

celles-ci, quand elles sont appelées à disparaître complètement, ne s'effacent qu'après un certain temps. J. Falret affirme même qu'elles persistent toujours à quelque degré. L'assertion est un peu absolue, mais elle trouve sa vérification dans quelques cas.

La forme que revêtent les idées mégalomaniaques est fort variable. Au degré le plus léger, elles peuvent consister en un simple optimisme, en une opinion exagérée que le malade a de lui-même et de ses facultés (Marandon de Montyel, Camuset). Cet optimisme contraste avec le pessimisme de la période précédente.

Mais d'ordinaire le délire ambitieux est plus accusé : il se traduit alors tantôt par des idées de richesse, tantôt par des idées de puissance, tantôt par la croyance à une transformation de la personnalité.

Les malades se croient en possession d'une fortune immense, ils ont fait des héritages considérables, ils sont millionnaires, ils ont des châteaux, des trésors.

Ou bien, ils se disent investis d'un pouvoir mystérieux ; ils disposent de forces occultes, dirigent les astres ; ils entendent des voix à des distances prodigieuses et sont doués d'une ouïe exceptionnelle.

Souvent, ils s'attribuent une personnalité de convention et, dans le choix de cette personnalité, ils se laissent guider par les tendances et les croyances de l'époque et par leurs aspirations personnelles. Au moyen âge et pendant la Renaissance les persécutés, devenus ambitieux, prétendaient être Dieu, le Saint-Esprit, la Vierge ; ils se disaient prophètes, s'appelaient Jeanne d'Arc ou l'antéchrist ; aujourd'hui, ils s'imaginent plus volontiers qu'ils sont des inventeurs de génie, des réformateurs de la société, qu'ils sont élevés à la dignité de rois, d'empereurs, de président de la République.

L'attitude et les réactions du délirant chronique ambitieux se conforment à l'idée nouvelle qu'il a de sa personnalité : dans quelques cas, il ne fait pas parade de ses idées de grandeur, et les dissimule au contraire ; pour les découvrir, il faut les rechercher avec soin (Falret, Doutrebente).

Plus souvent, il se compose une attitude en rapport avec son nouveau rôle : il est hautain, dédaigneux, méprisant, il exécute des actes en relation avec le pouvoir imaginaire qu'il s'attribue. « L'un ouvre et ferme brusquement la bouche, croyant ainsi écraser et avaler ses ennemis ; une autre, par la pression de l'index sur le conduit auditif, expulse de son cerveau la personnalité étrangère qui veut s'implanter en elle (Magnan et Sérieux). » Ou bien il se pare des insignes de son nouveau rôle, et, s'il est en liberté, va frapper à la porte du palais ou des grands du jour pour réclamer la reconnaissance de ses droits. Il écrit volontiers et, dans de longs factums qu'il adresse aux médecins, aux autorités, quelquefois aux journaux, il s'efforce de légitimer ses prétentions, ou du moins les affirme avec arrogance.

4^e PÉRIODE. — *Démence*. — A la longue l'intelligence des délirants chroniques s'affaiblit d'une façon lente et progressive. Leur délire devient de plus en plus confus, il est moins bien coordonné ; il consiste à ressasser quelques conceptions délirantes stéréotypées ; leur langage, qui se limite à la répétition de néologismes toujours les mêmes, leurs gestes et leur attitude monotone témoignent d'un amoindrissement positif des facultés mentales. S'agit-il là d'un véritable état de démence ? Falret⁽¹⁾ ne le croit pas. « On observe, dit-il,

(1) J. FALRET. *Soc. médico-psych.*, 29 novembre 1886 ; Des variétés cliniques du délire de persécution. *Ann. méd. psych.*, 1896.

dans tous les asiles, de vieux persécutés, parvenus aux périodes ultimes de leur maladie, aliénés depuis vingt ou trente ans, ou même davantage, qui conservent, malgré l'ancienneté de leur affection, une véritable activité intellectuelle, qui sont encore susceptibles de causer très raisonnablement sur beaucoup de sujets étrangers à leur délire, et qui ne peuvent pas être appelés des déments, dans le sens que nous avons l'habitude d'attacher à ce mot. » Ce qui est certain, c'est que le délire de persécution à évolution systématique marche plus lentement et d'une façon plus inconstante vers l'affaiblissement accusé des facultés intellectuelles que les autres vésanies chroniques. Toutefois, dans certains cas, la déchéance mentale est assez marquée pour qu'on soit en droit de considérer la période terminale de la maladie comme une période de vraie démence⁽¹⁾.

Marche. Durée. Terminaison. Pronostic. — En étudiant les symptômes du délire de persécution à évolution systématique, nous avons indiqué la marche de l'affection. Nous n'avons à revenir que sur quelques points.

La maladie parcourt-elle fatalement son cycle ? ou, au contraire, n'est-elle pas susceptible de s'arrêter dans son évolution et de se fixer, par exemple, à la deuxième période ? Sur ce point il n'y a pas accord entre les aliénistes. D'après Magnan, l'apparition du stade ambitieux est obligée ; d'après Falret, au contraire, les idées de grandeur ne se montreraient que dans le tiers des cas. La divergence de vues tient à ce qu'on ne s'entend pas sur les faits qu'il convient de faire entrer dans le groupe que nous étudions. Certains auteurs, en effet, ont de la tendance à séparer de ce groupe, pour les rejeter parmi les délires dits *des dégénérés*, que nous décrivons plus loin, tous les délires de persécution qui ne procèdent pas dans leur marche avec la régularité un peu schématique du type. Il en résulte que, pour ceux-là, l'évolution du délire chronique est à peu près uniforme et toujours la même. Mais si l'on rapproche les uns des autres les divers cas qui, par leur étiologie, leur marche et leur symptomatologie, présentent des analogies suffisantes pour qu'on soit en droit de les considérer comme constituant les individualités d'un même groupe clinique, on arrive à cette conclusion que parmi les délires de persécution à évolution systématique, dont la marche est forcément chronique, dont le pronostic est l'incurabilité, les uns ne dépassent pas la période de persécution, tandis que les autres vont jusqu'à la période d'idées ambitieuses et même de démence.

Quelle que soit la phase à laquelle le délire chronique aboutisse, sa marche est toujours lente. Chaque période comprend une durée de plusieurs années : la première, d'habitude, est la plus courte ; la seconde, la plus longue : elle peut embrasser dix, quinze et vingt ans. Inversement chez quelques-uns les idées de grandeur apparaissent d'une façon anormalement précoce⁽²⁾.

La marche, bien que progressive, n'est pas uniforme. Il y a des moments d'exacerbation apparente, des phases d'*agitation* au cours desquelles les idées morbides semblent dominer plus impérieusement l'esprit du malade. En fait, elles se traduisent plus bruyamment, voilà tout. Ces périodes d'agitation durent de quelques heures à quelques jours. Chez les femmes, elles ont lieu principalement au moment des règles.

(1) A. MAURER. Des différents degrés de conservation de l'activité intellectuelle dans les délires systématisés. *Thèse de Paris*, 1904.

(2) ARNAUD. Idées de grandeur précoce dans le délire de persécution chronique. *Journ. de psychol. norm. et pathol.*, mars-avril, 1905.

Par contre, à certaines époques, sous l'influence de diverses circonstances, voyage, changement de résidence, isolement, il se produit des accalmies relatives. Durant ces accalmies, qu'on a assez improprement appelées des rémissions, le malade est plus tranquille, il affiche moins son délire; il lui arrive même quelquefois de le dissimuler avec soin, au point qu'on pourrait à tort penser qu'il s'agit de guérison au moins temporaire. Il faut distinguer ces périodes d'accalmie des rémissions vraies qu'on observe assez souvent dans les délires de persécution qui se rattachent nettement à la dégénérescence.

Maladie essentiellement chronique et progressive, le délire de persécution à évolution systématique est une affection incurable. Les délires de persécution qui guérissent sont d'un autre ordre : ce sont ceux qu'on observe dans l'alcoolisme subaigu, dans certaines formes de mélancolie ou chez certains dégénérés. C'est parce que la distinction entre les diverses variétés n'avait pas été faite suffisamment qu'on a pu dire que le délire de persécution guérit dans un cinquième des cas (Legrand du Saulle) : le délire de persécution oui, non le délire de persécution à évolution systématique.

Diagnostic. — Les persécutés ont été longtemps et sont encore quelquefois confondus avec les *mélancoliques*. Entre la mélancolie et le délire des persécutés il y a cependant des différences profondes de nature et de symptomatologie. Le trouble fondamental de la mélancolie, nous l'avons vu, est un trouble émotionnel avec dépression : le délire est secondaire, enté sur l'état cénesthétique, tandis que chez les persécutés c'est le phénomène primordial. Chez les mélancoliques, les idées fausses sont des idées de ruine, de culpabilité, de damnation, non de persécution : le mélancolique s'accuse lui-même, le persécuté accuse les autres; le premier est un coupable, le second une victime; l'un est dans l'attente continuelle des châtiments qui lui sont réservés, c'est un prévenu (Lasègue), l'autre proteste contre les maux qu'il endure, c'est un condamné.

Toutefois, chez certains mélancoliques, comme nous l'avons vu, de même que chez quelques dégénérés à malformation des organes génitaux ou à habitudes vicieuses, on voit s'organiser parfois des idées de persécution spéciales qui, au premier abord pourraient laisser croire qu'on est en face de persécutés vrais. Ces malades s'imaginent en effet qu'on les observe, qu'on les regarde de travers, qu'on chuchote autour d'eux, qu'on fait à leur personne des allusions blessantes. Mais au fond, et c'est là ce qui les distingue des autres persécutés, ils s'accusent eux-mêmes beaucoup plus qu'ils n'accusent les autres. Si on les tourne en dérision, si l'on parle mal d'eux, si on les regarde d'un coup d'œil ironique, c'est parce qu'ils sont coupables, parce qu'ils se sont mal comportés, parce qu'ils ont une anomalie de conformation qui est pour eux un sujet de souci et de honte. Ce sont des *persécutés auto-accusateurs* ⁽¹⁾, bien différents, par le point de départ de leur délire plus encore que par leur physionomie et leurs réactions, des délirants chroniques.

Le délire de persécution à évolution systématique pourrait être confondu, soit avec les idées de persécution qui surviennent à titre épisodique dans l'alcoolisme aigu et quelques autres affections, soit surtout avec les délires de persécution des dégénérés qui lui ressemblent quelquefois de très près.

⁽¹⁾ G. BALLET. *Les idées de persécution chez certains dégénérés hypochondriaques ou mélancoliques (persécutés auto-accusateurs)*. Congrès de Blois, 1892; Un exhibitionniste persécuté (les persécutés auto-accusateurs). *Semaine médicale*, 25 mai 1895; *Leçons cliniques*, Paris, 1897.

Dans l'*alcoolisme subaigu* les idées de persécution sont sous la dépendance des hallucinations, hallucinations visuelles, auditives, quelquefois olfactives et gustatives; elles sont en général, comme ces hallucinations, multiples et mobiles, et s'accompagnent d'ordinaire d'un sentiment de terreur. Tout autres sont celles des persécutés vrais, plus fixes, mieux systématisées, déterminant des inquiétudes rétrospectives, mais non ces expressions de frayeur qu'on observe dans l'alcoolisme. D'ailleurs, le délire alcoolique subaigu a d'habitude une durée courte (quelques jours à deux ou trois semaines au plus); il se complique de troubles digestifs, d'insomnie, de cauchemars, de tremblement.

On peut encore observer des idées de persécution transitoire chez les hystériques à la suite des crises, dans le goître exophtalmique, chez les paralytiques généraux. Mais il s'agit là d'incidents subordonnés aux manifestations de la maladie principale et dont il est facile de reconnaître la nature.

Il arrive quelquefois que le délire de persécution systématique coexiste avec d'autres troubles mentaux, avec un délire alcoolique, par exemple, ou encore avec des phénomènes d'origine épileptique. Seule, la connaissance des antécédents du sujet et de l'évolution de la maladie permettra de faire la part de ce qui revient à chaque affection ⁽¹⁾.

Le diagnostic le plus délicat est celui qui est à faire entre le délire de persécution à évolution systématique et certains délires transitoires : les délires de persécution qui s'observent au début de certaines formes de démence précoce (*démence paranoïde*), et ceux qu'on désigne en France du nom de délire des dégénérés. Plus loin, nous parlerons des premiers en décrivant la démence précoce. Quant aux seconds, dont beaucoup se confondent avec les précédents, leur diagnostic avec les délires de persécution à évolution systématique est d'autant plus important que les délires des dégénérés guérissent souvent, tandis que le délire chronique ne guérit jamais.

Il faut distinguer ici deux catégories de faits : tantôt on a affaire à des délires, hallucinatoires ou non, qui s'installent brusquement, sont mal systématisés, disparaissent aussi vite qu'ils sont apparus : ce sont les délires d'emblée que nous décrirons plus loin. Lorsque ces délires, qui peuvent se traduire par des conceptions délirantes de divers ordres (de persécution, ambitieuses, mystiques, hypochondriaques), affectent la forme de délire de persécution, il est en général facile de les différencier du délire chronique à évolution systématique, qui est aussi lent dans son évolution que les autres sont rapides, aussi bien systématisé que les autres le sont mal, aussi durable que les autres sont transitoires.

Mais chez les dégénérés on observe souvent des délires de persécution qui, par leur physionomie générale, se rapprochent d'assez près du délire chronique pour que le diagnostic différentiel présente des difficultés réelles. Pour quelques auteurs (Magnan), ce diagnostic est cependant toujours possible, et voici quels en sont les éléments : 1° chez les dégénérés, hérédité lourde; chez les délirants chroniques, peu ou pas d'hérédité; 2° chez les dégénérés, signes physiques et psychiques de dégénérescence (nous verrons plus loin en quoi consistent ces signes); chez les délirants chroniques, intelligence saine jusqu'à l'apparition du délire; 3° chez les dégénérés, début souvent brusque des troubles mentaux, quelquefois pendant l'enfance ou l'adolescence, fréquemment

⁽¹⁾ MAGNAN. *Leçons cliniques sur les maladies mentales*, 1897.

polymorphisme des conceptions délirantes (par exemple simultanéité des idées ambitieuses et des idées de persécution) qui ne suivent dans leur évolution aucune marche régulière; chez les délirants chroniques, début à une époque tardive de la vie, pendant l'âge mûr, et évolution systématique du délire; 4° enfin, chez les dégénérés, le délire de persécution peut s'organiser sans le concours des hallucinations; il a pour base unique, dans quelques cas, les interprétations délirantes; tandis que, dans le délire chronique, il y a toujours des hallucinations.

Ces caractères ont une réelle valeur pour différencier les types extrêmes, notamment le délire de persécution à évolution systématique typique du délire de persécution qu'on rencontre chez certains débiles. Mais, entre le premier et ces derniers, il y a des formes de transition, qui autorisent à se demander si le délire chronique constitue bien une espèce morbide à part ou n'est pas simplement la forme la plus achevée, la plus parfaite, du délire de persécution à marche chronique (1). Quelle que soit l'opinion qu'on se fasse sur le côté doctrinal de la question, il n'est pas douteux que les signes différentiels énumérés plus haut perdent une grande partie de leur valeur diagnostique lorsqu'on a affaire à une des formes de transition en question. Et il est tel cas où l'on ne saurait dire avec quelque certitude si l'on est en présence du délire chronique ou d'un de ces délires de persécution à systématisation régulière qu'on observe parfois chez les dégénérés qui occupent les degrés élevés dans l'échelle de la dégénérescence mentale.

Plus semblables aux persécutifs à délire évolutif sont les malades sur lesquels récemment Sérieux et Capgras (2) ont appelé l'attention et dont ils ont désigné l'affection du nom de *Psychose à base d'interprétations délirantes*. Cette psychose dès longtemps observée, mais dont Sérieux et Capgras ont bien précisé les traits distinctifs, présente les caractères suivants: développement très lent de délires systématisés de couleur variée (le plus souvent délire combiné de persécution et de grandeur), absence presque complète d'hallucinations; richesse extrême des interprétations délirantes; marche très lentement progressive; absence d'évolution systématique; incurabilité absolue; persistance de l'intégrité des facultés intellectuelles.

Mais parmi les persécutés dégénérés, il est un groupe de malades qui, tout en ressemblant aux persécutés vulgaires, ont une physionomie bien à eux: ce sont les *persécutés persécuteurs*. Nous les décrivons plus loin. Nous rappellerons seulement ici qu'ils se distinguent des malades atteints de délire de persécution à évolution systématique en ce qu'ils n'ont jamais d'hallucinations, ne présentent pas à proprement parler de conceptions délirantes, sont anormaux par leurs actes plus encore que par leurs propos, et sont affectés d'un délire qui reste toujours le même et n'a pas de tendance à évoluer vers la mégalomanie.

Étiologie. — L'étiologie du délire de persécution à évolution systématique est souvent obscure, et les renseignements qu'on trouve à ce sujet dans la plupart des auteurs sont plutôt de nature à accroître qu'à dissiper cette obscurité. Cela tient à ce qu'on n'a pas toujours suffisamment distingué les délires de

(1) G. BALLEZ. Le délire de persécution à évolution systématique. *Progrès médical*, 1892.

(2) SÉRIEUX et CAPGRAS. *Annales médic. psychol.*, mai et juin 1902.

persécution à marche progressive et régulière, dont nous nous occupons ici, de ceux qui se rattachent plus directement à la dégénérescence mentale et évoluent d'une façon irrégulière et souvent capricieuse.

Aussi les statistiques relatives à la fréquence de l'affection que nous étudions pèchent-elles en général par excès: c'est le cas de celle de Lasègue (14 persécutés sur 100 aliénés), de Legrand du Saulle (16 pour 100), de Foville (19 pour 100). Sur 52 000 aliénés qui ont séjourné à l'infirmerie spéciale du dépôt de la préfecture, de 1872 à 1885, Planès (1) a compté 2615 persécutés, soit un peu plus de 8 pour 100. Christian et Ritti, à Charenton, ont trouvé environ 10 pour 100.

Le délire de persécution à évolution systématique est plus commun chez la femme que chez l'homme. On a noté qu'il était moins commun chez les personnes mariées que chez les veufs ou les célibataires.

L'hérédité tient ici, comme dans l'étiologie de la plupart des psychoses, une place prépondérante parmi les causes prédisposantes. On trouve dans les ascendants des malades, tantôt des névroses (hystérie, épilepsie), tantôt la manie et la mélancolie, tantôt le délire chronique lui-même, plus rarement la déséquilibration mentale, ou l'alcoolisme. On a dit que l'hérédité des persécutés était en général moins chargée que celle des dégénérés (Magnan); ce qui paraît différer dans les deux cas, c'est moins la tare héréditaire elle-même que la façon dont elle s'est transmise aux descendants. Tandis que, chez les dégénérés, en dehors des états délirants, on constate soit la faiblesse intellectuelle, soit l'état de déséquilibration qui exprime que le système nerveux s'est développé d'une façon défectueuse, on ne trouve pas d'ordinaire, chez les persécutés dont nous nous occupons, de stigmates de dégénérescence; le fait toutefois n'est pas constant, et un certain nombre d'observations, celles de Séglas (2) notamment prouvent que les tares dégénératrices peuvent coexister avec le délire à évolution systématique.

On est mal fixé sur le rôle des causes occasionnelles *morales* ou *physiques*. Toutefois, dans certains cas, l'écllosion de la maladie a paru succéder à des ennuis, des déceptions, des chagrins, des préoccupations de divers ordres, particulièrement à celles qui se rattachent à la perte d'un procès ou aux tourments causés par une naissance illégitime; les enfants naturels semblent en effet plus prédisposés que les autres à la psychose progressive. On a fait aussi jouer un rôle à certaines malformations physiques, particulièrement aux malformations des organes génitaux, aux habitudes vicieuses, à l'onanisme, aux pertes séminales. Rien n'est moins prouvé que l'action de ces causes qui peuvent en revanche intervenir activement dans la genèse de certains délires dégénératifs.

Traitement. — Le délire de persécution à évolution systématique constitue, nous l'avons vu, une maladie à marche fatalement progressive; c'est assez dire qu'aucune médication n'est susceptible d'en arrêter l'évolution. Le traitement, dès lors, ne saurait être que palliatif: il doit viser les indications spéciales qui se présentent au jour le jour.

Les médications systématiques qu'on a tour à tour préconisées dans le but

(1) PLANÈS. Thèse de Paris, 1886.

(2) SÉGLAS. *Soc. médico-psychologique*, 1888.

d'entraver les progrès de cette psychose ont donné plutôt de mauvais que de bons résultats; tel est le cas du tartre stibié, des purgatifs répétés, de l'hydrothérapie employée sans discernement et appliquée à tous les cas sans distinction. Il en est de même des agents médicamenteux (haschich, datura stramonium) que Moreau (de Tours) avait essayé dans l'espoir d'atténuer les hallucinations en leur substituant des hallucinations médicamenteuses. L'électricité sous forme de courants continus appliqués en permanence, autour de la tête (méthode d'Hiffelsheim), le traitement moral et l'intimidation sous la douche (méthode de Leuret), la suggestion hypnotique, n'ont pas eu plus de succès.

L'internement des persécutés s'impose à un double titre : le malade une fois séparé du monde extérieur retrouve en général dans l'isolement de la maison de santé un calme relatif, mais, il est vrai, momentané. En outre, il ne faut pas perdre de vue que, de tous les aliénés, les persécutés sont les plus dangereux; lorsqu'ils en arrivent à désigner l'auteur de leurs persécutions, la séquestration devient urgente, et c'est pour n'y avoir pas eu recours assez tôt qu'on a eu si souvent à déplorer les homicides commis par ces malades. Au reste, la santé de ces aliénés exige une surveillance qu'il est difficile d'exercer fructueusement en dehors de l'asile; certaines indications spéciales peuvent résulter de l'état général et nécessitent l'emploi des toniques, de l'arsenic, de la douche. D'autre part, chez les malades qui sont poursuivis par la crainte de l'empoisonnement, on est souvent obligé de recourir à une sorte de contrainte pour les forcer à s'alimenter d'une façon normale, et à faire des repas réguliers.

Durant les périodes d'excitation, les bromures alcalins, les bains, ont leur utilité; et si l'insomnie se montre à ce moment, ce qui n'est pas rare, on devra recourir aux hypnotiques, chloral, sulfonal, chloralose.

En somme, la médication est purement symptomatique; elle est destinée à remédier aux complications du moment, mais ne saurait prétendre à faire reculer la maladie.

BIBLIOGRAPHIE. — LASÈGUE. Du délire des persécutions. *Arch. gén. de méd.*, février 1852. — LEGRAND DU SAULLE. *Le délire des persécutions*. 1 vol. in-8°, Paris, 1872. — On trouvera dans ce mémoire et cet ouvrage des renseignements sur le délire de persécution envisagé d'une façon générale plutôt comme syndrome que comme espèce morbide. En ce qui concerne le délire de persécution à évolution systématique, il suffira de lire : RITTI, article DÉLIRE DE PERSÉCUTION. *Dict. encyclop. des sciences méd.* Paris, 1887, et MAGNAN et SÉRIEUX. Le délire chronique à évolution systématique. *Encyclopédie des aide-mémoire*. Masson, Paris, 1892. — On parcourra aussi avec intérêt le mémoire de CHRISTIAN, Des idées de grandeur chez les persécutés. *Arch. de neurol.*, n° 66 et 67, 1892.

III. DÉMENCE PRÉCOCE

Hébéphrénie. Catatonie. Démence paranoïde.

Nous nous proposons de décrire, sous l'appellation de *démence précoce*, un syndrome complexe dont les premières phases ont une symptomatologie variable, mais dont l'aboutissant constant est un *état démentiel* à physionomie assez particulière et d'ailleurs polymorphe. L'épithète dont on se sert pour qualifier cet état démentiel (*démence précoce*) est deux fois légitime : d'abord parce que la démence dont il s'agit s'observe surtout, sinon exclusivement, chez les adolescents et les jeunes gens; l'appellation vise alors l'âge des sujets.

Puis l'état démentiel, contrairement à ce qui s'observe dans d'autres cas (mélancolie chronique, folie intermittente, délire de persécution à évolution systématique), n'est pas la conséquence, lente à se produire, d'une psychose à longue évolution; il se manifeste promptement, quelquefois dès le début des troubles psychiques qui constituent le syndrome, toujours d'une façon rapide : dans ce cas, l'épithète exprime que la démence est précoce, non par rapport à l'âge des sujets, mais par rapport à l'âge de l'affection mentale.

Le syndrome en question a une réalité clinique indiscutable, comme on le verra par la description qui suit. Mais constitue-t-il une affection autonome, ayant son individualité propre? Jusqu'à présent la chose, suivant nous, est loin d'être établie.

Dans la première édition de ce traité, nous avons indiqué les troubles qui le constituent, en considérant la démence dont il s'agit comme l'un des aboutissants des délires à physionomie variable qu'on observe chez les débiles ou les déséquilibrés, c'est-à-dire chez cette catégorie de psychopathes qu'on désigne, à défaut d'une meilleure appellation, sous le nom de dégénérés.

Il ne nous est pas démontré que la place de la démence précoce, au moins de certaines de ses variétés, ne soit pas là où nous l'avions mise.

Toutefois comme, depuis la publication de notre article, ce syndrome a été l'objet de nombreux travaux qui, s'ils ont insuffisamment encore éclairé le problème nosologique qu'il soulève, ont du moins fixé certains points intéressants de sa symptomatologie, nous croyons devoir lui consacrer un article spécial.

Historique. — Il est nécessaire, ne fût-ce que pour permettre au lecteur de s'orienter dans l'étude d'une question complexe et encore obscure par bien des côtés, de montrer tout d'abord comment est arrivé à se constituer le syndrome qu'on désigne aujourd'hui sous le nom de démence précoce.

Depuis Esquirol⁽¹⁾ on avait constaté que chez certains enfants nés sains en apparence, dont l'intelligence comme le corps se développent assez régulièrement, mais qui sont d'une grande susceptibilité, irritables, colères, les facultés à un certain âge restent stationnaires ou rétrogradent et qu'ainsi se constitue ce que ce maître appelait une *idiotie accidentelle* ou *acquise*.

Morel⁽²⁾ insista sur ces faits et considéra cette déchéance précoce de l'intelligence comme la manifestation d'un état de dégénérescence rattachable à une hérédité défectueuse. Cette manière de voir devint classique en France, où elle fut adoptée par la plupart des psychiatres (J. Falret, Magnan, Ball, Régis). Il en fut de même à l'étranger (Krafft-Ebing, Schüle, Sterz, Fink, Kovalevsky, Naichline)⁽³⁾.

Mais entre temps, Kahlbaum⁽⁴⁾ d'abord, et après lui Hecker⁽⁵⁾ s'attachèrent à montrer que la puberté est responsable de cette démence précoce qui avant eux avait été considérée et après eux devait continuer à être considérée par beaucoup d'auteurs comme dépendante de la dégénérescence. Démence précoce (Morel) devint synonyme d'hébéphrénie (ἡβήφρενις).

⁽¹⁾ ESQUIROL. *Maladies mentales*, 1858, t. II, p. 105.

⁽²⁾ MOREL. *Traité des maladies mentales et études cliniques*, passim.

⁽³⁾ On trouvera les indications bibliographiques dans les mémoires de Christian, de Deny et Roy qui sont cités plus loin.

⁽⁴⁾ KAHLBAUM. *Gruppierung der psychischen Krankheiten*, 1863.

⁽⁵⁾ HECKER. *Virchows Arch.*, 1871.