

La dépression mélancolique exige une surveillance active, à cause des idées et tentatives toujours possibles de suicide. L'alitement, un régime alimentaire fortifiant, une régularisation des selles sont des moyens très utiles en pareil cas. On a recommandé l'opium et aussi le bisulfate de quinine. Dans la stupeur la plus intense, le massage trouve son application. Il importe de surveiller le poids du corps par des pesées régulières, très fréquentes. On ne doit pas cesser le traitement adopté pour telle ou telle forme de la folie intermittente avant que le poids primitif du sujet n'ait été regagné et maintenu depuis un certain temps. L'abstention complète de l'alcool doit être la règle.

Dans les intervalles sains, les malades doivent se garder avec grand soin de toute excitation, de tout excès et de toute irrégularité dans le régime. Les enfants de familles dans lesquelles la folie intermittente est héréditaire ont besoin d'une éducation particulièrement attentive, sans surmenage; une grande prudence est surtout nécessaire au moment du choix d'une carrière.

Médecine légale. — Au début d'un accès d'excitation, certains intermittents font à la légère des achats, des contrats, des dons, des legs ruineux. D'autres se livrent au vagabondage, commettent toutes sortes de scandales, de délits contre les mœurs, se rendent assez souvent coupables de rébellion. En pareil cas, l'irresponsabilité est complète.

Dans les cas d'accès de courte durée, l'interdiction n'est pas nécessaire du moment que les malades sont placés dans un asile.

XVII. — PARANOIA OU DÉLIRES SYSTÉMATISÉS

[Pour faciliter au lecteur français la compréhension du terme « paranoïa », indiquons quelques syndromes de la psychiatrie française, ancienne et moderne, qui pourraient, à la rigueur, être désignés par ce terme, en y ajoutant, toutefois, un qualificatif suffisamment précis :

- 1° La plupart des *monomanies* d'Esquirol;
- 2° Le *délire de persécution*, type Lasègue;
- 3° Le *délire de persécution avec idées hypochondriaques*, type Morel;
- 4° Le *délire de persécution avec idées ambitieuses*, type Foville;

- 5° Le *délire des persécutés-persécuteurs*, type Falret;
- 6° Le *délire chronique à évolution systématique*, passant par quatre phases : inquiétude, persécution, ambition, démence, délire type Magnan;
- 7° *Délire systématisé unique sans tendances évolutives*;
- 8° *Délires primaires, multiples, polymorphes, sans évolution déterminée, durables*;
- 9° *Délires d'emblée et courts des héréditaires dégénérés*;
- 10° *Délire de persécution avec auto-accusation.*]

Sous le nom de *paranoïa* (de *παραινειν*, penser de travers) on a désigné et l'on désigne encore beaucoup d'états psychopathiques, à la base desquels se trouvent des idées délirantes plus ou moins systématisées. Mais, comme des idées de ce genre s'observent aussi dans la plupart des affections mentales et comme, au point de vue du diagnostic différentiel, elles n'ont pas plus d'importance pathognomonique que n'en a, par exemple, la fièvre dans beaucoup de maladies internes, — il s'ensuit que cette expression n'a qu'une valeur très relative pour désigner une affection mentale spéciale. Ce qui le prouve déjà, ce sont certaines statistiques d'autrefois, où l'on voulait trouver, parmi les malades de quelques asiles, de 70 à 80 p. 100 de paranoïques. L'expression de *paranoïa aiguë* est surtout impropre, puisqu'elle embrasse un grand groupe de cas n'ayant rien de commun entre eux et qui, chacun, évoluent plus tard dans une direction absolument différente. Les partisans de la *paranoïa aiguë* prouvent eux-mêmes combien les cas décrits sous ce nom sont peu homogènes, quand ils indiquent les causes de ces cas, notamment l'alcool, le plomb, la cocaïne, le surmenage, le changement d'habitation. Certes, l'alcool peut engendrer des troubles mentaux dans lesquels se manifestent des idées délirantes, mais ces accidents trouvent mieux leur place parmi les affections mentales d'origine alcoolique. Bien des formes morbides par lesquelles débute la démence précoce ont été souvent considérées comme des types purs de *paranoïa aiguë* et improprement désignées sous ce dernier nom. Les cas de folie intermittente accompagnés d'idées délirantes, dont nous avons parlé aux pages 330 et 335 de ce livre, ont même conduit à créer la variété dite *paranoïa chronique* qu'on trouve décrite dans certains traités de psychiatrie; or, cette variété comprend encore elle-même beaucoup de données contradictoires,

hétérogènes. Un grand groupe de formes morbides accompagnées d'idées délirantes conduisent à l'affaiblissement intellectuel caractéristique de la démence précoce. Ces formes se caractérisent dans leurs stades initiaux par des troubles de la volonté tout à fait pathognomoniques. Nous décrirons ce groupe au chapitre XVIII sous le nom de « démence paranoïque ».

Pour nous, le terme de *paranoïa* ne servira à désigner que ce groupe restreint de cas dans lesquels un système délirant permanent se développe progressivement et domine tous les actes du malade, alors que la faculté de raisonner et d'associer les idées, la mémoire et la psychomotilité sont intactes. L'affection se manifeste généralement à l'âge moyen de la vie, entre vingt-cinq et cinquante ans. Ses premiers symptômes remontent presque toujours à plusieurs années en arrière.

[En somme, qu'est-ce que la *paranoïa* ?

C'est un *délire systématisé* constitué par des idées erronées, bizarres, des associations d'idées singulières, accompagnées parfois d'illusions et d'hallucinations.

Chez les délirants systématisés, le désordre intellectuel a l'apparence d'un trouble partiel, mais, en réalité, une idée délirante ne peut se développer isolément sans irradier fatalement sur toutes les pensées, tous les sentiments et tous les actes du malade, de sorte que le délire systématisé est un véritable trouble mental général.

Les malades partent d'un principe faux dont ils suivent les déductions qui leur paraissent logiques et dont ils tirent des conséquences qui leur semblent légitimes.

Mais les péripéties de cette évolution plus ou moins logique sont extrêmement nombreuses, ce qui donne naturellement lieu en clinique à d'innombrables variétés.

Deux types de *paranoïa* sont établis par la clinique : type à *systématisation lente*, progressive et profonde, et type à *systématisation rapide* et superficielle.

Dans le premier, le sentiment de souffrance, quelle que soit sa nature : malaise physique, orgueil blessé, amour, est analysé par le malade ; il en recherche les causes avec soin, il met du temps avant de préciser la moindre conception délirante ; en logicien habitué à ne raisonner que sur des faits qui puissent lui sembler sérieux, il attend des preuves qui mettent souvent des années avant de se produire. Ces preuves, il croit les trouver tantôt dans

l'attitude des gens qui l'entourent, dans les regards des passants, dans les propos qu'il entend tenir dans la rue ou dans les maisons qu'il fréquente. N'oublions pas que le sentiment de souffrance est toujours présent et de plus en plus intense, constituant une véritable *émotion fixe* qui tenaille le malade et qui le force à expliquer le pourquoi de sa douleur. Le systématisateur à forme mélancolique aiguille cette explication vers lui-même et trouve dans son propre passé la cause première de sa douleur. Le systématisateur persécuté, au contraire, dirige son attention vers l'entourage ; sûr de lui-même, tranquille sur son passé, il ne peut voir l'origine du mal qu'en dehors de lui.

Alors, à force de penser à la même chose, à force d'analyser la même souffrance, l'un comme l'autre arrivent au même résultat : leur champ intellectuel se rétrécit et, tout logiciens qu'ils sont, leur raisonnement se rapetisse et ne s'exerce plus que sur un nombre restreint d'idées ayant un rapport étroit avec leur souffrance. C'est peu à peu, sous l'influence de cette sorte d'auto-suggestion, que les systématisateurs finissent par se convaincre de la justesse de leurs préoccupations. Si, à force d'exciter leur faisceau fronto-sphénoïdal, ils parviennent à réveiller le centre auditif et à le faire travailler d'une façon automatique dans le sens de leurs préoccupations, ils auront d'abord des illusions auditives, ensuite de véritables hallucinations. Alors, leur conviction n'est que plus vite entraînée et ils évoluent vers un délire stable, parfaitement organisé et qui, au point de vue de leur logique à eux, ne laisse plus rien à désirer : tout est net, tout s'explique. Reste seulement alors à compléter quelques détails : par exemple, pour le systématisateur persécuté, il s'agira de rechercher exactement qui complotte contre sa sécurité, les moyens dont dispose l'ennemi, le pourquoi de ses attaques.

Étant donné le cercle vicieux dans lequel se trouve enfermée l'intelligence de ces malades, on comprend qu'ils ont, pour résoudre toutes les questions de détail, ou le moyen des interprétations seules ou le moyen des interprétations combinées avec des troubles sensoriels.

Selon qu'ils se serviront de l'un ou de l'autre de ces moyens, ils arriveront plus ou moins rapidement à trouver la solution de toutes les questions.

Dans un cerveau habitué à une logique serrée et puissante, les interprétations ne permettent d'arriver à une

solution qu'avec une grande lenteur; les troubles sensoriels sont d'un secours plus prompt, car ils apportent avec eux un élément irrésistible : un témoignage qui, aux yeux des malades, est *objectif*. Bref, les malades parviennent à s'expliquer tout : la haine, l'amour, la douleur physique dont ils sont les héros ou les victimes, les uns par leur parenté politique, les autres par leur fortune, les autres encore par leur intelligence supérieure.

Au fond de l'âme de tout systématisateur persécuté, logique avec lui-même, il y a une dose plus ou moins grande d'orgueil. Les systématisateurs mélancoliques sont, au contraire, des individus humbles. La souffrance morale les anéantit, tandis que chez les persécutés elle exalte l'orgueil. De sorte que, instinctivement, par la nature originelle de leur caractère, les uns sont fatalement conduits à l'idée de grandeur, à une sorte de conception hypertrophique de leur personnalité, pendant que les autres, logiquement aussi, sont amenés à l'idée de culpabilité et du suicide.

Mais, pour que les uns et les autres en arrivent là, il faut que leur champ intellectuel se soit rétréci encore plus qu'à la phase de la confirmation de leur délire initial.

Or, le travail du cerveau est soumis aux mêmes lois physiologiques que celui de tous les autres organes de l'économie : n'exerçant que certains trajets d'association, les autres, restés inactifs, perdent peu à peu leur puissance fonctionnelle et finissent par devenir des éléments négligeables : le cerveau est fonctionnellement amoindri et, si cet amoindrissement devient définitif, l'atrophie s'en mêle à la longue et la démence s'installe. Voilà l'évolution du type du délire à systématisation parfaite, telle qu'elle est possible dans un cerveau doué d'une certaine puissance et habitué à un travail logique d'analyse et de synthèse.

Un type tout à fait opposé est celui du délire dont la systématisation est rapide, superficielle. Le point de départ est exactement le même : une émotion fixe ou une idée fixe. Mais le cerveau n'est nullement habitué à raisonner. Dans la vie ordinaire, nous connaissons tous des individus qui ne savent pas réfléchir, qui n'ont pas l'habitude d'analyser quoi que ce soit. Ils se signalent, naturellement, par un jugement superficiel, une généralisation rapide, un raisonnement par à peu près.

Dans le domaine pathologique, nous retrouvons des

déliants qui raisonnent de cette façon-là. Aussi, n'ont-ils même pas besoin d'hallucinations pour trouver la raison de leur préoccupation : en quelques jours, en quelques semaines ils ont organisé leur délire dans lequel règne, au point de vue de la construction logique, le désordre le plus grand ; tout ce qu'ils disent choque par trop le bon sens ; c'est par trop invraisemblable ; on ne voit aucun enchaînement dans les phénomènes ; sans rime ni raison, on voit, par exemple, des idées de persécution se combiner avec des idées de grandeur, des idées hypocondriaques ou autres. En un mot, c'est un délire *bâclé* et non solidement construit comme dans le type précédent. La rapidité avec laquelle il s'est formé explique pourquoi, dans un certain nombre de ces délires à systématisation très défectueuse, les hallucinations sont absentes.

Entre ces deux types extrêmes, la clinique nous montre l'existence de toutes les formes intermédiaires, absolument comme chez les individus sains la vie réalise tous les degrés depuis l'intelligence la plus puissante en déductions logiques jusqu'à l'esprit le plus superficiel.

Mais les deux types extrêmes du délire systématisé sont-ils d'une essence toute différente ? Peut-on affirmer que l'un suppose un cerveau absolument sain à l'origine, tandis que l'autre est le privilège des cerveaux prédisposés ?

Quand on étudie attentivement l'histoire des familles des malades à délire systématisé (quelle que soit d'ailleurs la puissance de la systématisation), on découvre très fréquemment, chez les ascendants ou les collatéraux, des preuves incontestables soit de maladies nerveuses ou mentales, soit des tares arthritique ou scrofuleuse.

Ainsi, en ce qui concerne les malades que j'ai eu l'occasion d'étudier, tous sont entachés de tares héréditaires. En examinant le passé personnel de ces malades, on est souvent frappé des singularités de leur intelligence, comme si, dès l'origine, ils avaient en germe l'état mental qui, ultérieurement, sous l'influence des circonstances de la vie, se transformera en une affection délirante systématisée. La disposition vers cette forme morbide me semble être originelle ; ce qui s'acquiert, c'est la faculté de systématiser plus ou moins bien les idées délirantes, pour ainsi dire innées, et qu'une cause occasionnelle quelconque : puberté, ménopause, maladie infectieuse ou intoxication, fera éclater à un moment donné. L'éducation, l'instruc-

tion exercent une grande influence sur la manière de sentir et de raisonner, mais elles changent difficilement les penchants, les tendances naturelles, originelles de l'esprit.

Je crois donc, comme Kraepelin, que, quelle que soit la perfection dans la manière de systématiser un délire, il s'agit dans tous les cas de cerveaux originellement tarés.]

Les malades se sentent mécontents, deviennent méfiants vis-à-vis de leur entourage, manifestent des appréhensions, parlent avec un air attristé de leur condition, critiquent beaucoup de choses qui ne les concernent pas directement. Bientôt, ils s'écartent de leurs relations antérieures; leur carrière ne les intéresse plus, ils attendent beaucoup de l'avenir, laissent entrevoir qu'ils accompliront encore des actes dont le monde sera étonné. Ordinairement, ce sont tout d'abord des *idées de persécution* qui se rapportent à des motifs imaginaires ou réels; ces idées sont entremêlées d'affirmations et d'observations de toutes sortes. Le malade rapporte à sa personne tous les événements les plus insignifiants. Lit-il dans les journaux des faits divers, immédiatement il se croit visé. Une conversation à voix basse entre individus qu'il ne connaît pas, un rassemblement dans la rue, tout cela concerne sa personne. Il examine, avant de les prendre, les aliments et les boissons qu'on lui sert, pour s'assurer qu'ils ne présentent rien de suspect. Puis, il ne se sent plus en sûreté chez lui et cherche à changer de domicile. D'un seul contradicteur, il en fait un grand nombre et s'imagine bientôt que des gens ont conspiré contre lui. On le calomnie pour contrarier ses plans d'avenir. L'humanité aurait de lui une tout autre opinion si l'on savait ce dont il est capable et quelles qualités précieuses il possède.

C'est ainsi que, généralement, le paranoïque présente toutes sortes d'*idées de grandeur*, accompagnées d'idées de persécution. L'amour-propre du malade est immense. Parfois, c'est le délire des grandeurs qui domine toute la forme morbide. Le sujet croit qu'il descend d'une famille illustre, mais que, étant enfant, il a été abandonné. Il s'efforce de trouver des preuves de sa noblesse, de son sang princier; il promet toutes sortes de faveurs, de grâces et de titres; il fouille dans tous les livres; il se sent flatté par des allusions à sa naissance qu'il croit y trouver; il a vu un carrosse seigneurial s'avancer près de lui; dans

le portrait d'un prince, il découvre une ressemblance avec ses propres traits; le prêtre dans son sermon a fait des allusions à lui. Un malade se prenait pour le fils de Bismarck. Dans une brasserie où un consommateur disait, en parlant de ce qu'il buvait: « En voilà un qui est pur », un autre malade s'appliquait cette remarque. Un matin en se levant, et se sentant reposé par le sommeil, ce même paranoïque déclara avec conviction « que la force d'un sang princier coulait dans ses veines ». En songe, il se voyait transporté dans le palais du roi. D'autres s'imaginent pouvoir faire des découvertes et trouver la quadrature du cercle, le ballon dirigeable ou le mouvement perpétuel.

Un malade, représenté par la figure 137, qui se croyait

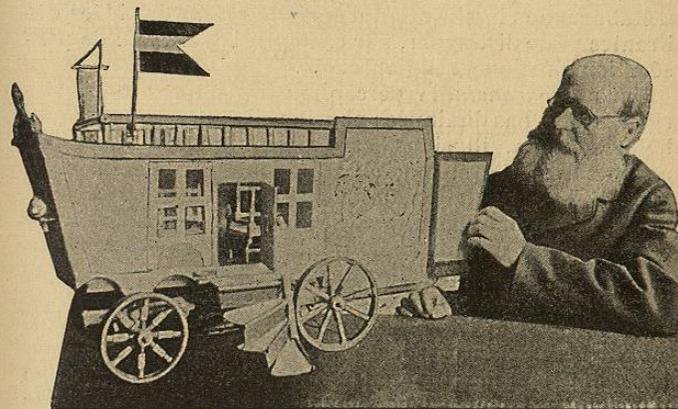


Fig. 137. — Paranoïa avec idées de grandeur. Le malade est entrain de construire le modèle d'une voiture automobile.

de souche noble, et qui pendant des années avait fait des recherches dans les archives pour y retrouver sa généalogie, avait construit dans ses heures de loisir une voiture de carton qui devait représenter le modèle d'une automobile. D'autres encore se croient être des novateurs en religion, des prophètes, des réformateurs, et il en est même qui réussissent à rassembler autour d'eux un groupe de disciples qui forment une véritable secte (Voy. p. 23).

Il en est qui se croient aimés d'une personne illustre,

d'une princesse, d'une artiste célèbre, et qui s'efforcent de se mettre en contact avec l'objet de leur admiration. Leur conviction est telle qu'ils ne se laissent nullement rebuter par l'accueil plutôt froid qu'ils reçoivent de la part de leurs victimes. Dans certains cas, c'est une *jalousie* sans motif qui est au premier plan du délire ; les malades soupçonnent, observent, épient, tourmentent leurs femmes innocentes en prétendant qu'elles fréquentent celui-ci ou celui-là, ou bien même la ville tout entière.

Un groupe de paranoïques dont la physionomie clinique a des traits particulièrement caractéristiques est celui de malades atteints du *délire processif*. Nous aurons plus loin à nous en occuper en détail. Quant à toutes les autres variétés cliniques, il serait oisif, croyons-nous, d'essayer d'établir une classification d'après la forme des idées délirantes et de distinguer, par exemple, la *paranoïa* de persécution, érotique, religieuse, etc.

Dans la *paranoïa*, la perception des impressions extérieures n'est pas diminuée ; pourtant il se produit quelques hallucinations, illusions et fausses interprétations en rapport avec le système délirant adopté par le malade. Le travail de l'association des idées se fait comme à l'état normal, la conscience n'est pas obscurcie. Mais toute l'attention du malade se concentre toujours sur ses conceptions imaginaires délirantes.

L'état *cœnesthétique* est en rapport avec les idées délirantes et principalement avec les idées qui concernent le *moi* du malade. Le sujet est excitable ; il a un amour-propre excessif ; il prend tout en mauvaise part ; il n'y a rien d'insignifiant pour sa personnalité ; l'irritation à la suite d'échecs a déjà conduit quelques-uns au suicide. Toute observation de sa propre personnalité, toute critique de lui-même lui est impossible ; il voit la paille dans l'œil du prochain et ne voit pas la poutre dans le sien. Il n'a aucune conscience de son état.

La mémoire reste satisfaisante jusqu'à l'âge le plus avancé. Cependant, les divers événements de la vie sont interprétés par le paranoïque dans le sens de son système délirant. Le malade repasse en revue les souvenirs de sa première jeunesse ; il cherche à les expliquer à sa manière. Les connaissances acquises sont bien conservées, mais presque toujours le paranoïque cesse de s'intéresser à tout ce qui n'est pas en rapport avec son délire. En revanche,

dans la sphère de son délire, il se montre d'une activité infatigable ; il s'oriente dans toute espèce de détails, étudie des gros volumes sur le sujet qui le préoccupe, apprend plusieurs langues étrangères, cherche à acquérir des connaissances en mécanique, en science héraldique, en jurisprudence, [en sigillographie].

D'un trouble pareil dans les rapports du malade avec le monde extérieur naissent inévitablement bien des conflits entre le sujet et son entourage. Certains paranoïques cachent, à la vérité, leurs idées délirantes pendant des années. Quelques-uns échappent même tout à fait à l'asile. Néanmoins, il est parfois indispensable de les interner, car ils commettent souvent des actes dangereux pour l'ordre public en proférant des menaces ou en exerçant des violences. Tout changement de milieu, et en particulier le placement à l'asile, les calme ordinairement. Ils se disent aussi, sans doute, que les médecins de l'asile les aideront à leur faire rendre justice. L'un d'eux, dès son entrée à l'asile, demanda s'il n'était pas arrivé un paquet à son adresse avec la décoration de l'Aigle Rouge, à titre de dédommagement pour le préjudice qu'on lui avait causé. Au début de leur séjour à l'asile, certains sujets dissimulent leurs idées délirantes, mais peu à peu ils se livrent et sont alors généralement très touchés de l'intérêt que les médecins semblent prendre à leurs préoccupations. Mais, aussitôt qu'on leur refuse la liberté qu'ils réclament, ils se fâchent et impliquent les médecins, ainsi que l'administration de l'asile, dans leur délire de persécution. Tout le monde, d'après eux, a été soudoyé pour les perdre ; tous sont mêlés à leurs conceptions morbides.

L'état physique du malade ne présente généralement aucune altération en rapport avec le trouble psychique. L'attitude du sujet, sa manière de se présenter sont correctes ; son visage n'offre aucun trait susceptible d'être considéré comme vraiment pathologique. La plupart du temps, sa physionomie est sérieuse, grave ; quelquefois, ainsi que le montrent les figures 138, 139, 140 et 141, elle exprime l'orgueil, la contrariété ou l'inquiétude. Mais ces expressions de physionomie sont généralement pareilles à celles que nous avons l'habitude d'observer chez des personnes normales. On ne constate chez les paranoïques ni grimaces, ni tics, ni fixité particulière du regard.

Il arrive que des idées de persécution, et particulière-

ment de jalousie, surviennent isolément et assez brusque-

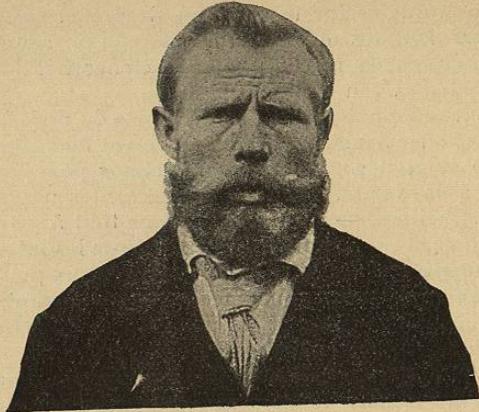


Fig. 138. — Paranoïa avec idées de persécution; expression hautaine et mécontente.

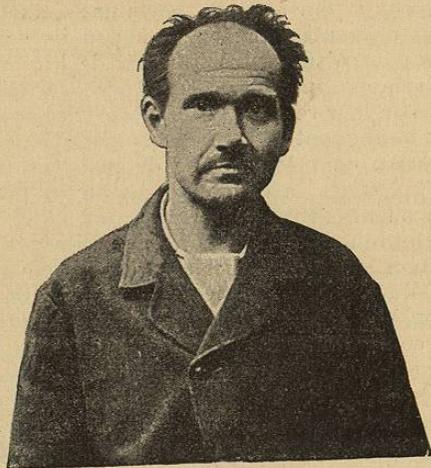


Fig. 139. — Paranoïa avec une physionomie exprimant l'inquiétude.
ment, à l'âge d'involution. Cette forme de paranoïa a été

décrite par Kraepelin sous le nom de *délire de persécution pré-sénile*.

Des discussions nombreuses ont été soulevées au sujet du *délire de la jalousie*. Quelques auteurs rangent cette dernière variété dans la catégorie du *délire des processifs* (Hitzig). On ne saurait rattacher à ce délire tous les cas dans lesquels un malade adresse sans cesse des plaintes.

Bien des sujets atteints de manie raisonnante, bien des hétérophréniques se répandent aussi en plaintes, et surtout les sujets à caractère pathologique, notamment ceux qu'on appelle des *chicaneurs*, des querelleurs ou des *pseudo-processifs*. Dans la *folie processive* proprement dite, il s'agit d'un délire qui évolue d'une façon systématique, chronique, et qui se rattache à un préjudice judiciaire, insignifiant, imaginaire ou réel. Ce délire est solidement établi; il a une



Fig. 140. — Paranoïa. — Expression hautaine et contrariée du visage.

tendance à prendre des proportions de plus en plus grandes tout en laissant intactes les facultés intellectuelles. Le malade, qui se croit lésé, s'adresse aux autorités, réclame la protection des tribunaux. Il expose ses prétentions, les développe et les exagère autant que possible au cours des débats. Un processif réclamait d'abord une rente annuelle de 200 marks de dommages-intérêts; puis 400, plus tard 800, et finalement la somme réclamée s'accrut au capital de 5 000 marks. En même temps, il s'entendait à merveille à farcir ses déclarations d'une terminologie juridique puisée dans les codes, qu'il étudiait assidûment à cet effet. Il défendait son affaire avec une éloquence si persuasive que beaucoup de ses concitoyens, convaincus de son bon droit, lui prétaient un concours actif.

Les contradictions, les réfutations sont tout aussi impuis-

santes à détourner le processif de la poursuite de son but, que les bonnes paroles et les tentatives de conciliation le sont à calmer son ardeur. Malgré l'énergie qu'il met à soutenir ce qu'il appelle son droit, on ne tarde pas à acquiescer la preuve qu'il est nettement dans son tort et qu'il est incapable de soutenir ses prétentions au moyen des motifs plausibles. L'état cœnesthétique est, le plus souvent, légèrement surexcité. La physionomie, comme celle du délirant

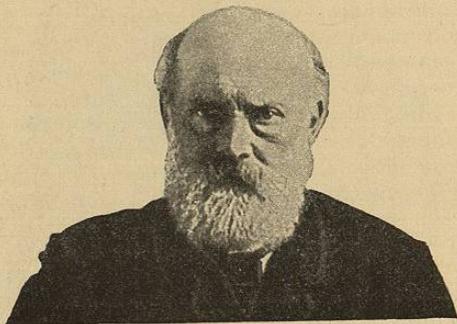


Fig. 141. — Délire processif systématisé. — Expression préoccupée et grave du visage.

processif représenté par la figure 141, est sérieuse, décidée, d'une expression un peu contrariée, mais ne présentant aucun caractère pathologique.

Étiologie. — La *paranoïa* est une affection endogène qui, dans la plupart des cas, repose sur une base héréditaire. La transmission similaire n'est pas très fréquente. La folie intermittente et la *paranoïa* sont extrêmement rares dans la même famille. Il est à noter qu'il y a beaucoup plus d'hommes que de femmes devenant paranoïques. Les malades racontent quelquefois que dès leur jeunesse ils avaient un caractère bizarre, difficile à diriger. Dans bon nombre de cas, on mentionne l'ivrognerie des parents.

Sander a établi une forme spéciale de cette psychose : la *paranoïa originnaire*, dans laquelle les traits principaux du trouble mental peuvent être suivis en remontant jusqu'à la première jeunesse. Neissé propos des cas accompa-

gnés d'abondantes erreurs du souvenir, décrit la *paranoïa de confabulation* [une sorte de délire systématisé ressemblant à un entretien familier].

Diagnostic. — Nous avons déjà mentionné les caractères qui délimitent la *démence paranoïque*, syndrome qui conduit progressivement à l'affaiblissement total de toutes les facultés intellectuelles et qui de bonne heure présente quelques-uns des signes de la *démence précoce*. D'ailleurs, les idées délirantes de la *démence paranoïque* sont extrêmement confuses et ne peuvent être ramenées à un système logiquement construit; de plus, dans cette psychose, les troubles sensoriels sont bien plus abondants que dans la vraie *paranoïa*. Quoique dans la *paralysie générale* on trouve aussi des idées délirantes qui persistent pendant des mois et même pendant des années, l'affaiblissement des facultés, et principalement le trouble de la mémoire, sans parler des symptômes somatiques, donnent des éléments suffisamment sûrs pour faire un diagnostic. Il est une forme paranoïque de la *démence sénile* qui débute à une époque très tardive de la vie et qui présente, au milieu des idées délirantes, l'affaiblissement intellectuel très marqué. Chez des sujets *alcooliques* ou *épileptiques* peuvent également se développer des idées délirantes stables (Voy. les chap. xv et xxvii); mais en pareils cas il est ordinairement facile d'établir le diagnostic différentiel. Les diverses phases de la *folie intermittente*, par exemple, la forme raisonnante, ne présenteront que bien rarement des difficultés au point de vue du diagnostic différentiel : la mobilité de la manière d'être au point de vue affectif et psychomoteur, l'impressionnabilité et la périodicité des accidents sont autant de signes décisifs permettant ce diagnostic. Assez souvent certains sujets à *caractère pathologique* ressemblent à des paranoïques; mais, chez les premiers, les assertions bizarres, les paradoxes, les idées de persécution ne sont nullement aussi inébranlables et ne se groupent pas d'une façon aussi systématisée que dans la *paranoïa*.

Pronostic. — La *paranoïa* est incurable, mais les malades peuvent atteindre un âge très avancé. L'activité intellectuelle diminue à l'approche de la vieillesse.

Traitement. — Une séquestration trop prolongée dans un asile et surtout de fréquentes tentatives de réfutation ont souvent un effet irritant sur les paranoïques.

Il est utile de les faire changer de milieu, et surtout de les occuper manuellement.

Médecine légale. — On peut accorder aux paranoïques le bénéfice d'une responsabilité plus ou moins atténuée, même quand il n'y a pas de rapport évident entre le délit et le système délirant. L'interdiction des paranoïques peut être prononcée, surtout en cas d'affaiblissement des facultés intellectuelles.

XVIII. — DÉMENCES JUVÉNILES. — DÉMENCE PRÉCOCE

De tout temps on a éprouvé des difficultés dans l'appréciation nosologique d'un groupe de troubles psychiques qui se produisent principalement à l'âge juvénile, qui ont souvent une évolution aiguë, qui revêtent des formes cliniques de nature diverse et qui se terminent généralement par un affaiblissement plus ou moins profond des facultés intellectuelles. Selon que prédominent en pareil cas les troubles sensoriels, ou les idées délirantes, ou la dépression mélancolique, ou l'immobilité et la stupeur, on portait le diagnostic de *folie hallucinatoire*, de *paranoïa aiguë*, de *mélancolie*, de *stupeur*, ou quelquefois, en associant ces deux derniers symptômes, on décrivait la *mélancolie avec stupeur*. Quelques-uns de ces cas ont été pris pour de la *confusion mentale* ou l'*amentia*. D'autres, dans lesquels l'agitation était le phénomène prédominant, ont été considérés comme étant de la *manie*, tandis qu'on interprétait la démence terminale comme un stade secondaire d'affaiblissement. On ne pouvait guère facilement porter un pronostic au sujet de la production de cette démence dite *secondaire*, parce qu'on classait souvent sous la même rubrique et dans le même groupe d'autres formes initiales qui, extérieurement, paraissaient semblables et qui avaient pourtant une issue favorable; comme, par exemple, la mélancolie d'involution, la phase de stupeur de la folie intermittente, la psychose d'épuisement nommée «*amentia*». Dans les grands asiles d'aliénés il se trouve, la plupart du temps, parmi les malades chroniques, un nombre considérable de déments à titre secondaire qui, antérieurement, ont passé par une ou plusieurs des formes cliniques que nous venons d'énumérer. Kahlbaum a entrepris la tâche

de présenter l'ensemble de ces formes cliniques isolées comme faisant partie d'un processus d'une seule et même affection, de manière qu'on pût déterminer *d'avance* comment évoluera ultérieurement telle ou telle espèce d'excitation ou de dépression.

Il a décrit en 1875 la *catatonie* qui, d'après sa conception, est «*une affection cérébrale, à évolution cyclique alternante, dont les symptômes psychiques sont empruntés tour à tour à la mélancolie, à la manie, à la stupeur, à la confusion et finalement à la démence. Seulement, parmi toutes ces formes psychiques, une ou plusieurs peuvent manquer. Dans cette affection, outre les symptômes psychiques, peuvent survenir encore, au nombre des signes essentiels, des phénomènes d'ordre moteur ayant le caractère général de convulsions*».

Kahlbaum croyait à la curabilité de ce processus pathologique. L'idée de la catatonie a été développée avec des variantes nombreuses par Hecker, Brosius, Neisser, Kraepelin, Bleuler, Mucha, Trœmner, Ilberg, Tschisch et d'autres. De nombreux aliénistes, avec Schüle en tête, considèrent les symptômes catatoniques comme des phénomènes qui apparaissent d'une façon épisodique dans beaucoup de psychoses les plus différentes. Un autre processus qui conduit également à la démence a été décrit en 1871 par Hecker, sous le nom d'*hébéphrénie*. Scholz, Daraskiewicz, entre autres, l'ont examiné plus en détails. Récemment, Kraepelin et Aschaffenburg ont réuni l'hébéphrénie et la catatonie, qu'ils considèrent comme des variétés appartenant à la *démence précoce*. Kraepelin sépare de la *paranoïa*, pour les rattacher également à la démence précoce, les cas de délire systématisé aboutissant rapidement à la même démence terminale.

Le terme de *démence précoce* ou de *démence juvénile* est destiné, par conséquent, à désigner d'une façon provisoire l'ensemble des processus morbides qui, sous des formes cliniques différentes, aboutissent à une démence spéciale. Or, par une analyse approfondie, on arrive à découvrir les traits fondamentaux de cette démence, même pendant les stades initiaux, et cela au milieu de troubles mentaux qui, au premier abord, semblent fortement différer les uns des autres. D'après l'aspect clinique de l'affection à sa première période, il est possible de grouper les divers cas en quatre variétés, *démence simple*, *hébéphrénie*, *catatonie*