

n'a jamais eu ni désir, ni érection. Inutile de dire s'il s'afflige de cet état, qui est chez lui la conséquence d'une lourde hérédité névropathique!

5° Un dernier groupe est constitué par les sujets chez qui le désir est exclusivement physique, ce sont les *spinaux* de Magnan. L'érection est provoquée par des sensations périphériques, par une sorte de besoin bestial : le cerveau semble y rester étranger. Tel est le cas des idiots et des imbéciles, qui se livrent d'une façon machinale à l'onanisme, de certains dégénérés affectés de priapisme.

6° Il nous faut, en terminant, dire un mot des *hermaphrodites* (1). On distingue un hermaphrodisme interne et un hermaphrodisme externe ou apparent. L'hermaphrodisme interne, dont on a longtemps contesté la réalité, ne saurait plus être révoqué en doute. Il consiste dans le développement simultané de testicules et d'ovaires : il constitue une monstruosité curieuse, mais très rare, qui n'a pas à nous arrêter. L'hermaphrodisme externe ou apparent est un faux hermaphrodisme. Tantôt il résulte du développement anormal du clitoris chez la femme, tantôt, chez l'homme, d'un hypospadias avec soudure incomplète de la fente uro-génitale : de là, au-dessous de la verge, entre les deux scrotums, un cul-de-sac plus ou moins profond dont l'ouverture simule une vulve. On est souvent, à la naissance, indécis sur le sexe de ces pseudo-hermaphrodites, ou on les déclare à la mairie comme appartenant à un sexe qui n'est pas le leur : on les éduque en conséquence. De là, chez ces malformés, une manière d'être, des tendances, des goûts qui rappellent ceux des invertis. Mais ici la perversion morale est secondaire, elle est subordonnée à la malformation physique dont elle dépend.

BIBLIOGRAPHIE DES ANOMALIES, ABERRATIONS ET PERVERSIONS SEXUELLES. — ESQUIROL. *Maladies mentales*, 1858. — MARC. *De la folie, etc.*, 1840, t. II. — H. KAN. *Psychopathia sexualis*. Leipzig, 1844. — CASPER. *Traité pratique de méd. légale*. Trad. franç. Paris, 1862. — LUNIER. Examen d'un cas de monomanie instinctive. Affaire du sergent Bertrand. *Ann. méd. psych.*, 1849. — TARDIEU. *Étude médico-légale sur les attentats aux mœurs*, 1858. — WESTPHAL. *Conträre Sexualempfindung*. *Arch. f. Psych.*, 1870 et 1876. — LASÈGUE. Les exhibitionnistes. *Union méd.*, 1877. — GOSK. Beitrag zur Kenntniss der conträren Sexualempfindung. *Arch. f. Psych.*, 1875. — CHARCOT et MAGNAN. Inversion du sens génital et autres perversions sexuelles. *Arch. de neurol.*, 1882. — LASÈGUE. *Études médicales*, 1884. — MAGNAN. Des anomalies, des aberrations et des perversions sexuelles. *Bull. Acad. de méd.*, 1885, et *Ann. méd. psych.*, 1886. — TARNOWSKI. *Les phénomènes morbides du sens sexuel*. Saint-Petersbourg, 1884. An. in *Ann. d'hyg. et de méd. légale*, 1886. — MOTET. État mental de P. poursuivi pour avoir coupé les nattes de plusieurs jeunes filles. *Ann. d'hyg. et de méd. lég.*, 1890. — BERBEZ. Obsession avec conscience, aberration du sens génital. *Gaz. hebdom.*, 1890. — MAGNAN. *Des exhibitionnistes*. Communic. à la Soc. de méd. lég., 1890; *Gaz. hebdom.*, 1890. — HOSPITAL. Curieuse observation de folie érotique avec autopsie. *Ann. méd. psych.*, 1891. — P. GEDDES et A. THOMSON. *L'évolution du sexe*. Trad. de H. de Varigny. Paris, 1892. — BALL. La folie érotique. *L'encéphale*, 1887. — SÉRIEX. *Les anomalies de l'instinct sexuel*. Thèse de Paris, 1888. — BINET. *Le fétichisme dans l'amour*, 1891. — G. BALLET. *Arch. gén. de méd.*, 1888, et *Semaine méd.*, 1895. — J. CHEVALIER. *De l'inversion de l'instinct sexuel*. Paris, 1885, et *L'inversion sexuelle*. Paris, 1895. — DAILLIEZ. *Les sujets de sexe douteux*. Thèse de Paris, 1895. — A. MOLL. *Les perversions de l'instinct génital*. Trad. franç. Paris, 1895. — E. LAURENT. *Les bisexués*. Paris, 1894. — VALLON. Un fétichiste honteux. *Ann. d'hyg. et de méd. lég.*, 1895. — MASOIN. Contribution à l'étude des perversions sexuelles chez les dégénérés. *Bull. Soc. de méd. ment. de Belgique*, 1894. — KRAFFT-EBING. *Psychopathia sexualis*. Trad. franç., 1895. — VIGOUROUX. Exhibitionniste condamné par les tribunaux. *Ann. méd. psych.*, 1896. — VERI. Un caso notevole di perversimento sessuale. *Arch. delle psicopat. sessuali*, t. I. — PENTA. Carattere generali, origine e significato dei perversimenti sessuali di

(1) Lire la description de l'hermaphrodisme et les observations qui s'y rapportent in J. CHEVALIER. *Loc. cit.*, p. 252. — TOMASINI. Contribution à la pathologie, à la psychologie et à la médecine légale de l'hermaphrodisme. *Il manicom. modern.*, 1900, n° 5.

monstrati colle autobiographie d'Alfieri e di Rousseau e col dialogo su gli amori di Luciano. *Arch. delle psicopat. sessuali*, t. I. — P. GARNIER. *Les fétichistes, perversis et invertis sexuels*. Paris, 1896. — LAUPTS. *Perversion et perversité sexuelles*. Paris, 1896. — LEGRAIN. *Des anomalies de l'instinct sexuel et en particulier de l'inversion du sens génital*. Paris, 1896. — FÉRÉ. La prédisposition et les agents provocateurs dans l'étiologie des perversions sexuelles. *Revue de méd.*, 1898; *L'instinct sexuel*. Paris, 1899. — RÉGIS. *Un cas de perversion sexuelle à forme sadique*. Lyon, 1900. — MORTON PRINCE. Sexual perversion or vice? A pathological and therapeutic inquiry. *The Journ. of nerv. and ment. Disease*, 1898. — MAGNAN. Un cas d'exhibitionnisme. *Ann. méd. psych.*, 1899. — SOUKHANOFF. Contribution à l'étude des perversions sexuelles. *Monit. neurol. (russe)*, 1900. Anal. in *Revue neurol.*, 1900. — P. GARNIER. Le sadi-fétichisme. *Ann. d'hyg. et de méd. lég.*, 1900. — L. THOINOT. *Attentats aux mœurs et perversions du sens génital*. Paris, 1898. — J.-V. LABORDE. Étude psycho-physiologique, médico-légale et anatomique sur Vacher. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1900. — SCHÄFER. Ueber die forensische Bedeutung der conträren Sexualempfindung. *Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Medic.*, 3 Folge, t. XVII, 1899. — GUILLEBAU. Ueber Verletzungen der Haustiere durch sexuell psychopathische Menschen. *Schweizer Archiv f. Thierheilkunde*, 1899. — NÄCKE. Kritisches zum Kapitel der normalen und pathologischen Sexualität. *Arch. f. Psych.*, 1899. — KAN. Gerichtsarztliches Gutachten (Unzucht wider die Natur). Behauptete Amnesie. Keine Geistesstörung. *Friedreich's Blätter f. gerichtl. Mediz.*, 1899. — WACHENFELD. *Homosexualität u. Strafgesetz*. Brochure, 1899. — JOHANNY ROUX. *Psychologie de l'instinct sexuel*. Paris, 1899. — RICHTERS. Motiviertes Gutachten über einen Fall von geschlechtlicher Perversität. *Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Mediz.*, 1900. — LA CARA. Un cas rare de perversion sexuelle. *Riv. mensile*, 1900. — RAUL LEROY. Rapport médico-légal sur un épileptique exhibitionniste. *Ann. d'hyg. publique*, 1900. — EPAULARD. *Le vampirisme (nérophilie, nécrosadisme, nécrophagie)*. Brochure. Lyon, 1900. — SERGE SOUKHANOFF. Contribution à l'étude des perversions sexuelles. *Ann. méd. psych.*, 1901. — NÄCKE. Probleme auf dem Gebiete der Homosexualität. *Allg. Zeitsch. f. Psychiat.*, 1902. — TRÉNEL. Représentations figurées et jeux masochistes. *Ann. méd. psych.*, 1902. — CH. FÉRÉ. Obsessions sexuelles variables. *Journ. de psych. norm. et pathol.*, mai-juin 1905.

### III. — LES DÉLIRES DES DÉGÉNÉRÉS

Considérations générales. — Il existe entre les auteurs de grandes divergences au sujet des délires de dégénérescence. L'accord n'est pas fait sur les limites qu'il convient d'assigner à ce groupe : le dissentiment s'accuse quand on compare la description des auteurs étrangers, particulièrement des auteurs allemands, avec celles de certains auteurs français; mais même en France, on pourrait dire surtout en France, l'entente est loin d'être complète entre les aliénistes. Magnan (1), qui fait aux dégénérés la part la plus large, considère comme délires de dégénérescence tous ceux qui ne relèvent pas des espèces morbides que nous avons précédemment étudiées, manie et mélancolie franches, délire de persécution à évolution systématique, folie intermittente, ou des délires symptomatiques des intoxications et des névroses; d'après lui, toutes les folies transitoires ou durables, générales ou partielles, survenues sans cause occasionnelle appréciable ou à propos d'un incident quelconque (émotion morale, puerpéralité, maladie ou trouble organique), doivent être rattachées à la classe des folies dégénératives, dont sont exclues celles seulement que nous venons de mentionner. Les auteurs étrangers restreignent, les uns plus, les autres moins, le champ de la dégénérescence : et ils décrivent, sous le noms de *paranoia* (2), de *Wahnsinn*, de *Werrücktheit*, des délires à systéma-

(1) MAGNAN. *Leçons cliniques*, 1<sup>re</sup> série, 1895, et 2<sup>e</sup> série, 1896. — JOHN TURNER. Statistique sur la folie héréditaire, basée sur plus de 1000 cas observés à l'asile du comté d'Essex. *The Journ. of ment. sc.*, 1896. — KRAFFT-EBING. *Psychiatrie*, trad. française par LAURENT, Paris, 1895.

(2) Au sujet des significations du terme *paranoia*, lire, SÉGLAS, *Revue. Arch. de neurol.*

tisation plus ou moins parfaite, les uns aigus, les autres chroniques, qui pour la plupart sont classés par Magnan parmi les folies des dégénérés. Ce qui est indéniable, c'est la nécessité, si l'on ne veut laisser hors des descriptions un grand nombre de variétés de troubles mentaux, ou d'englober radicalement, comme le fait Magnan, toutes ces variétés parmi les délires de dégénérescence, ou de les décrire à part comme le font quelques auteurs étrangers. Or, en France, l'étude de ces formes multiples de folie qui constituent la paranoïa des Allemands et des Italiens, a été un peu négligée. Un trop grand nombre d'entre elles sont considérées à tort, selon nous, comme de simples modalités de la mélancolie ou lypémanie avec laquelle on les décrit; d'autres, à évolution chronique et à systématisation plus parfaite, constituent pour les auteurs français des formes de la folie partielle et sont étudiées avec les monomanies, auxquelles on conserve ainsi une autonomie qui n'est peut-être pas tout à fait légitime.

Nous pensons que toutes les modalités de la paranoïa (même en laissant de côté le délire de persécution à évolution systématique qui figure parmi les *paranoïa* des Allemands) ne sauraient, sans forcer les faits cliniques, être considérées comme des variétés de la folie dégénérative. Aussi estimons-nous qu'il y a lieu de laisser un chapitre ouvert pour y placer certaines formes de folie systématisée aiguës ou chroniques qui, tout en restant très distinctes de la lypémanie vraie, n'appartiennent pas à la dégénérescence. Mais il s'en faut que ces formes, qu'on rencontre de temps en temps en clinique, aient été jusqu'à présent suffisamment définies et scientifiquement classées : pour s'en convaincre il suffit de voir la confusion qui règne encore dans les subdivisions des *paranoïa* admises à l'étranger. Aussi, malgré les réserves que nous croyons devoir faire sur l'extension donnée par certains auteurs au groupe des folies dégénératives, nous décrirons avec eux parmi les délires de la dégénérescence les troubles mentaux qu'à l'étranger on étudie sous les noms de Paranoïa, Wahnsinn, Verrücktheit : c'est la meilleure manière d'éviter l'obscurité en un sujet où la lumière n'est pas encore complète, et l'obscurité est le défaut le plus à redouter dans un traité du genre de celui-ci (1). Toutefois il convient de remarquer qu'un très grand nombre des cas qui avaient été englobés dans le groupe un peu confus des délires des dégénérés en ont été, dans ces derniers temps, éliminés pour prendre place parmi les modalités cliniques de la *démence précoce*. (Voir plus haut la description de cette affection.)

Les dégénérés délirent avec une remarquable *facilité*. Dans certains cas ils passent de l'état de déséquilibre simple, qui est leur manière d'être habituelle, à l'état délirant, sans qu'aucune cause appréciable puisse expliquer cette transformation ordinairement temporaire. D'autres fois c'est à la suite d'*émotions morales*, de chagrins, de préoccupations, de fatigues intellectuelles ou de *fatigues physiques*. Certaines circonstances physiologiques ont aussi une grande influence sur la genèse du délire : chez la femme, la *menstruation*, la *grossesse*, les *suites de couches*, la *lactation*, surtout lorsqu'elles s'accompagnent

(1) Pour éviter des lectures inutiles à ceux qui voudraient se faire une idée plus complète des diverses façons dont les auteurs ont envisagé la question de classification que nous ne pouvons ici qu'esquisser, nous conseillons de parcourir les ouvrages suivants : DAGONET. *Traité des mal. ment.* Paris, 1894, J.-B. Baillière. — LEGRAIN. *Du délire chez les dégénérés*. Thèse de Paris, 1886. — SCHÜLE. *Traité clinique des mal. ment.* Traduction française. Paris, 1888. — RÉGIS. *Manuel de méd. ment.*, 2<sup>e</sup> édit. Paris, 1892. — KRÄPELIN. *Psychiatrie*, 7<sup>e</sup> édit., 1904.

d'affaiblissement et d'anémie, la *ménopause*; chez l'homme la *puberté*; la *vieillesse* prédispose aussi au délire, principalement quand les lésions artérielles ou circonscrites ont affaibli la résistance cérébrale. Les maladies aiguës ou chroniques, celles du cœur, du foie, de l'utérus, peuvent aussi jouer le rôle de causes occasionnelles. Les *abus alcooliques* interviennent fréquemment : sous leur influence les dégénérés peuvent contracter un délire toxique, mais ils peuvent aussi faire un simple délire de dégénérescence : dans ce cas l'alcool intervient uniquement à titre d'excitant, d'appoint, et non en vertu de son action spécifique. On dit vulgairement que les malades ont *arrosé* leur délire.

On ne s'étonnera point que ces causes multiples, puissantes ou légères, soient capables de provoquer l'éclosion de la folie, car on peut dire des dégénérés qu'ils sont en imminence constante de délire. Certains d'entre eux s'exaltent et s'excitent à l'état habituel sous la moindre influence; de cette exaltation à l'état d'excitation maniaque il n'y a qu'un pas; d'autres qu'une minime impression abat et déprime, qu'une contrariété même légère plonge dans une tristesse profonde, sont toujours sur la frontière de la mélancolie. D'autre part, les dégénérés, nous l'avons vu, sont souvent défiants à l'excès, jaloux, soupçonneux, convaincus qu'on manque à leur égard de prévenance et de bonté; d'autres sont surtout orgueilleux, pleins d'eux-mêmes, ils ont des prétentions ridicules et une confiance sans bornes dans leurs aptitudes et leurs facultés; un très grand nombre, l'éducation aidant, sont portés vers le mysticisme; dépourvus d'esprit critique, ils vont d'instinct au merveilleux, s'enthousiasment pour le spiritisme, les tables tournantes, s'adonnent avec exagération aux pratiques d'une piété exaltée. De pareilles dispositions mènent aisément au délire; à quelques égards elles constituent un délire en germe, ici délire mystique, là délire ambitieux, dans le premier cas délire de persécution. La folie des dégénérés emprunte, en effet, souvent sa forme et son expression extérieure aux tendances et à la tournure d'esprit habituelle des malades.

**Excitation maniaque et manie** (1). — C'est chose assez commune que l'apparition de l'*excitation maniaque* chez les dégénérés, particulièrement chez ceux qui se font habituellement remarquer par l'instabilité de leur caractère et de leur humeur. Sous l'influence d'une fatigue, d'une émotion morale, d'un chagrin, d'excès, particulièrement d'excès alcooliques, le *dégénéré s'exalte*, il devient plus remuant, dort mal, cause avec plus de volubilité; il est pris d'une activité dévorante, nourrit mille projets d'ailleurs aussitôt abandonnés que conçus; il rêve de littérature et de poésie, veut se lancer dans de grandes entreprises; il parle volontiers de ses talents, de sa fortune, fatigue de ses visites et ennuie de son verbiage les personnes de ses relations; il présente une grande analogie avec certains paralytiques généraux au début : sous l'influence du repos, de l'isolement, cet état se modifie d'ordinaire assez vite, le calme revient et tout rentre dans l'ordre.

D'autres fois les symptômes s'accusent davantage; à la suractivité de toutes les opérations cérébrales (intelligence, sensibilité, mémoire) s'ajoutent des conceptions ambitieuses manifestement absurdes. Le malade s'imagine qu'il possède des milliards, qu'il a fait des inventions merveilleuses : il a construit

(1) FALRET. Folie raisonnée et folie morale. *Ann. méd. psych.*, 1866. — ARNAUD. Psychoses constitutionnelles. *Traité de pathologie mentale* de G. BALLET, 1903. — Ouvrages déjà cités de MAGNAN, LEGRAIN, MAGNAN et LEGRAIN, KRAFFT-EBING.

une charrue avec laquelle il laboure toute la terre en quelques minutes, il est musicien de premier ordre, compositeur hors ligne; il parle emphatiquement de ses relations imaginaires avec des personnages célèbres; il s'affuble d'originaux ridicules, s'agite d'une façon continuelle, chante et vocifère jour et nuit, interpelle sur un ton hautain ou insolent ceux qui l'approchent. A certains jours il est plus raisonnable et plus calme, on peut croire à une amélioration définitive quand on est en présence d'une simple rémission passagère; le lendemain ou les jours suivants l'excitation recommence, et les choses peuvent rester en cet état pendant plusieurs semaines ou même plusieurs mois.

Enfin il est des cas où l'exaltation cérébrale est telle qu'elle se traduit par un véritable accès de *manie*. L'impressionnabilité sensorielle est si vive, l'association des idées si rapide, que le malade est dans l'incapacité absolue de fixer son attention: son langage est décousu, ses gestes désordonnés. Les mots se succèdent sans aucun lien logique apparent: les phrases prononcées n'ont aucun sens. On cherche vainement à découvrir à l'attitude et au langage du malade les idées qui le dominent, on n'y arrive pas. A vrai dire, il n'y a dans le cerveau aucune idée fixe: l'intelligence, sollicitée en tous sens par les impressions venues du dehors, par l'assonance d'un mot, erre en quelque sorte à l'aventure. Les hallucinations auditives ou visuelles, les illusions, concourent encore à exagérer la confusion des idées. De temps en temps, si la mobilité des sensations et des pensées fait place à une accalmie relative et temporaire, le malade exprime quelques vagues idées ambitieuses ou de persécution. Mais ces idées multiples et changeantes disparaissent bientôt dans le tourbillon des pensées qui se succèdent, sans pouvoir se fixer, avec une singulière volubilité. La manie des dégénérés, comme la manie simple, est ordinairement curable, mais elle récidive avec grande facilité. Certains accès apparaissent avec une remarquable brusquerie sans être annoncés par les signes avant-coureurs, tristesse, apathie, céphalalgie, qui précèdent souvent l'éclosion de la manie franche. Cette brusquerie est telle dans certains cas qu'on pourrait au premier abord penser qu'on a affaire à la manie épileptique. La guérison est quelquefois aussi rapide que le développement de l'affection, elle peut se faire en une nuit: le malade se couche très agité et se lève guéri (manie transitoire)<sup>(1)</sup>. La durée de ces accès est des plus variables: il en est qui n'excèdent pas quelques jours, d'autres durent des mois. Ce ne sont pas toujours ceux dans lesquels l'agitation et le désordre des idées sont le plus accusés qui ont la durée la plus longue.

**Dépression mélancolique et mélancolie.** — Contrairement aux malades dont nous venons de parler qui s'excitent sous l'influence des diverses causes physiques ou morales susceptibles de les impressionner et versent dans l'excitation maniaque ou la manie, il en est d'autres qui tournent plus aisément vers la mélancolie.

Un chagrin, un deuil, un incident pénible ou simplement désagréable les abattent et les dépriment outre mesure. Ils deviennent tristes, absorbés, incapables d'activité pendant plusieurs jours. Chez d'autres la *dépression mélancolique*

<sup>(1)</sup> KRAFFT-EBING. *Mania transitoria. Monogr.*, 1865: *Die transitorischen Störungen des Selbstbewusstseins*, 1868; *La responsabilité criminelle*, trad. Châtelain, Paris, 1875; *Psychiatrie* (édit. franç.), 1897. — SCHWARZER. *Transitorische Tobsucht*, Vienne, 1880. — MENDEL. *Die Manie*, 1881. — CASPER. *Traité pratique de médecine légale*, trad. franç., 1862. — SCHWARTZ. *Mania transitoria. Allg. Zeitsch. f. Psychiat.*, 1891. — VALLON. *Les délires transitoires au point de vue médico-légal*. Congrès d'Angers, 1898. — KRÄPELIN. *Psychiatrie*, 7<sup>e</sup> éd., 1904.

*lique* est encore plus accusée et beaucoup plus durable. Ils sont pris de dégoût pour toutes les choses qui d'ordinaire les intéressent; les femmes ne peuvent plus s'occuper de leur ménage, les hommes de leurs affaires. Ils fuient le monde: les distractions leur sont plutôt pénibles qu'agréables; ils parlent volontiers de la mort, et quelques-uns même peuvent aller jusqu'au suicide. Certaines morts volontaires, inexplicables en apparence, sont chez les dégénérés héréditaires, la conséquence d'un de ces accès habituellement transitoires de *dépression mélancolique*.

Dans d'autres cas les troubles s'accusent davantage et l'on se trouve en présence d'un véritable accès de *mélancolie*. Toutefois la mélancolie franche, telle que nous l'avons antérieurement décrite, n'est pas fréquente chez les dégénérés. Ce qu'on décrit d'habitude sous ce vocable ce sont des délires systématisés, dans lesquels l'idée délirante, idée hypocondriaque, de culpabilité ou de persécution, est le phénomène primitif et dominant, contrairement à ce qu'on observe dans la mélancolie vraie où la dépression intellectuelle et physique est le trouble primordial. Les dégénérés dits mélancoliques, en d'autres termes, sont moins des mélancoliques que des délirants: la tristesse et la dépression apparentes sont d'ordinaire chez eux le résultat des idées malades qui s'imposent primitivement à l'intelligence. Le trouble dont ils sont affectés correspond à certaines des formes de la paranoïa des auteurs allemands, notamment aux formes que Schüle décrit sous le nom de *délire systématisé aigu sensoriel*, ou de *délire systématisé aigu mélancolique*. Aussi allons-nous le retrouver dans le paragraphe suivant.

**Délires aigus systématisés.** (*Paranoïa aiguë. Délires d'emblée. Bouffées délirantes*)<sup>(1)</sup> — De même qu'on voit souvent apparaître chez les dégénérés, sous l'influence d'une cause accidentelle quelconque, légère ou grave, un accès d'excitation maniaque ou de manie, de même on voit fréquemment se développer chez eux, avec brusquerie, des crises de délire, qui, au lieu de se traduire, comme dans les cas dont nous venons de parler, par des phénomènes d'excitation ou de dépression, consistent en des poussées d'idées délirantes. Le caractère de ces poussées est de se manifester tout à coup sans préparation au moins apparente, sans phénomènes antécédents qui les annoncent: elles constituent de véritables *délires d'emblée*. Elles ne durent souvent qu'un temps très court, quelques semaines ou même quelques jours: ce sont, comme on l'a dit, des *bouffées délirantes*. Les conceptions fausses sont d'ailleurs très variables quant à leur nature et sont d'habitude en rapport avec le caractère habituel et les tendances prédominantes des malades; ce sont tantôt des idées de persécution: le malade est entouré d'ennemis, il voit autour de lui des espions; on a voulu l'empoisonner; d'autres fois des idées ambitieuses: le patient tout d'un coup s'imagine qu'il a une grande fortune, qu'il est général, président de la République, qu'il est Jésus-Christ; dans quelques cas les conceptions délirantes

<sup>(1)</sup> Lire, à propos de ces formes aiguës: LEGRAIN. *Du délire chez les dégénérés*. Thèse de Paris, 1886, pages 111 et suiv. — SCHÜLE. *Traité clin. des mal. ment.* Traduction française. Paris, 1888, p. 162 et suiv. — SÉGLAS. *La paranoïa. Arch. de neurol.*, 1887. — MAGNAN. *Leçons cliniques*, 1<sup>re</sup> série, 1895 et 2<sup>e</sup> série, 1896. — MAGNAN et LEGRAIN. *Les dégénérés*. — KÉRAVAL. Les délires plus ou moins cohérents désignés sous le nom de paranoïa. *Arch. de neurol.*, 1894-1895. — SÉGLAS. *Leçons cliniques*. Paris, 1895. — ROUBINOWITCH. *Variétés cliniques de la folie en France et en Allemagne*. Paris, 1896. — J. DE MATOS. *A Paranoïa*. Lisbonne, 1898. — KÖPFEN. *Ueber acute Paranoïa. Neur. Centralb.*, 1899. — WERNICKE. *Psychiatrie in klinische Vorlesungen*, 1900. — KRÄPELIN. *Psychiatrie*, 7<sup>e</sup> éd., 1904.

ont une tournure mystique; l'aliéné voit la Vierge, il converse avec les saints, le diable veut le tenter, mais Dieu le protège; ou bien il s'agit de préoccupations hypocondriaques ou mélancoliques. La nature des idées délirantes a d'ailleurs peu d'importance. Ce qui caractérise, en effet, ces variations de délire, c'est beaucoup moins leur contenu que leur évolution, leur mode d'apparition, leur peu de durée, les circonstances dans lesquelles elles apparaissent. Ce sont des points sur lesquels nous allons revenir. Très souvent les idées fausses s'accompagnent d'hallucinations (hallucinations auditives ou gustatives dans la plupart des cas), hallucinations visuelles, si les conceptions délirantes sont de nature mystique. Ces troubles psycho-sensoriels ne sont pas toutefois l'accompagnement obligé des délires d'emblée. Quand ils existent ils peuvent ne tenir dans le tableau clinique qu'une place très accessoire. Lorsque, au contraire, ils sont très accusés, ils impriment parfois aux conceptions délirantes une grande mobilité: l'esprit a peine à se fixer, et la systématisation fait place à une véritable confusion des idées (*délire systématisé aigu sensoriel* de Schüle).

Au reste, dans ces formes aiguës cette systématisation est toujours très imparfaite: il s'en faut qu'elle soit rigoureuse et logique comme dans les formes chroniques. Son insuffisance tient d'une part à la débilité intellectuelle qui est ordinaire chez les individus affectés de délire d'emblée, d'autre part à la rapidité d'évolution de ces délires, qui ne laisse pas aux conceptions fausses le temps de s'organiser en un système bien construit. C'est presque par un abus de mots, qu'à l'exemple des auteurs étrangers nous avons appelé délires systématisés les troubles mentaux dont il s'agit. Nous avons tenu toutefois à employer cette expression pour bien marquer la différence qui sépare ces troubles dans lesquels l'élément fondamental et ordinairement premier en importance est l'idée délirante, de ceux où elle n'est que secondaire, accessoire et inconstante, comme dans la manie et la dépression mélancolique décrites en premier lieu.

Ce qui prouve encore le peu d'importance de la nature des conceptions fausses et le peu de solidité de leur systématisation, c'est la variabilité et la multiplicité possible de ces conceptions. Lorsque, ce qui n'est pas rare, on voit apparaître chez un même malade, à des époques différentes de la vie, plusieurs bouffées délirantes, ces bouffées peuvent différer les unes des autres; dans la première, par exemple, on constatera surtout des idées de persécution, dans la seconde surtout des idées ambitieuses. Il arrive même parfois qu'une bouffée de conceptions ambitieuses ou mystiques fait suite immédiatement et sans intervalle à une poussée d'idées de persécution, par exemple. Il y a plus: au cours d'un même accès on voit souvent coïncider des idées délirantes de diverse nature (idées ambitieuses et de persécution, idées hypocondriaques et mystiques). Aussi a-t-on considéré le *polymorphisme* comme caractéristique des délires systématisés des dégénérés, particulièrement des délires aigus.

La guérison est la terminaison ordinaire de ces délires, après une durée qui peut très exceptionnellement ne pas excéder quelques heures, qui plus souvent se prolonge pendant plusieurs jours et d'habitude pendant quelques semaines. Mais cette guérison n'est habituellement que temporaire; dans la règle, les bouffées délirantes récidivent, et souvent plusieurs fois au cours de la vie du malade.

Il arrive, d'ailleurs, qu'au lieu de disparaître simplement la poussée aiguë délirante se continue avec un des délires systématisés chroniques dont il nous

reste à parler. Il convient de reconnaître que ces délires aigus systématisés deviennent de plus en plus rares depuis qu'on en a englobé bon nombre parmi les manifestations de la *démence précoce* (Forme paranoïde).

**Délires systématisés chroniques.** — Les délires dont il est ici question, et que nous appelons délires systématisés *chroniques*, par opposition aux bouffées délirantes d'une durée courte dont nous avons précédemment parlé, ne sont pas tous, tant s'en faut, des délires incurables. Entre la simple bouffée délirante, dont la durée n'excède pas quelques semaines, et la folie systématisée qui n'aboutit pas à la guérison, il y a tous les intermédiaires: des délires durant plusieurs mois, d'autres aussi longtemps que vit le malade. C'est assez dire qu'il n'y a pas de barrière clinique tranchée entre les deux groupes que nous avons admis.

Le degré de systématisation des conceptions délirantes dépend d'ailleurs, en grande partie, du degré d'intelligence du malade. Aussi, si l'on ne craignait de multiplier les subdivisions, pourrait-on opposer aux délires des dégénérés *débiles* ceux des simples *déséquilibrés*. Les premiers portent toujours la marque du terrain sur lequel ils ont pris naissance. Une intelligence faible, incapable de juger sainement les choses, dépourvue de sens critique, qui a peine à associer logiquement les idées, est incapable d'organiser une systématisation délirante bien construite. La puérité des conceptions fausses, leur grossière invraisemblance, leur manque absolu de logique, accusent la faiblesse du cerveau qui leur a donné naissance. Les délires des déséquilibrés, des dégénérés supérieurs, comme on les appelle quelquefois, sont fort différents: les idées délirantes sont moins absurdes, elles se tiennent et s'enchaînent mieux, en un mot leur systématisation est plus parfaite. Cette systématisation, dans quelques cas, n'est pas notablement inférieure à ce qu'elle est dans le délire de persécution à évolution systématique; si bien qu'on est en droit de se demander, en face des cas de cet ordre, si l'on a raison de les ranger tous parmi les délires de dégénérescence. Un certain nombre d'entre eux paraissent devoir être distraits de ce groupe. Il n'est pas démontré, en effet, que le délire de persécution à évolution systématique soit la seule forme de folie systématisée susceptible de se développer chez des héréditaires autres que les héréditaires dégénérés: certains faits de mégalomanie notamment paraissent être dans ce cas, et il est probable que l'observation attentive de ces faits montrera que la vérité n'est pas plus dans la doctrine exclusive d'après laquelle tous les délires systématisés autres que le délire chronique sont des délires de dégénérescence, qu'elle n'est dans celle de quelques auteurs allemands et italiens pour qui le plus grand nombre des folies systématiques, des paranoïas, sont étrangères à la dégénérescence. Quoi qu'il en soit, les délires des débiles peuvent être pris pour types de ceux que nous avons à décrire ici.

Ils apparaissent quelquefois à la suite d'un de ces délires d'emblée dont nous avons parlé précédemment. Les idées délirantes brusquement développées, multiples et mobiles, qui caractérisent ces derniers, se modifient après quelques jours ou quelques semaines; elles se tassent si l'on peut dire. Mais au lieu que la guérison se produise comme dans beaucoup de cas, elles laissent après elles une ou deux conceptions délirantes qui pourront persister des années. D'autres fois le délire systématisé chronique s'installe lentement et progressivement. Il peut faire son apparition dès le jeune âge, à 12, 14 ans, contrairement au délire de persécution à évolution systématique qui débute d'une façon