

sont affectés présentaient antérieurement soit la débilité intellectuelle, soit les signes de la déséquilibration mentale qui font toujours défaut dans la forme typique de folie intermittente.

Lorsque les symptômes de la folie périodique sont peu accusés, ils peuvent ne pas attirer suffisamment l'attention : une excitation légère, une dépression peu marquée, passent parfois pour de simples bizarreries transitoires de caractère et d'humeur. On néglige de consulter le médecin pour des troubles d'apparence anodine qui ne nécessitent pas le placement dans un asile. On ne reconnaît la nature morbide des troubles que le jour où, la maladie ayant évolué, ils sont devenus plus intenses et se sont mieux caractérisés. Ceci explique que beaucoup d'intermittents continuent à vivre dans leur famille, et qu'il soit souvent difficile, lorsqu'on est appelé à les examiner, de reconstituer l'histoire entière de leur maladie et des accès qu'ils ont présentés.

Certains de ces accès peuvent être tenus pour des accès d'excitation maniaque pure ou de simple dépression mélancolique alors qu'on a déjà eu affaire à des accès à double forme. C'est qu'on n'a tenu pour pathologique que celle des phases de la crise qui a été la plus marquée et l'on a pris pour une période d'état lucide une phase d'excitation légère ou de dépression peu accusée.

En dehors de ces erreurs par omission qu'on ne peut éviter qu'en se renseignant minutieusement sur le passé des malades, sur leur caractère habituel et sur ses modifications éventuelles, il en est une autre dont les conséquences seraient plus graves. Nous avons vu que la période d'excitation de la folie intermittente rappelle de très près la phase expansive de la paralysie générale. La confusion est d'autant plus facile que chez certains intermittents il y a comme chez les paralytiques généraux un léger embarras de la parole et des troubles cérébraux de nature congestive. On sait de plus que le délire de l'encéphalite diffuse revêt parfois la forme circulaire et est constitué par des phases alternantes d'excitation et de dépression. Aussi est-on souvent obligé de suspendre son jugement et d'attendre, pour porter un diagnostic précis, d'avoir pu apprécier la marche des accidents. Toutefois, dans la paralysie générale, il y a, dès le début, des signes d'affaiblissement mental qui n'existent pas dans la folie intermittente. J. Falret et Régis font remarquer en outre qu'entre l'excitation des paralytiques et celle des circulaires il y a un caractère distinctif important : les premiers sont souvent bienveillants, généreux, disposés à faire partager à tous leur bonheur, tandis que les circulaires sont essentiellement malveillants et prennent un malin plaisir à vexer ceux qui les entourent et à leur nuire.

Le diagnostic de folie périodique une fois établi, il n'est pas toujours facile de préciser la forme de l'accès actuel (manie ou mélancolie, accès mixte, accès à double forme). L'erreur la plus commune consiste à prendre pour un accès de manie ou de mélancolie intermittente un accès de folie à double forme. La mélancolie et la manie intermittente sont vraisemblablement beaucoup moins fréquentes qu'on n'est porté à le penser, et les accès à double forme beaucoup plus fréquents au contraire qu'un examen superficiel des divers cas ne permettrait de le croire. C'est qu'en effet, chez les malades atteints de psychose périodique, l'entourage, quelquefois même le médecin, n'ont l'attention attirée que par la phase la plus saillante de l'accès : on prend quelquefois pour un retour à l'état normal ce qui est, en fait, un état d'excitation légère ou de dépression mélancolique très atténuée. Il importe donc, pour chaque cas particulier, de se

enseigner avec soin sur le mode de début de l'accès et de suivre les malades attentivement jusqu'à leur retour complet à l'état normal⁽¹⁾.

Pronostic. — Les développements dans lesquels nous sommes entré relativement à l'évolution de la folie intermittente suffisent à en indiquer le pronostic. Il s'agit là d'une véspanie comparable aux diathèses, et la récurrence des accès est pour ainsi dire fatale à échéance plus ou moins éloignée. Mais si le pronostic de la folie intermittente est grave, il n'en est pas de même de celui des accès : courts ou longs ils sont essentiellement transitoires et curables jusqu'au jour où l'affection revêt soit la forme de folie circulaire, soit celle de manie ou de mélancolie chronique.

Traitement. — La folie intermittente est parmi les maladies mentales l'une des plus rebelles aux efforts de la thérapeutique. On a cherché d'une part à empêcher ou à retarder l'apparition des accès, d'autre part à atténuer l'intensité et la durée de ceux-ci lorsqu'ils sont déclarés.

En ce qui concerne la seconde indication, nous renvoyons à ce que nous avons dit précédemment du traitement de la mélancolie et de la manie simple. Les moyens usités pour traiter ces états ne sont pas différents, quand on a affaire à de simples épisodes des folies périodiques, de ce qu'ils sont lorsque la manie et la mélancolie se présentent avec l'apparence d'affections autonomes.

Quant à la première indication, on a préconisé tour à tour l'usage du sulfate de quinine, de la morphine, de la digitale, des bromures alcalins. Aucun de ces agents ne paraît avoir une efficacité suffisante pour empêcher les accès de reparaitre à leur heure. Toutefois dans les folies intermittentes à accès courts et rapprochés l'emploi du sulfate de quinine à la dose de 50 centigrammes à 2 grammes pendant les intervalles lucides paraît avoir eu pour résultat dans quelques cas de retarder le retour des accidents et d'en atténuer l'intensité. Mais les faits ne sont pas assez significatifs pour qu'on soit certain de n'avoir pas eu affaire à de simples coïncidences.

Autrefois on a recommandé les saignées périodiques, et Baillarger aurait par ce moyen transformé en mélancolie intermittente une folie à double forme dont il aurait réussi à supprimer l'accès maniaque. Les inconvénients du procédé ne paraissent pas suffisamment compensés par ses avantages. Signalons encore les injections sous-cutanées de strychnine, qui, administrées par Burkhart au moment où chez ses malades la modification du tracé sphygmographique annonçait le retour probable des accès, ont donné dans deux cas de bons résultats.

La séquestration des aliénés intermittents s'impose lorsque les accès d'excitation ou de dépression acquièrent une certaine violence. Il arrive souvent, dans le cas contraire, que les malades restent dans leur famille, surtout pendant les périodes dépressives. Il n'est pas démontré que cette pratique ait de sérieux inconvénients, car l'isolement ne paraît pas avoir, tant s'en faut, les mêmes effets curateurs dans les psychoses périodiques que dans certaines autres véspanies, notamment les véspanies dégénératives. Dans ces cas, l'avantage de la séquestration est moins d'atténuer la durée et l'intensité des accès que de sou-

(1) GILBERT BALLET. La mélancolie intermittente. *Presse méd.*, 1902, n° 59.

mettre les malades à une surveillance et à une hygiène plus rigoureuses. Les intermittents déprimés, lorsqu'ils sont conservés chez eux, négligent les soins de propreté les plus élémentaires et souvent s'alimentent mal; les parents n'ont pas en général assez d'autorité pour les contraindre à se nettoyer et à se nourrir. A ce point de vue, la discipline à la fois ferme et douce des maisons de santé a une réelle utilité. Il ne faut pas oublier non plus la possibilité dans les phases mélancoliques d'idées de suicide contre lesquelles les malades sont le plus souvent insuffisamment protégés dans leur famille.

Nature. — La folie intermittente telle que nous venons de la décrire constitue-t-elle une espèce morbide parfaitement distincte des autres formes de psychoses? Pour répondre à cette question, il est nécessaire de rappeler brièvement les diverses étapes qu'a traversées l'histoire de cette affection avant d'en arriver au point où nous la trouvons aujourd'hui. En réalité, le début de cette histoire remonte à la découverte de la folie à double forme. Depuis longtemps les aliénistes (Pinel, Esquirol, Dubuisson, Guislain, Griesinger) avaient noté que chez certains malades des accès de manie peuvent alterner chez un même sujet avec des accès de mélancolie, ou peuvent se transformer les uns dans les autres. Mais à cette époque la manie et la mélancolie étaient envisagées comme des espèces morbides toujours autonomes et l'on entrevoyait à peine qu'en dehors de la manie et de la mélancolie simple il pût y avoir des accès mélancoliques ou maniaques qui fussent l'expression symptomatique d'espèces morbides plus complexes. En 1851, J.-P. Falret⁽¹⁾, et plus tard, en 1854, ce même auteur, d'une part, et Baillarger⁽²⁾, de l'autre, appelèrent presque simultanément l'attention sur une espèce clinique caractérisée par « une période d'excitation alternant avec une période d'affaissement ». L'un (Baillarger) montra que la folie à double forme (c'est l'expression dont il se servait) se présentait tantôt sous forme d'accès isolés, tantôt sous celle d'accès se succédant sans interruption; l'autre (J.-P. Falret) insista surtout sur la seconde variété qu'il dénomma folie circulaire, mais tous les deux furent d'accord pour proclamer que la folie à double forme et la folie circulaire sont autre chose qu'une succession d'accès de manie et de mélancolie vulgaire, mais bien, comme le disait Baillarger, « un genre spécial de folie ».

Bien que les descriptions de Baillarger et de Falret soient cliniquement très exactes, ces auteurs ont eu le tort de chercher la caractéristique de la nouvelle espèce morbide qu'ils venaient de décrire exclusivement dans la succession des deux phases qui constituent l'accès à double forme.

Morel, en se refusant à admettre la folie circulaire à titre de genre spécial, ce qui était un tort, a fait remarquer avec raison que l'alternance entre l'excitation et la dépression est un phénomène fréquent en pathologie mentale. Il n'est pas douteux qu'en attribuant à ce phénomène une importance nosologique trop grande on a confondu des choses qui méritent d'être distinguées. Dans la paralysie générale, par exemple, on voit assez souvent l'excitation maniaque alterner avec le délire mélancolique: on est parti de là pour décrire une folie circulaire au cours de l'encéphalite diffuse. Il n'est pas besoin de dire qu'entre celle-ci et celle décrite par Baillarger et Falret il n'y a d'autre analogie qu'une grossière ressemblance symptomatique. De plus ces mêmes alternances d'exci-

⁽¹⁾ J.-P. FALRET. *Gaz. des hôp.*, janvier 1851; *Leçons cliniques de médecine mentale*, 1^{re} partie, Paris, 1854, p. 249; *Bull. de l'Acad. de méd.*, 14 février 1854.

⁽²⁾ BAILLARGER. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 31 janvier 1854.

tation et de dépression peuvent se rencontrer chez des individus manifestement affectés de tares dégénératives, sans cependant que dans ces cas la marche et l'évolution de l'affection soit celle qu'on observe dans la folie circulaire typique. Or certains cas de cet ordre ont été fâcheusement confondus avec cette dernière affection. Magnostan, en montrant que la caractéristique des folies intermittentes réside moins dans la succession des deux phases mélancolique et maniaque constitutives de la plupart des accès que dans l'évolution générale de la maladie, a rapproché heureusement dans la même description les folies circulaires, à double forme, intermittentes et alternes, qui semblent bien constituer des modalités diverses d'une seule et même espèce morbide.

Dans ces derniers temps, Kräpelin⁽¹⁾ a singulièrement étendu le domaine de la folie périodique en y comprenant tous les cas décrits communément sous le nom de manie simple et tous les états mélancoliques qui ne sont pas des mélancolies d'involution. Cette manière de voir s'appuie sur l'analogie qui existe entre les symptômes de la manie et de la dépression mélancolique simples, d'une part, et les états correspondants de la folie périodique d'autre part; sur le caractère presque constamment récidivant de la manie et de la dépression mélancolique simples, sur le nombre infini d'intermédiaires qui conduisent de la folie circulaire la plus classique et la mieux rythmée aux cas où quelques accès isolés de dépression ou d'excitation se succèdent chez un même sujet. Pour Kräpelin, les accès maniaques, dépressifs, mixtes, à double forme ne sont que des manifestations épisodiques d'un même état morbide fondamental. Ils s'équivalent entre eux comme s'équivalent les différentes manifestations de l'épilepsie: crises convulsives, délires, vertiges, mouvements automatiques, etc.⁽²⁾

Cette théorie unitaire peut sembler séduisante au premier abord. Cependant elle nous paraît trop absolue et partant inadmissible. Aussi avons-nous conservé la distinction classique entre la manie, la mélancolie simple et la folie périodique. Cette distinction nous paraît justifiée: 1^o par la symptomatologie; nous avons en effet montré, à propos du diagnostic, qu'il était possible dans la plupart des cas de diagnostiquer un premier accès maniaque de folie périodique d'un accès de manie pure; 2^o par le caractère en quelque sorte fatal de l'accès de folie périodique, caractère qui ne se retrouve pas dans la manie ni dans la dépression mélancolique simples, chaque accès étant toujours, dans ces affections, conditionné par une cause extérieure (chagrin, surmenage, maladie infectieuse, affection du foie, diabète, etc.); 3^o sur les notions étiologiques: la folie périodique est par excellence une affection héréditaire; l'hérédité similaire notamment y est beaucoup plus fréquente que dans la manie et la mélancolie simples.

BIBLIOGRAPHIE. — A. FOVILLE. Art. FOLIE A DOUBLE FORME. *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, 1872. — L. KIRN. *Die periodischen Psychosen; Eine klinische Abhandlung*; broch. in-8°. Stuttgart, 1876. — J. FALRET. La folie circulaire ou folie à formes alternes. *Arch. gén. de méd.*, Paris, décembre 1878 et janvier 1879. — RITTI. Art. FOLIE A DOUBLE FORME. *Dict. encyclop. des sciences méd.*, Paris, 1879, et *Traité clin. de la folie à double forme*. Paris, 1885. — A.-E. MORDRET. *De la folie à double forme*. Paris, J.-B. Baillière, 1885. — V. MAGNAN. *De la folie intermittente*; Communication faite au Congrès international de médecine de Berlin de 1890. *Recherches sur les centres nerveux*. Paris,

⁽¹⁾ *Psychiatrie*, 7^e édit., 1904.

⁽²⁾ GUCCHI. Manie, mélancolie, psychose maniaque-dépressive, *Riv. di pat. nerv. e ment.*, juillet 1899. — GULDI. La folie maniaco-dépressive de Kräpelin. *Il manic. mod.*, 1900, n° 1. — AFRANKO-PEIXOTO. Folie maniaque-dépressive. *Ann. méd. psych.*, mars-avril 1905.

Masson, 1895. — DUMAS. Les états intellectuels dans la mélancolie. *Bibliot. de philosophie contemporaine*, 1895, et *La tristesse et la joie*, Paris, 1900. — OTTO HINRICHSSEN. Statistischer Beitrag zur Frage nach der Häufigkeit der einfachen acuten Manie im Verhältniss zu den periodischen Formen derselben. *Allg. Zeitsch. f. Psychiat.*, 1898. — DUBOIS. Ueber intermittirende psychopathische Zustände. *Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte*, 1901. — WEIGANDT. Ueber das manisch depressive Irresein. *Berl. klin. Wochens.*, 1901. — THOMSEN. *Aperçus et démonstrations sur la folie maniaque dépressive*. Congrès de Bruxelles, 1905.

II. DÉLIRE DE LA PERSÉCUTION A ÉVOLUTION SYSTÉMATIQUE

Synonymie : Délire chronique (MAGNAN); Délire chronique à évolution systématique (MAGNAN et SÉRIEUX); Psychose systématique progressive (GARNIER); Délire chronique régulier (CAMUSET); Délire systématisé progressif (CULLERRE).

Historique et définition. — Pinel et Esquirol avaient englobé parmi les mélancoliques et les lypémaniaques tous les malades dont le délire a pour caractère principal la tristesse. Or ces malades se divisent en deux groupes très différents l'un de l'autre : ceux du premier groupe, les vrais mélancoliques, s'accusent eux-mêmes, nous l'avons vu; ils se considèrent comme de grands coupables qu'attendent des châtimens mérités; ceux du second sont tout autres : au lieu de s'accuser eux-mêmes ils accusent les autres; au lieu de se tenir pour coupables ils croient être des victimes; ce ne sont plus des lypémaniaques, ce sont des *persécutés*.

C'est à Guislain⁽¹⁾ et surtout à Lasègue⁽²⁾ que revient le mérite d'avoir bien mis en relief cette importante distinction. Lasègue a fait plus : il n'a pas seulement fait ressortir les différences fondamentales qui séparent les idées mélancoliques des idées de persécution, il a décrit avec une exactitude parfaite le délire de persécution organisé en système et bien différent des idées de persécution qui peuvent se montrer à titre épisodique au cours de l'alcoolisme subaigu, de la manie, de la démence sénile, de l'épilepsie, de la paralysie générale.

Mais cet auteur, comme il le dit lui-même, n'a étudié le délire de persécution qu'à sa période de floraison : il a négligé de suivre les malades à travers les transformations que peut présenter leur délire.

Or le délire des persécutés est susceptible de se transformer, notamment en délire ambitieux. Déjà Spielmann⁽³⁾ en 1855 et après lui Morel⁽⁴⁾, puis Foville⁽⁵⁾, ont insisté sur ce fait.

Mais cette transformation n'est pas constante et il faut à ce point de vue établir des distinctions entre les délires de persécution. Les uns surviennent plus ou moins brusquement, n'ont qu'une durée transitoire, guérissent ou plus souvent aboutissent à l'affaiblissement intellectuel sans qu'aucune idée ambitieuse se soit manifestée; d'autres se développent avec lenteur tantôt à un âge précoce, tantôt à un âge tardif, restent parfois incurables, mais sans subir de transformation manifeste au cours de leur évolution; il en est au con-

⁽¹⁾ GUISLAIN. *Leçons orales sur les phrénopathies*, 5 vol. Gand, 1852.

⁽²⁾ LASÈGUE. Du délire des persécutés. *Arch. de méd.*, février 1852.

⁽³⁾ SPIELMANN. *Diagnostik der Geisteskrankheiten*. Wien, 1855.

⁽⁴⁾ MOREL. *Traité des maladies mentales*. Paris, 1860, p. 266.

⁽⁵⁾ FOVILLE. *Étude clinique de la folie avec prédominance du délire des grandeurs*. Paris, 1871.

traire qui parcourent avec une régularité remarquable des étapes, toujours les mêmes, et qu'on peut en quelque sorte prévoir d'avance : à ces derniers, dont nous nous occupons dans ce chapitre, on donne le nom de délires de persécution à évolution systématique. C'est à J. Falret⁽¹⁾, à Magnan⁽²⁾ et à ses élèves que revient surtout le mérite d'avoir mis en relief la marche et l'évolution de ces délires à étapes régulières.

Mais on n'est pas d'accord sur la place qu'il convient d'assigner en nosologie à ces derniers⁽³⁾. Tandis que pour les uns le délire chronique ne serait que la forme la plus complète et la plus parfaite des délires de persécution, qui différencieraient les uns des autres plutôt par leur physionomie et leur marche que par leur nature, pour M. Magnan, le délire de persécution à évolution systématique constituerait une entité nosologique à part, bien distincte de tous les autres délires de persécution qui appartiendraient au groupe complexe des psychoses dégénératives⁽⁴⁾. Dans ces derniers temps, Kräpelin a rattaché ce délire à la démence précoce, conception qui nous paraît insoutenable.

Quelle que soit l'opinion qu'on doive se faire à cet égard, nous pensons qu'il y a lieu de consacrer une description spéciale au délire systématique progressif.

Symptômes. — Le délire de persécution à évolution systématique que, pour éviter des répétitions, nous appellerons indifféremment délire chronique, psychose systématique progressive, bien que la première dénomination nous semble la meilleure, se caractérise, comme nous l'avons dit, par sa marche régulière et ses transformations toujours les mêmes, et par conséquent prévues à l'avance.

Début. — L'affection débute à une période relativement avancée de la vie, jamais pendant l'enfance, toujours à l'âge adulte, ordinairement de 35 à 45 ans. Les individus qu'elle frappe n'ont en général présenté aucune anomalie intellectuelle ou morale notable jusqu'au moment où la maladie s'installe. Ce double caractère, si sa valeur était aussi absolue qu'on l'a dit, suffirait à différencier le délire chronique des délires de persécution des dégénérés qui, comme nous le verrons, peuvent apparaître d'une façon précoce pendant l'adolescence et même l'enfance, chez des malades qui avant l'éclosion du délire se sont fait remarquer par leur tendance à la dépression ou à l'exaltation, par leur esprit timide, méfiant et soupçonneux, par leur intelligence faible ou déséquilibrée, par la bizarrerie ou les incorrections de leur conduite.

Périodes. — Bien qu'on s'entende sur les étapes principales que parcourt dans son évolution le délire systématisé progressif, il y a entre les auteurs quelques divergences de détail qui ont fait classer ces diverses étapes de façons différentes.

J. Falret reconnaît quatre périodes au délire de persécution à évolution systématique : 1° la période d'interprétation délirante; 2° la période des halluci-

⁽¹⁾ J. FALRET. *Soc. médico-psychol.* in *Ann. médico-psychol.*, 1881, t. V.

⁽²⁾ MAGNAN. — *Leçons cliniques*, 1895 et 1897. — P. GARNIER. *Des idées de grandeur dans le délire de persécution*. Thèse de Paris, 1877. — GÉRENTE. *Considérations sur l'évolution du délire dans la vésanie*. Thèse de Paris, 1885. — MAGNAN et SÉRIEUX. *Le délire chronique à évolution systématique*. *Encyclop. scientifique des aide-mémoire*, Masson, Paris, 1892. — TATY et TOY. *Des variétés cliniques du délire de la persécution*. *Ann. méd. psych.*, 1897.

⁽³⁾ Discussion à la Société médico-psychol. de Paris, 1888.

⁽⁴⁾ G. BALLET. Du délire de persécution à évolution systématique. *Leçon in Progrès méd.*, 19 novembre 1892.