifférence absolue à l'égard de sa famille.

Septembre 1920 : Très agitée. Logorrhée incohérente.

Février 1921 : Agitation continue. Impulsive, grossière, gâteuse. Incohérence des propos et des actes. Stéréotypies.

OBSERVATION XVIII

Due à l'obligeance de M. le Dr ANGLADE.

Démence précoce simple.

S... (Andrée), 19 ans. Célibataire.

Entrée à l'Asile le 4 août 1920 (2^e admission; la malade a été déjà traitée en 1920 pour un accès d'agitation maniaque franc suivi de guérison au bout de six mois).

État actuel. — Malade habituellement propre, mais désordonnée. Indifférente à toute suggestion ou à tout conseil, elle reste de longues journées absolument inactive, assise à l'écart, ou se livre parfois, très irrégulièrement, sans goût d'ailleurs, à un travail d'exécution facile sitôt abandonné qu'entrepris. Complètement détachée du réel, elle vit sans intérêt, sans désir, sans curiosité et reçoit sa famille avec une parfaite indifférence. Incapable de mener une conversation suivie, elle se fatigue rapidement; distraite et inattentive, elle répond avec détachement à tout ce qui devrait la toucher ou l'émouvoir.

Troubles profonds de la mémoire, des faits et des noms. Nombreuses stéréotypies de gestes, de mimique. Sourires fréquents, fugaces, sans motifs, alternant avec des explosions soudaines, véritables décharges de rire, rapidement réprimées. Grimaces. Tics. Négativisme. Suggestibilité. Troubles de la sensibilité.

Cet état mental, qui présente actuellement tous les caractères de la

chronicité, s'est installé insidieusement et dure depuis plus de deux ans.

Renseignements. — Début de la maladie. — La mère de la malade, débile, a été internée pendant cinq mois, en 1921, à l'Asile de Château-Picon avec le diagnostic de psychose complexe caractérisée par des idées de persécution, des interprétations délirantes. Inertie psychique et physique. Léger appoint mélancolique. Elle en est sortie très améliorée en mai 1921 et reste actuellement capable de mener une existence fort honorable.

Le père de la malade est mort jeune de phtisie.

De tempérament très nerveux, excitable, S... n'a jamais été malade avant son premier internement. L'accident aigu avait éclaté en 1918 sans prodromes dignes d'intérêt.

Après la guérison du premier accès maniaque que nous avons signalé plus haut, S... avait repris très normalement son métier de sténographe. La deuxième crise débuta brusquement alors que rien ne pût faire prévoir ou expliquer une rechute.

Entrée à l'Asile le 21 août 1920.

Certificat de vingt-quatre heures. — Est atteinte de manie. La mobilité de l'humeur est extrême. La malade est tantôt gaie, exaltée, chantant et criant, tantôt muette ou même gémissieuse. Les idées sont fantasques, désordonnées. Les réponses indiquent une tendance au négativisme presque toujours « à côté ». Le fonds intellectuel est cependant conservé et seulement perverti. La malade s'alimente mal et ne dort pas. Un accès analogue a déjà nécessité un internement.

Certificat de quinzaine. — Est atteinte d'excitation maniaque. Même état depuis l'entrée.

L'état de la malade reste sensiblement le même jusqu'à la fin de l'année 1920. Notons toutefois une tendance sinon à l'amélioration, du moins au calme.

5 novembre 1920 : Habituellement assez calme. Demande à travailler. Réclame sa famille.

Au cours du mois de décembre 1920, nous relevons dans son observation toute une page de caractères sténographiés; une tierce personne experte nous a appris que la forme en était très correcte et le sens parfaitement compréhensible.

1 Dès le début de 1921, le tableau clinique change complètement.

Février 1921 : Désordonnée. Capricieuse, mais calme. Indifférente à tout ce qui se passe autour d'elle.

Avril 1921 : Calme. Ne s'occupe plus. Indifférence plus marquée.

Juin 1921 : Parle toute seule. Se lève la nuit sans motif. Désobéissante et hargneuse. Dès lors, la dissociation mentale semble s'être installée définitivement.

CHAPITRE IV

Discussion des observations.

Dans le premier groupe (Obs. I à XIII), rien ne nous paraît permettre de dire qu'il puisse y avoir de types mieux caractérisés de manie et de mélancolie; le début de l'affection, l'évolution, le groupement des symptômes semblent imposer à la fois diagnostic et pronostic. Est-ce à dire que nous croyons à l'existence d'un schéma presque mathématique de ces psychoses? Non, sans doute, et il suffit pour s'en convaincre de relire les nombreuses descriptions qui leur sont consacrées par les divers traités ou manuels psychiatriques. Nous ne nous en étonnons pas d'ailleurs, nous rappelant que les meilleurs chapitres de médecine générale ne correspondent, eux aussi, qu'à des types moyens, par conséquent artificiels ou presque; c'est le propre de la clinique de considérer ensuite des malades plus que des maladies, or, ce sont surtout des considérations cliniques qui nous ont dirigé au cours de ce travail.

Dans le second groupe (Obs. XIII à XVIII), nous ne voulons pas cacher qu'il existe quelques symptômes, effacés d'ailleurs, tout à l'arrière-plan, sur lesquels les aliénistes paraissent encore divisés. Il est bien entendu qu'il ne s'agit nullement des signes d'alarme, des signes avant-coureurs de démence précoce : négativisme; suggestibilité; stéréotypies; catalepsie; attitudes originales et singulières; allures maniérées; paralogie; verbigération; néologisme; ces symptômes, tout au plus, pourrait-on les envisager comme des manifestations parasites, inhabituelles.

Quels sont donc ces troubles cliniques ?

Nous citerons particulièrement :

- 1° Les hallucinations ;
- 2° L'appoint confusionnel ;
- 3° Les interprétations fausses ;
- 4° Les idées délirantes ;
- 5° Les idées prévalentes ;
- 6° Les réponses « à côté ».

1° Les hallucinations, nous les trouvons dans l'observation XIII, hallucinations de l'ouïe à tous les degrés :

a) Hallucinations auditives communes, consistant dans la perception de bruits différenciés rapportés à des objets déterminés : « J'entends les cloches qui sonnent .. (alors qu'il n'en est rien). J'entends des hommes qui viennent le soir ici » ;

b) Hallucinations auditives verbales puisqu'il s'agit ici de mots représentant des idées.

« On me parle par ici » (montre le plancher) ;

c) Hallucinations psycho-motrices.

« ... On me fait faire ça » (saute sur son lit).

2° Cette même malade (Obs. XIII) présentait en outre un certain degré de confusion mentale caractérisée par la désorientation dans le temps et dans l'espace.

« Je ne sais pas la date...

» Je suis dans un bateau... Nous sommes à Évian-les-Bains.

3° Les idées délirantes, de persécution particulièrement, et les interprétations caractériseront les signes atypiques des observations XII, XIII, XVI, XVII.

Obs. XII : « J'ai compris qu'on se moquait de moi...

» On me martyrise... Je suis avec des gens qui me veulent du mal, je suis dans un guet-apens...

» Je suis abandonnée... entourée d'une bande d'apaches... »

Obs. XIII : « Les aliments qu'on me donne sentent la morphine... Il y a des gens qui viennent le soir pour me faire du mal. »

Obs. XVI : « Je ne sais pas ce qu'on mélange avec la soupe... J'ai peur d'être empoisonnée ; on met du poison dans mes aliments. »

Obs. XVII : « On m'a fait des méchancetés. Je demande une confrontation avec tous les gens qui m'en veulent. »

4° Les idées prévalentes simples à forme mégalomaniaque, nous les retrouvons dans l'observation XIV.

« J'ai un don spécial de Dieu qui me permet de faire marcher la voiture n° 53 (la malade était conductrice de tramways)... Ce don, je ne l'ai pas perdu puisque je vais prochainement jouer du piano et monter à cheval sans que je sache... J'ai téléphoné à Dieu par l'intermédiaire de la sainte qui me représente auprès de lui... Je voulais combattre les boches parce que Dieu me l'avait ordonné... »

5° Dans la dernière observation (*Obs. XVIII*), le certificat de vingt-quatre heures note : Les réponses indiquent une tendance au négativisme, presque toujours « à côté »..., mais ajoute : Le fonds intellectuel est conservé et seulement perverti.

— En quel mois sommes-nous? — Mon frère... Elle s'est coupé le doigt.

— Qui? — La mère... elle l'a gardé... Jacques.

— Que faites-vous ici? — C'est un vœu...

— Quel vœu? — Le testament de Guillaume... que c'est bête... Andrée.

Nous avons enfin placé l'observation XV dans ce chapitre, malgré l'allure typique de la psychose maniaque lorsque nous l'avons observée, car nous ne savons rien de cette malade internée auparavant à l'Asile de Villejuif, et nous n'avons pu obtenir de renseignements sur son état extérieur.

Nous nous rendons bien compte que nous nous sommes montré aussi scrupuleux que possible, plus peut-être qu'il ne conviendrait, car il serait très facile de relever tous ces signes dans les descriptions que donnent de leurs maniaques ou de leurs mélancoliques les aliénistes les plus rigoureux.

Cette courte revue critique nous conduit, semble-t-il, à un aveu un peu humiliant : l'erreur était inévitable.

Les meilleurs psychiatres, d'ailleurs, l'ont confessé déjà sans indignation et sans honte; nos propres documents en sont une nouvelle preuve, et notre chapitre historique en rapporte les

fréquentes et insurmontables difficultés. Même lorsque, instruit par l'évolution de nos malades, nous revenons sur l'étude plus précise de leur état maniaco-dépressif; lorsque prévenu, mis en garde, nous revoyons leurs observations comme un film se déroulant à rebours et au ralenti, nous n'apercevons pas comment on pouvait faire mieux. Il faut donc en prendre son parti, mais le peut-on sans regrets et devons-nous d'un cœur léger dénoncer une fois encore la faillite de la clinique psychiatrique? Il nous serait pénible que tel soit l'aboutissant de notre travail.

La médecine générale, croyons-nous, partage avec la psychiatrie le triste privilège des états symptomatiques, des syndromes, comme elle préfère les appeler, et les plus typiques, les plus classiques ne lui ménagent ni les surprises ni les erreurs. Le mal commun ne doit pas cependant, ne peut être une raison d'abandon et d'inertie. Toute la clinique n'est pas faite quand on a méthodiquement et scrupuleusement observé le malade. Il fallait cependant commencer par là, et désormais les documents sont profitables et abondants. Mais que de recherches, que d'études demandent encore l'état antérieur, le passé mental, le caractère, les influences du milieu et tant d'autres facteurs! N'a-t-on pas, jusqu'à présent, trop simplement opposé l'état d'invalidité mentale à l'état de santé mentale, comme si l'une était l'opposé de l'autre, sans bien voir la filiation, le passage de l'une à l'autre? Nous avons senti toute l'importance de cette lacune à chaque pas de notre étude, mais toutes nos lectures nous montrent quelle activité chez nous et ailleurs soulève et entretient ce besoin de documentation non pas nouvelle, mais plus précise. Nous pensons aussi qu'on ne peut pas condamner trop tôt, parce qu'elles n'ont pas tenu toutes leurs exigeantes promesses, les recherches biologiques et expérimentales des laboratoires de l'histologiste, du chimiste ou du psychologue.

La psychiatrie d'autrefois ne se posait point le problème des états symptomatiques; un jour, sans doute, on ne le posera plus, non pas comme au début, parce qu'on ne le soupçonnait pas, mais parce qu'il sera patiemment résolu.

CONCLUSIONS

I. On peut opposer, dans la majorité des cas, les accès symptomatiques de démence précoce à ceux qui sont symptomatiques de folie périodique.

II. Il existe, et c'est l'objet de notre travail, des cas assez nombreux (nous en rapportons 18) dans lesquels tous les signes, tous les coefficients sont symptomatiques de psychose périodique; l'évolution a démontré qu'ils aboutissaient à la démence précoce la plus typique, qu'ils en étaient le premier terme, impossible cependant à démasquer.

III. A quel moment de l'évolution cette erreur, inévitable au début, devient-elle facile à rectifier? Parfois assez rapidement, après quelques mois, parfois après quelques années. Dans quelques cas seulement des doutes peuvent s'éveiller, ce sont des oscillations, une série de retours et d'ébranlements discontinus avant la certitude.

IV. A quels signes reconnaît-on, peut-on prévoir la crise défavorable? A la désagrégation rapide de l'activité mentale, à la perversion, surtout à l'inertie affective, à une impulsivité anormale et soudaine, à tous ces autres signes que nous n'avons pas à reproduire et qui caractérisent la démence précoce hétérophrénique, hétérophréno-catatonique, paranoïde plus rarement. Dans les cas que nous avons observés, il n'y a pas eu de rémission capable de troubler encore diagnostic et pronostic, la déchéance a été continue et progressive.

VU : *Le Doyen,*
C. SIGALAS.

VU, BON A IMPRIMER :
Le Président,
J. ABADIE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Bordeaux, le 13 novembre 1923.
Le Recteur de l'Académie,
Pour le Recteur :
Le Doyen délégué,
C. SIGALAS.









