
SUR LA PFROPFSCHIZOPHRÉNIE

NELSON PIRES *

Quarante et trois (43) oligophrènes ont présenté des épisodes psychotiques. Quinze fois (15) l'épisode était indiscutable et évidemment classique: "la bouffée délirante" des débiles mentaux. À l'avaliation des vingt-huit (28) cas qui restaient, nous avons supposé la schizophrénie dix-huit fois (18). Tous les oligophrènes avec des poussées psychotiques ont été analysés. Nous avons examiné la question de la Ppropfschizophrénie (schizophrénie enxertée) très en détail.

Nous pouvons dire:

a) L'analyse psychopathologique des oligophrènes qui présentent des épisodes psychotiques révèle des incidences fréquentes, communes à la schizophrénie. En définitif nous ne pouvons pas très fréquemment nier la Schizophrénie. L'analyse seméiologique, si fine soit-elle, ne peut pas rejeter ni décélérer la présence de vraies idées délirantes (Wahnideen), de perceptions délirantes (Wahnwahrnehmungen), de la pensée incompréhensible (unverständliches Denken). Nous ne pouvons pas, presque jamais, obtenir de l'oligophrène délirant tout ce qu'il faut, seméiologiquement, pour affirmer la présence de la perception délirante et de la vraie idée délirante. Il y a, chez les oligophrènes délirants, graves défauts d'expression, nul "in-sight" (même après la remission de l'épisode, ce qui n'arrive pas d'habitude aux délirants d'autre espèce) et enfin, incapacité de pénétration au sujet de sa propre production psychopathologique à l'époque du délire.

Très frappante, même ennuyante, c'est l'éclosion de la pensée soi-disant magique, primitive, archaïque. Les délires de rélation et de signification (Beziehungs und Bedeutungswahn) sont très fréquents. Comme tous les auteurs nous avons vu aux épisodes délirantes des oligophrènes des stéréotypies, syndromes catatoniformes, négativisme, des hallucinations et pseudo-hallucinations surtout visuelles, apathie, stupeur, rire sans motif, hypochondrie, "sentiments de vide", soliloques, "states cataleptiques", joie sotté et vide, humeur de clown, etc.

Trabalho apresentado ao II Congresso Mundial de Psiquiatria (Zürich, 6 de setembro de 1957).

* Catedrático de Clínica Psiquiátrica na Fac. Med. da Univ. da Bahia.

La longue durée de l'épisode n'est pas rare (parfois 15 années comme nous avons vu); il se termine par la guérison ou la chronification, avec ou sans physionomie schizophréniforme. La seule évolution chronique ne décide pas rien sur la schizophrénie; ce seul donné ne nous permet rien affirmer ni nier.

b) L'étude du déclenchement de l'épisode ne montre pas toujours ni de claires dysthymies de base ni des moments psychogènes (très banales chez les oligophrènes).

c) L'étude de la personnalité pré-psychotique n'offre pas, non plus, de solides points d'appui, rien de typique à faveur ou contre la schizophrénie greffée. Dans la personnalité pré-psychotique du schizophrène il y a des types divers y compris des types normaux, malgré l'oligophrénie basique.

d) L'étude de l'évolution peut aider le diagnostic différentiel dès que l'on fixe la prémisse suivante: sera schizophrénique l'épisode qui, évoluant sans l'interférence de facteurs exogènes ou organiques, laisse, après quelque temps, en évidence une démence ou un grave défaut (Defekt). Ce n'est pas rare que l'épisode psychotique chez les oligophrènes soit chronique. Même après des nombreuses années il n'y a pas de défaut évident comme on voit d'habitude dans la schizophrénie. Le cours oscillant (avec des récurrences et interruptions multiples) est la grande règle. Ainsi la longue durée de l'épisode ne peut pas, à la rigueur, être invoqué comme argument en faveur de la schizophrénie, car ces épisodes n'apportent pas d'évidentes détériorations (Zerfahrenheit).

Si nous considérons comme schizophrénique le long épisode, seulement par le fait qu'il est de longue durée, alors la schizophrénie "greffée" n'est pas rare. Tel est, à notre avis, l'explication des 40 à 60%, à peu près, présentées par Medow (Handbuch der Geisteskrankheiten — O. Bumke, 6er. Teil, Springer Verlag, 1928, pag. 79).

S'il n'y a pas de défaut, seulement en regardant la physionomie symptomatologique, nous ne pourrions parler de schizophrénie parce que, même chez les simples "bouffées délirantes" la sémiologie ne fournit pas toujours la décision. Il ne nous semble toujours possible ce que veut Mayer Gross: le diagnostic à partir de la simple symptomatologie. Tel est, à notre avis, l'explication de la faible proportionalité dans la statistique de Neustadt: 220 oligophréniques délirants, pas de Ppropfschizophrénie (Handbuch der Geisteskrankheiten — O. Bumke, 5er. Teil, Springer Verlag, 1932, pag. 466).

e) L'étude de l'hérédité, chez 26 oligophrènes, montre faits bien dignes d'être mentionnés (tableau 1): dans 5 cas il y avait des parents schizophrènes et oligophrènes et seulement dans un cas il y a eu un malade avec psychose schizophréniforme qui, à la longue, s'est révélé comme pas schizophrène, mais comme simple porteur de bouffée délirante; dans 8 cas il y avait de la tare schizophrénique (un des malades est devenu schizophrène avéré, dementiel et un autre a présenté une bouffée délirante très peu

teintée de schizophrénie); dans deux cas seulement il y avait de la tare oligophrénique (un des malades a présenté une bouffée délirante très peu schizophréniforme); dans trois cas il y avait sûrement de la schizophrénie aux parents mais chez les parents l'oligophrénie était à peine possible, pas sûre (aucun de ces malades à eu de la psychose schizophréniforme); dans 5 cas la tare oligophrénique était douteuse (trois de ces malades ont eu des desordres mentales ou, en deux fois, la schizophrénie était vraisemblable mais il n'avait pas de défaut ou demence, malgré la durée; dans un autre cas il y avait bouffées délirantes banales); enfin, trois cas sans aucune tare (un des malades était suspect de schizophrénie et un autre était porteur de bouffées délirantes banales).

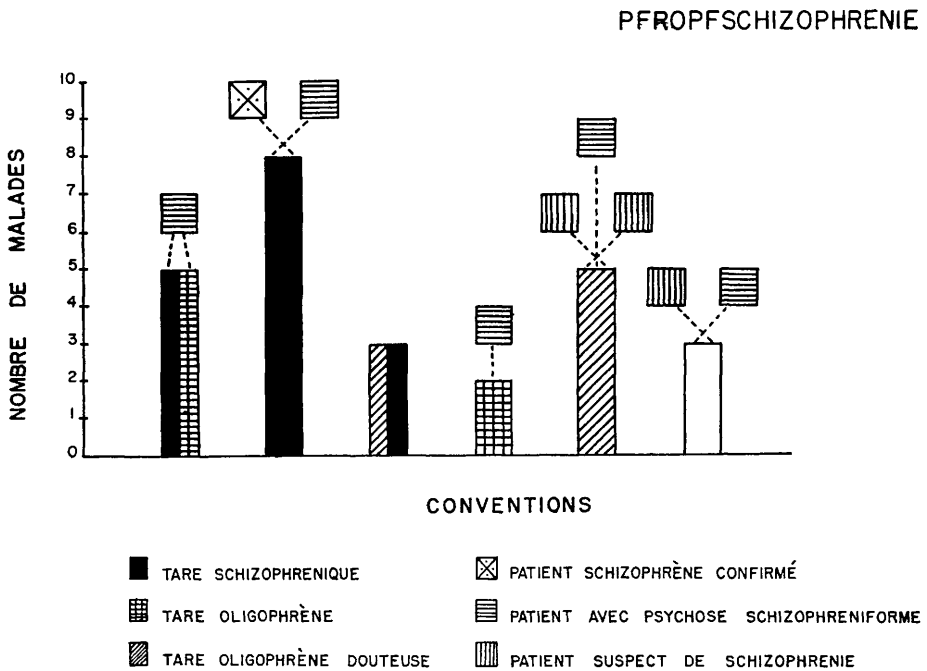


Tableau 1 — Hérité chez 26 oligophrènes.

Les tableaux cliniques exteriorisés ont été de trois sortes :

a) La physionomie schizophrénique n'était pas marquée (stéréotypies, pensée obscure, negativisme, autisme, etc.) et l'évolution nous a montré un progressif éclaircissement au sens de la bouffée délirante des debiles mentaux, avec de la guérison ou oscillation chronique, sans défaut et sans demence. Notons qu'à la physionomie il nous était, au point de vue de la delusion (Wahn), impossible d'exclure la psychose schizophrène (selon les idées de Kurt Schneider); il y avait d'autres symtomes communes à la

schizophrénie, mais à l'évolution on ne voyait ni défaut ni demence, mais quelquefois chronicité ou des oscillations sériees de remissions incomplètes et recidives.

b) La physionomie schizophrénique était très marquée (totale impenetrabilité psychologique) et l'évolution très longue. À la seule symptomatologie et durée (sans du défaut) il ne s'agissait sûrement de schizophrénie. Nous avons déjà dit qui à l'avaliation seméiologique il nous était impossible de nier ou d'affirmer l'existence de perceptions délirantes (Wahnwahrnehmungen); y étaient très fréquentes les Wahneinfälle, les occurrences délirantes, les cognitions délirantes, les Wahnbewusstheiten de Jaspers.

c) Au seul cas ou l'évolution à été dementielle, au sens du grave défaut, il y avait "psychose schizophréniforme" marquée (comme chez les autres) et aussi de l'heredité schizophrénique.

CONCLUSIONS

1. La symptomatologie schizophréniforme est fréquente chez les épisodes psychotiques des oligophrènes.

2. La difficulté d'expression, le très deficiant "in-sight" (Einsicht) et l'obscurité de la pensée de l'oligophrène rendent, beaucoup de fois, impossible l'affirmation ou la négation des phenomènes cliniques decisifs au point de vue du diagnostic differentiel. On ne peut pas dire s'il y à ou non des perceptions délirantes puis qu'on sait que la correcte avaliation de cette production psychopathologique se heurte à des difficultés parfois très delicates on insolubles.

3. La tare schizophrénique n'est pas indispensable pour que surgisse la physionomie schizophréniforme. Ou voit cette symptomatologie, et parfois très nette, chez des malades dont les parents ne presentent pas de la schizophrénie. On peut dire le même de la tare oligophrénique.

4. L'évolution est le seul moyen pour le diagnostic differentiel entre les psychoses schizophréniformes et la vraie schizophrénie. Le défaut ou la demence tranchent les difficultés puisque ni la symptomatologie ni même la chronicité ne peuvent pas assurer l'exactitude du diagnostic differentiel.

5. Nous avons vu l'évolution dementielle à coté de la symptomatologie schizophrénique seulement chez un malade qui avait de la schizophrénie à sa famille.