

tardive, d'où le nom de *paranoïa originnaire*, sous lequel l'a décrit Sander. Il n'est souvent, comme nous l'avons dit, que l'exagération d'une tendance malade du caractère, tendance à la méfiance, à la vanité et à l'orgueil, à l'hypocondrie, au mysticisme. Il peut avoir pour point de départ un fait exact, duquel l'intelligence débile du malade tire des conclusions erronées. Une femme est trompée par son mari, ou simplement, à quelques indices, elle suppose qu'elle puisse l'être; elle part de là, avec la tournure méfiante de son esprit, pour se convaincre que son mari veut se débarrasser d'elle, qu'il a fait sur sa personne, seul ou avec des complices, des tentatives d'empoisonnement, et elle verse dans les idées de persécution. Un enfant naturel, réfléchissant à l'irrégularité de sa naissance, en arrive à se convaincre qu'on lui cache son origine pour accaparer un héritage ou des titres qui lui reviennent, et il construit une systématisation ambitieuse. Dans ces cas, le délire résulte d'interprétations fausses, qu'accepte sans pouvoir en faire la critique la faible intelligence du débile: il est la conséquence de la tendance aux explications par le merveilleux qui caractérise le dégénéré, tendance servie ou plutôt desservie par une logique vicieuse. Les troubles psycho-sensoriels tiennent ordinairement peu de place dans l'organisation de ces folies systématisées, ce qu'expliquent leur pathogénie et le mode de leur développement.

Comme nous l'avons dit plus haut, la systématisation se ressent de l'état de débilité mentale du sujet. Le délire est souvent mal venu, illogique et incorrect; il diffère notablement du délire de persécution à évolution systématique, ou même des folies des simples déséquilibrés qui, jouissant d'une intelligence plus vive, d'une faculté syllogistique mieux développée, sont capables de relier plus logiquement les unes aux autres leurs conceptions fausses, qui d'ailleurs présentent un cachet d'absurdité moins marqué.

D'autre part, la facilité avec laquelle les idées morbides naissent dans ces cerveaux rend compte de leurs variations. Plus lente est à s'installer une conviction délirante, moins changeante et plus immuable est sa physionomie et inversement. Aussi chez les débilés les idées fausses sont-elles variables et multiples: les idées ambitieuses coïncident avec les idées de persécution, les préoccupations hypocondriaques avec les idées mystiques. Et ces différentes variétés de conceptions délirantes peuvent apparaître simultanément, se succéder, se remplacer les unes les autres sans ordre et sans méthode, avec plus de lenteur toutefois que dans les délires systématisés aigus. Il en est tout autrement dans la psychose systématique progressive, où, comme nous l'avons vu, les idées malades s'enchaînent avec régularité et logique.

Au reste, le fond même du délire roule toujours sur les diverses variétés de conceptions fausses que nous avons énumérées plus haut, *hypocondriaques*, de *persécution*, *ambitieuses* et *mystiques*: les malades ne peuvent plus manger, ils ont l'estomac détruit, les intestins bouchés, ils ont un corps étranger dans le pharynx, une maladie de cœur, de la tuberculose pulmonaire, ils croient avoir contracté la syphilis, ils se disent impuissants (idées hypocondriaques); on leur en veut, on les pourchasse, on cherche à les empoisonner, on les regarde de travers en se moquant d'eux, on chuchote sur leur passage (idées de persécution); ils ont une grosse fortune, des châteaux, ils ont un grade important dans l'armée, sont fils d'un personnage illustre, présidents de la République (idées ambitieuses); ils parlent du magnétisme et du spiritisme, ils veulent faire pénitence pour gagner le ciel, ils ont des rapports avec le diable, ils voient la

Vierge et les saints, ils sont chargés d'une mission divine, ils sont de purs esprits, créateurs de toutes choses (idées mystiques).

Nous avons dit que les *hallucinations* ne font pas forcément partie intégrante du délire des débilés. Elles peuvent toutefois s'y montrer. Ce sont alors des hallucinations de l'ouïe et du goût, de la sensibilité générale, surtout lorsque le délire revêt la forme de délire de persécution. Les hallucinations de la vue s'observent principalement dans le cas de délire mystique.

La marche et l'évolution de ces délires est fort variable suivant les cas.

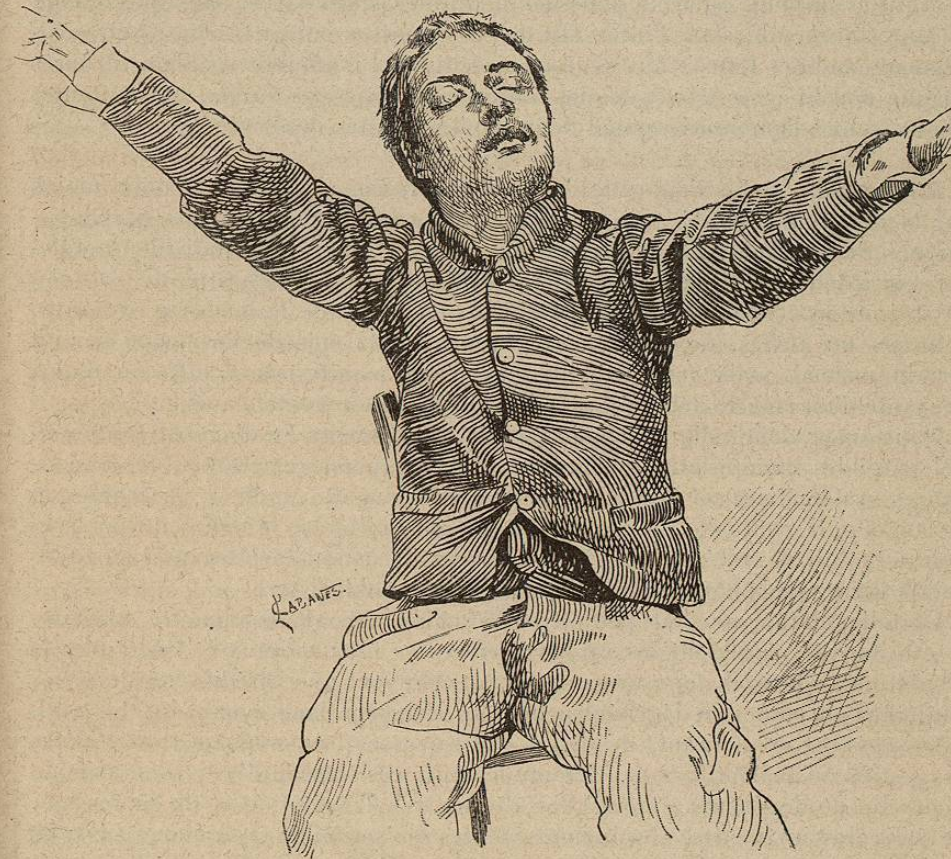


Fig. 241. — Délire mystique.

Beaucoup guérissent, quitte à récidiver plus tard sous la même forme, ou sous une forme différente. La guérison peut être brusque: après avoir manifesté pendant un, deux, trois ans, des idées de persécution ou des idées ambitieuses, ou des idées mystiques, le malade sort tout à coup de son rêve morbide et revient à l'état normal. D'autres fois, c'est avec lenteur que les conceptions délirantes s'atténuent, s'égrènent en quelque sorte, chemin faisant, jusqu'au jour où elles s'effacent complètement. D'une façon générale on peut dire que les délires systématisés des débilés ont plus de tendance à disparaître que ceux des simples déséquilibrés: il semble que leur systématisation étant moins par-

faite et moins logique, ils fassent moins intimement corps avec le cerveau. Le polymorphisme, la multiplicité, la variabilité d'un moment à l'autre des conceptions fausses est, au point de vue du pronostic, un élément de bon augure.

Enfin ces délires guérissent d'autant plus aisément que le malade est plus jeune. Chez les individus qui ont dépassé l'âge mûr, à plus forte raison chez les vieillards, ils tendent à s'éterniser. Beaucoup de délires des dégénérés aboutissent plus ou moins rapidement à un état de *démence* et rentrent plus ou moins aussi dans la *démence précoce*. Nous avons dit que les folies dégénératives, quand elles guérissent, ont de la tendance à récidiver. Certains malades peuvent avoir deux ou trois poussées délirantes successives, sans que le fond de leur état mental, dans l'intervalle de ces poussées ou après elles, soit sensiblement modifié. Dans d'autres cas, l'intelligence s'affaiblit visiblement après chaque nouvel accès, et comme les formes continues, ces formes intermittentes aboutissent à l'amointrissement définitif des facultés intellectuelles.

Diagnostic. — Le diagnostic de la dégénérescence mentale repose moins sur la notion d'hérédité que sur la connaissance des antécédents psychopathiques des malades. Le dégénéré, nous l'avons dit, est un individu moralement et intellectuellement anormal : il suffira d'une enquête attentive sur son passé pour se convaincre que les accidents en présence desquels on se trouve, délirants ou autres, ne constituent pas un simple épisode développé sur un terrain normal, mais sont l'aboutissant et la manifestation plus ou moins bruyante d'un état de débilité ou de déséquilibre mental ancien.

Nous avons déjà indiqué chemin faisant les éléments du diagnostic différentiel entre les manifestations délirantes des dégénérés (excitation, dépression, délires systématisés) et les psychoses précédemment étudiées, la manie, la mélancolie, la confusion mentale, la folie intermittente, le délire de persécution à évolution systématique. Nous n'avons ici à nous arrêter qu'à quelques points sur lesquels nous n'avons pas eu l'occasion d'insister.

La folie morale ne doit pas être confondue avec la criminalité vulgaire, si étroits que paraissent les rapports entre les fous moraux et les criminels d'habitude. Chez les fous moraux on note souvent une hérédité lourde et des stigmates physiques de dégénérescence; on retrouve dans leur passé des accidents nerveux ou délirants de divers ordres, assez fréquemment des troubles congestifs ou épileptiformes. Communément, ces déséquilibrés sont, comme beaucoup de dégénérés, sujets à des alternatives d'excitation et de dépression. Ce sont des instinctifs, absolument inaptes à s'assimiler au milieu social; ils se livrent aux actes répréhensibles ou délictueux sans aucun souci de la prudence ou de leurs intérêts (Krafft-Ebing); ils ne saisissent pas d'ordinaire la gravité de leurs méfaits, et sont plutôt portés à les raconter, au besoin à s'en vanter, qu'à les dissimuler. Quelque opinion qu'on se fasse sur un criminel d'habitude, le fou moral en diffère en ce que chez lui la tare pathologique originelle est évidente : on ne peut méconnaître son influence sur la série en général ininterrompue, en dépit des exhortations, des leçons, des punitions, des actes immoraux du dégénéré.

Les obsessions et l'angoisse qui les accompagne ressemblent quelquefois d'assez près aux préoccupations pénibles des mélancoliques. Mais l'obsédé a conscience de son état, il en reconnaît la nature malade, il ne présente ni la dépression, ni la conviction ferme du lypémaniaque, qui est triste parce qu'il

se croit coupable, ou ruiné, ou profondément atteint dans sa santé. Les accès d'exaltation mentale qui se montrent si souvent au cours de la dégénérescence simulent l'agitation maniaque. Mais la manie, nous l'avons vu, est une affection accidentelle, en général provoquée par des causes physiques ou morales, qui éclate chez des individus jusque-là sains d'esprit et jouissant d'une suffisante équilibration cérébrale. Ils ressemblent aussi aux accès de manie épileptique. Mais ces derniers sont plus brusques dans leur apparition; en général de très courte durée, ils sont suivis d'une amnésie plus ou moins complète.

C'est surtout avec les paralytiques généraux au début qu'on pourrait confondre les dégénérés en état d'excitation maniaque : dans les deux cas, même activité dévorante, même esprit entreprenant, même tendance aux achats et aux excès vénériens ou bachiques, même loquacité. Mais chez l'excité maniaque les idées sont mieux coordonnées, moins absurdes, tandis que chez le paralytique, par leur incohérence et leur puérité, elles attestent de bonne heure l'affaiblissement intellectuel commençant : on ne tardera pas d'ailleurs à relever dans ce dernier cas les signes somatiques, troubles pupillaires, altération de la parole, etc., qui permettent de porter le diagnostic.

Les délires systématisés de la dégénérescence peuvent prêter à certaines confusions. Les délires de persécution ressemblent quelquefois d'assez près au délire de persécution à évolution systématique : nous nous sommes expliqué plus haut sur ces analogies et sur les éléments de diagnose. Chez les individus à cerveau affaibli, alcooliques chroniques, vieillards à artères athéromateuses, on observe assez souvent des idées de persécution qui se distingueront de celles des dégénérés en ce qu'elles surviennent dans les conditions spéciales que nous venons d'indiquer et indépendamment de tout stigmate antérieur de dégénérescence. Il en est de même des idées ambitieuses qui peuvent apparaître aussi dans des circonstances identiques.

Le délire hypocondriaque dégénératif pourrait être confondu avec les idées hypocondriaques des mélancoliques, des neurasthéniques, des paralytiques généraux. Dans la mélancolie, l'idée délirante est secondaire à l'état de dépression mentale, qui fait défaut dans l'hypocondrie dégénérative. Chez les neurasthéniques les idées hypocondriaques ne sont pas manifestement absurdes, elles sont une déduction logique et raisonnée, quoique exagérée et fautive, des sensations éprouvées par les malades : ceux-ci acceptent qu'on discute leur conviction, ils se laissent réfuter, les bons arguments qu'on leur fournit les rassurent : les meilleures raisons n'ont au contraire aucune prise sur le dégénéré hypocondriaque, elles sont insuffisantes à atténuer ses appréhensions. Quant au paralytique général, outre que ses idées malades sont particulièrement absurdes, il présente des signes somatiques qui permettent de le reconnaître : il faut dire toutefois que, dans quelques cas, le diagnostic reste momentanément hésitant si ces signes tardent à se montrer.

Il importe enfin de distinguer les délires plus ou moins bien systématisés des dégénérés des délires analogues rencontrés dans la forme paranoïde de la *démence précoce*. La ressemblance est telle que quelques auteurs aujourd'hui n'hésitent pas à rayer les premiers au profit des seconds. Quelque opinion qu'on doive se faire sur la nature de la *démence paranoïde*, cette manière de voir nous paraît trop radicale. Nous pensons qu'on ne doit considérer comme relevant de la *démence précoce* que ceux qui aboutissent promptement à l'affaiblissement intellectuel caractérisé surtout par l'affaiblissement de l'attention et par l'in-

différence émotionnelle. C'est le cas du plus grand nombre, non de tous. A la vérité, on pourrait alors considérer les derniers comme des cas de démence précoce guérie. Mais alors il s'agit d'une simple question d'interprétation et de nomenclature et non d'une différenciation clinique.

Pronostic. — La dégénérescence mentale est un état permanent et durable. Mais nous avons vu qu'à côté des manifestations continues de cet état (faiblesse ou déséquilibre de l'intelligence, anomalies du caractère et de la conduite) il en est d'épisodiques : telles sont les obsessions, qui apparaissent d'ordinaire sous forme de poussées avec des intervalles d'apaisement et d'acalmie. Il en est de même du délire : inconstant, le délire, quand il se montre, peut être très passager, ne pas excéder quelques jours ou quelques semaines; d'autres fois, nous l'avons vu, il s'organise en système, devient chronique et aboutit à la démence. Malheureusement nous disposons de peu d'éléments pour établir la durée probable d'un accès de délire. On peut dire cependant qu'en thèse générale la gravité est en raison inverse de la brusquerie du début et du polymorphisme des idées délirantes : la chronicité est d'autant plus à redouter que la folie s'est installée plus insidieusement et que les divagations sont plus circonscrites, plus uniformes et mieux systématisées.

Traitement. — La première indication est de soumettre les enfants qui présentent des tares dégénératives à une bonne hygiène intellectuelle et morale. C'est chez eux surtout que doit être soigneusement évité le surmenage. Le travail sera régulier et modéré, entrecoupé par des exercices physiques. Ces enfants se trouveront mieux en général de la vie rurale que de la vie urbaine. Le rôle de l'éducateur consistera à étudier leurs aptitudes et leurs tendances de façon à les diriger dans la voie où ils semblent devoir réussir avec le moins d'efforts, et à instituer une sorte d'orthopédie morale. On évitera tout ce qui peut surexciter l'imagination ou contrarier brutalement le caractère : on n'oubliera pas que les émotions violentes sont souvent, dans l'espèce, du plus déplorable effet; on prendra garde toutefois de favoriser les caprices par une faiblesse maladroitement douce et fermeté, telle est la formule qui résume l'attitude à prendre. Il va sans dire que ces préceptes ne s'appliquent qu'aux dégénérés dont l'intelligence présente un assez haut degré de développement. Quant aux imbéciles et même à certains débiles, leur instruction nécessite l'emploi de méthodes et de procédés particuliers qu'il est difficile d'appliquer en dehors de certains services ou de certains établissements spéciaux consacrés à l'éducation des enfants arriérés. Le dégénéré, lorsque les anomalies du caractère et de la conduite revêtent la forme de folie morale, devient un fléau de famille et souvent un danger social. La séquestration s'impose dans ce cas comme une mesure nécessaire de sécurité.

Il est difficile d'indiquer des règles générales applicables au traitement des obsessions. Comme celles-ci révèlent d'ordinaire un état de faiblesse nerveuse (neurasthénie) plus ou moins accusé, elles indiquent l'emploi des toniques (fer, arsenic, strychnine) et de l'hydrothérapie. Les travaux, particulièrement les travaux manuels, les occupations régulières sans fatigue, les distractions calmes, sont propres à les atténuer. On simplifiera le plus possible la vie de ces malades. Il sera bon, quand on le pourra, de placer à côté d'eux une personne à volonté ferme, à caractère à la fois énergique et doux, qui s'attachera à dissiper

les incertitudes du douteur, à rassurer les phobiques, à relever la volonté des impulsifs et des abouliques. La tâche est malaisée à la vérité et ne peut être, dans la pratique, qu'insuffisamment remplie, parce qu'elle suppose une connaissance et une expérience de l'état mental des obsédés qu'on ne saurait acquérir qu'avec des études et des connaissances psychologiques que possèdent peu de médecins. La suggestion hypnotique a été souvent conseillée; mais il ne faut pas oublier que les obsédés sont difficilement hypnotisables. La suggestion à l'état de veille, la psychothérapie par persuasion sont ici également sans grand effet. Ce qu'il faut faire c'est moins raisonner les malades que leur donner un appui moral, les aider à dissiper leurs doutes, les rassurer dans leurs phobies. Ce ne sont pas des délirants qui se trompent et dont il importe de rectifier le jugement; ce sont des impuissants qu'il faut seconder dans leur incapacité mentale.

Quant aux troubles délirants, quelle que soit leur forme, idées de persécution, ambitieuses, mystiques ou hypocondriaques, ils nécessitent en général l'internement. L'isolement de la maison de santé constitue en effet, dans ces cas, non seulement une mesure de précaution, mais un procédé de traitement (1).

BIBLIOGRAPHIE. — TRÉLAT. *La folie lucide*. Paris, 1861. — MAGNAN. Leçons cliniques sur les héréditaires, in *Leçons sur les maladies mentales*. Paris, 1895, p. 157 et suiv. — LEGRAIN. *Du délire chez les dégénérés*. Thèse de Paris, 1886. — SAURY. *Étude clinique sur la folie héréditaire*. Paris, 1886.

(1) Lire : J. LUYS. *Le traitement de la folie*. Paris, Rueff, 1895.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES DIX VOLUMES

DU TRAITÉ DE MÉDECINE

A

- Abcès de la MOELLE**, IX, 589. — de la RATE, V, 865. — du BULBE, IX, 518.
 — du CERVEAU. ÉTIOLOGIE, IX, 258. Suppuration otique, IX, 259. ANATOMIE PATHOLOGIQUE. Siège et nombre, IX, 261. Volume, pus, parois, IX, 262. SYMPTÔMES. Phase d'excitation, IX, 263. Phase de rémission, phase paralytique, IX, 264. Formes. DIAGNOSTIC, IX, 265. Pronostic, traitement, IX, 267.
 — du CERVELET. Étiologie et anatomie pathologique, IX, 401. Symptômes, IX, 404. Diagnostic. Traitement, IX, 406, 407.
 — du FOIE : Abcès métastatiques, V, 154. Foie pyémique, V, 155. Grands abcès du foie. Abcès tropicaux, V, 156. Notion de l'infection, V, 158. Cause spécifique (dysenterie), causes adjuvantes, V, 158. Lésions, V, 159. Bactériologie, V, 141. Pus amicrobiens, V, 142. Histoire clinique, V, 144. Terminaisons, V, 147. Diagnostic, V, 149. Pronostic, V, 150.
 — du REIN par non-élimination des calculs, V, 765.
 — *sous-muqueux superficiel* de la base de la LANGUE. Symptômes, IV, 79. Anatomie pathologique, étiologie, pronostic, diagnostic, IV, 80, 81. Traitement, IV, 82.
Aboulie des dégénérés, X, 968.
Absence congénitale du cervelet, IX, 408.
 — *épileptique*, X, 648.
Acanthosis nigricans. Description, anatomie pathologique, diagnostic, traitement, III, 522, 523.
Accoutumance aux toxines, I, 156.
Acétonémie et acétonurie, théorie du coma diabétique, I, 525.
Achondroplasie. Historique, X, 550. Description symptomatique, X, 551. Formes, X, 556. Étude anatomo-pathologique, X, 557. Étiologie. Pathogénie. Théorie du rachitisme intra-utérin, X, 558, 559. T. infectieuse. T. de la dystrophie du cartilage primordial, X, 540, 541. Diagnostic. Traitement, X, 541.
Acides de l'organisme, I, 577.
Acné comédon ou ponctuée. Description III, 537. Anatomie pathologique, étiologie, III, 538. Diagnostic, traitement, III, 539.
Acné [chéloïdienne]. Description, anatomie pathologique, étiologie, III, 548, 549. Diagnostic, traitement, III, 550.
 — *cornée*, anatomie pathologique, traitement, III, 540, 541.
 — *miliaire*. Définition, III, 539. Description, étiologie, anatomie pathologique, traitement, III, 540.
 — *nécrotique*. Définition, description, III, 550. Étiologie, anatomie pathologique, III, 550. Diagnostic, traitement, III, 552.
 — *rosée*. Définition, description, III, 545. Étiologie, anatomie pathologique, diagnostic, III, 545, 546. Traitement, III, 548.
 — *simplex*, disséminée ou pustuleuse. Définition, description, III, 541. Anatomie pathologique, étiologie, diagnostic, traitement, III, 545.
 — *varioliforme*, III, 508.
Acnés (Les) III, 556.
Acromégalie. Historique, X, 490. SYMPTOMATOLOGIE. Hypertrophie des mains, X, 491. H. des pieds. H. de la tête, X, 492. Symptômes secondaires, X, 495. Évolution. Diagnostic, X, 498. Anatomie pathologique. Squelette, X, 500. Pituitaire, X, 502. Moelle, X, 504. Étiologie et pathogénie, X, 506. Traitement, X, 510.
Actinomycose. HISTORIQUE, I, 817. — ANATOMIE et PHYSIOLOGIE pathologiques. Lésions actinomycosiques chez les animaux, I, 824. Lésions actinomycosiques chez l'homme, I, 827. — MORPHOLOGIE et biologie du parasite, I, 818. Caractères des cultures, I, 820. Inoculation aux animaux, I, 822. Étiologie, I, 825. — SYMPTOMATOLOGIE. Forme cervicofaciale, I, 829. Forme thoracique, I, 852. Forme abdominale, I, 854. Forme cérébrale, I, 855. Forme cutanée, forme pyoémique, I, 856. Pronostic, I, 856. Diagnostic, I, 857. Traitement, I, 840.
 — Ulcérations intestinales, IV, 485.
 — *hépatique*. Anatomie pathologique, clinique, V, 520.
Addison (Maladie d'), V, 792.
 — HISTORIQUE, V, 792. ÉTIOLOGIE, V, 795. SYMPTÔMES. Mélanodermie, asthénie, V, 794. Troubles gastro-intestinaux, V, 795. Marche, V, 797. Mort subite, V, 798. Formes cli-