

Le traitement des symptômes, également variable, ne doit pas, cela va sans dire, être négligé.

δ) Dans la *forme paranoïde*, le traitement, généralement impuissant, se réduit à peu de chose, et le système délirant confus s'établit et s'aggrave sans qu'on puisse s'y opposer de façon vraiment efficace. Toutefois, dans les premières périodes surtout, alors que la chronicité n'est pas encore définitive, on peut obtenir quelques bons résultats du traitement habituel de la confusion mentale, des toniques, de la sérothérapie, de la psychothérapie.

ε) L'*internement* est presque toujours nécessaire dans la *forme paranoïde* de la démence précoce, sinon au début, dans la phase aiguë, au moins plus tard, à la période délirante. Il en est de même dans la plupart des cas d'*hébéphrénie*, en raison des poussées d'excitation, des fugues et autres impulsions qui s'y observent. Dans la *forme catatonique*, on peut se contenter souvent d'un simple isolement.

ζ. A la *période terminale*, le traitement consiste à aider dans la mesure du possible à la guérison par des toniques, des stimulants, des dérivatifs, des révulsifs, la psychothérapie.

Si l'*incurabilité* survient, sous la forme d'évolution quasi-cyclique, ou de démence incomplète, il convient encore soit de favoriser la fréquence et la durée des rémissions, soit de conserver et d'utiliser la partie survivante de l'intelligence par tous les moyens appropriés, en particulier par un programme de vie organisé et réglé dans ce but, par une sorte de rééducation, comme chez les asphasiques (TRÖMMER, SÉRIEUX).

« Le travail peut être considéré chez ces malades comme un endiguement du processus démentiel ; car, en dehors de la lésion irréparable causée par la maladie, il se pourrait que la démence progressive ultérieure fût le résultat de la non-utilisation du capital intellectuel existant encore. Cette hypothèse mérite d'être approfondie, car elle laisserait entrevoir la possibilité d'une thérapeutique psychologique qui garantirait ces aliénés de la démence profonde à laquelle aboutissent un grand nombre d'entre eux. » (MASSELOX.)

CHAPITRE IV

PSYCHOSES SYSTÉMATISÉES ESSENTIELLES

PSYCHOSE SYSTÉMATISÉE ESSENTIELLE PROGRESSIVE

Dans ce chapitre nous étudierons les psychoses systématisées essentielles représentées par leur espèce unique : la *psychose systématisée essentielle progressive*.

ARTICLE PREMIER

GÉNÉRALITÉS SUR LES DÉLIRES SYSTÉMATISÉS

La *psychose systématisée essentielle progressive*, telle que nous l'avons indiquée au chapitre de la classification et telle que nous allons la décrire, ne représente pas, tant s'en faut, malgré son caractère synthétique, la totalité des délires systématisés. Il en existe d'autres, et leur nombre s'en augmente tous les jours.

Si l'on veut se rendre compte de cette multiplicité des délires systématisés, il suffit de lire les nombreux travaux d'ensemble sur la question : ceux de SÉGLAS, de KÉRAVAL, de ROUBNOVITCH et surtout l'ouvrage de J. DE MATTOS (de Porto) sur la *Paranoïa* (1898), ainsi que l'excellent article d'ARNAUD sur les délires systématisés, dans le *Traité de Pathologie mentale* de BALLEZ (1903). On y verra que sous le terme générique de *Paranoïa*, classique chez les Allemands et les Italiens et qui, par suite, aurait quelque tendance à être adopté en France, on englobe une foule d'états psychopathiques, n'ayant d'autre caractère commun que celui de se manifester par des idées morbides circonscrites et allant depuis la *psychose systématisée essentielle progressive* (*paranoïa primitive chronique tardive ou acquise*) jusqu'aux idées fixes et aux obsessions (*paranoïa abortive ou rudimen-*

taire) en passant par certains délires systématisés des dégénérés (paranoïa primitive chronique originelle) et certains cas de confusion mentale hallucinatoire (paranoïa primitive aiguë).

Ces groupements, explicables dans une étude sémiologique de l'idée morbide systématisée en pathologie mentale, ne le sont plus lorsqu'il s'agit de déterminer des espèces nosologiques dans les psychoses systématisées. Il est certain, en effet, que l'obsession, par exemple, qui n'est ni un délire systématisé, ni même un délire, puisqu'elle laisse la raison proprement dite intacte, ne saurait être placée dans le même tableau que la Psychose systématisée progressive, même en lui appliquant l'épithète d'abortive ou de rudimentaire.

ARNAUD a essayé de simplifier, dans le tableau suivant, cette question si complexe des délires systématisés.

TABLEAU DES DÉLIRES PARTIELS OU SYSTÉMATISÉS
(Paranoïa des Allemands.)

I. — DÉLIRES SYSTÉMATISÉS AIGUS. (Paranoïa aiguë).

II. — DÉLIRES SYSTÉMATISÉS CHRONIQUES. (Paranoïa chronique.)	1° Dépressifs.	}	Persécutés à évolution systématique.	} Forme typique de LASÈGUE-FALRET et délire chronique de MAGNAN. Forme psychomotrice de SÉGLAS.
			Persécutés auto-accusateurs et persécutés mélancoliques. Délire d'auto-accusation systématisé primitif. Délire hypocondriaque systématisé. Religieux. Ambitieux. Erotique.	
	2° Expansifs.			

Ce tableau admet, on le voit, deux groupes de délires systématisés établis d'après l'évolution : 1° *les délires systématisés aigus*; 2° *les délires systématisés chroniques*. « Dans chacun de ces groupes, le contenu du délire, la nature des idées délirantes permettent de distinguer un certain nombre de formes : délire de persécution, de grandeur, hypocondriaque, mystique, etc. »

« Ces deux groupes de délires systématisés ne se distinguent pas seulement par leur mode de développement et par leur marche. Ils diffèrent encore, et ceci a une importance pratique considérable, par leur terminaison : tandis que les délires chroniques sont permanents, à peu près absolument incurables, les délires aigus, au contraire, sont transitoires et, au moins quand on considère un accès isolé, le plus généralement curables. »

Deux méthodes s'offrent à nous pour l'étude sommaire, telle qu'elle doit être faite ici, des délires systématisés : la méthode d'ARNAUD, consistant à décrire dans le présent chapitre les principales formes de délires systématisés en suivant la division adoptée par lui en *délires systématisés aigus* et *délires systématisés chroniques* et la méthode de MAGNAN, consistant à considérer dans l'ensemble des délires systématisés : 1° une *Psychose systématisée essentielle progressive*, appelée par lui *Délire chronique*, avec ses variétés ou étapes; 2° *les délires systématisés aigus, raisonnants, d'auto-accusation, d'interprétation* (SÉRIEUX), etc., qui sont avant tout des *délires de dégénérés*, dans la description desquels ils entrent par conséquent.

Les deux méthodes, comme les théories dont elles découlent, sont toutes deux défendables et critiquables. Nous adoptons la seconde, ainsi que nous l'avions déjà fait dans la précédente édition de cet ouvrage, parce qu'elle nous paraît, sinon plus juste en théorie, au moins plus simple en pratique pour nos lecteurs.

Nous nous bornerons donc à donner ici, après quelques explications préalables sur la manière dont elle peut être conçue, la description de la psychose systématisée essentielle progressive, réservant pour le chapitre consacré aux Psychoses des dégénérés les autres variétés de délires systématisés.

ARTICLE II

SYNTHÈSE CLINIQUE DES DÉLIRES SYSTÉMATISÉS ESSENTIELS

Envisagées au point de vue de la forme du délire, les folies systématisées sont relativement nombreuses : elles comprennent,

en effet, la folie hypocondriaque, la folie de persécution, la folie religieuse, la folie politique, la folie jalouse, la folie érotique, la folie ambitieuse, etc., etc. Mais, ainsi qu'on l'a vu au chapitre de la classification, toutes ces folies ne représentent pas, à proprement parler, des entités distinctes; ce sont des variétés ou plutôt des phases de la même maladie.

Le sujet passe d'abord par un état d'inquiétude pénible, pendant lequel, éprouvant des troubles étranges et sentant ses rapports avec le monde extérieur se modifier, il se replie sur lui-même et s'enfonce dans une analyse douloureuse. D'une acuité psychique d'autant plus vive que toutes ses facultés sont tendues vers le même objet, il scrute attentivement tout ce qui se dit, tout ce qui se fait, tout ce qui se passe autour de lui, et, dans toutes choses, par une série de raisonnements plus ou moins logiques, il découvre quelque ressort caché, quelque allusion à sa personne ou à sa situation. C'est là la *période hypocondriaque* de MOREL, la *période d'incubation* de FALRET père, la *période d'inquiétude* de MAGNAN, qu'on pourrait appeler aussi *période de concentration analytique* ou *d'analyse subjective*, en raison de cette tendance à l'analyse inductive qui prédomine à ce moment chez le malade. Des hallucinations peuvent venir s'y joindre, mais c'est surtout dans la période suivante qu'on les observe d'une façon à peu près constante.

Dans cette seconde période, le malade imagine une explication rationnelle de ses souffrances, de ses inquiétudes, de l'attention véritablement surprenante dont il se croit l'objet; il trouve, comme on l'a dit si heureusement, « la formule de son délire ». Si les incidents fâcheux se multiplient sur sa route, s'il entend des voix qui l'injurient et répondent à ses pensées les plus secrètes, s'il sent de mauvaises odeurs, si ses aliments ont un goût étrange, s'il éprouve dans le corps de véritables secousses électriques, c'est qu'il est en butte à la malveillance et à l'animosité des gens ou de certains hommes en particulier. Des ennemis puissants et acharnés à sa perte ont organisé contre lui un véritable complot et ils ont recours, pour le perdre, à des procédés mystérieux tels que le magnétisme, l'électricité, le téléphone, etc. C'est le *délire de persécution*, découvert et magis-

tralement décrit par CH. LASÈGUE. Une fois implanté dans l'esprit du sujet, ce délire y prend corps peu à peu, s'y élabore et, par degrés insensibles, en arrive à former un thème invariable, une espèce de roman à clef dont le malade est à la fois l'acteur et le personnage principal. Cette seconde phase mérite bien, comme on le voit, le nom de *période d'explication délirante*.

Au bout d'un temps plus ou moins long, quelquefois seulement après bien des années, une modification importante a lieu dans l'état du sujet qui de *persécuté* devient *ambitieux* ou, comme on l'a dit, *mégalomane*. Il ne s'agit pas uniquement ici d'un changement de délire, d'une nouvelle explication substituée à l'ancienne; c'est la personnalité tout entière de l'aliéné qui se trouve transformée: il est prince, il est roi, il est prophète, il est Dieu. Ainsi surviennent des idées ambitieuses qui se joignent aux idées de persécution non par simple association, mais par une combinaison des plus intimes, de manière à former un tout parfaitement homogène dans lequel les deux éléments délirants entrent pour une part plus ou moins grande, suivant les cas. Dès lors, le malade reste comme incrusté dans cet état qui persiste, on peut le dire, jusqu'à la mort. C'est là le troisième et dernier stade, ou *stade de transformation de la personnalité*.

Quant à la quatrième période admise par MAGNAN sous le nom de période de *démence*, elle ne constitue pas, en réalité, une phase de la maladie, mais uniquement un de ses modes de terminaison, comme cela a lieu pour toutes les autres formes de psychoses. Beaucoup de délirants systématisés n'arrivent jamais d'ailleurs à la démence proprement dite et, alors même que leur intelligence vient à la longue à s'affaiblir, leur délire survit toujours avec ses caractères essentiels.

Cette conception de la folie systématisée type est extrêmement juste et elle répond, sauf les exceptions dont nous aurons à parler plus tard, à la réalité des faits. Mais il y a plus: les autres folies systématisées dont nous avons signalé l'existence peuvent rentrer également dans ce cadre synthétique. C'est ainsi que la *folie systématisée religieuse* n'est pas, en y regardant de

près, une folie à part, mais simplement une variété d'explication délirante faisant pendant au délire de persécution. Il en est de même du *délire érotique*, du *délire politique*, du *délire jaloux*.

Les malades chez qui on les observe ont tous commencé par une période d'inquiétude ou d'analyse subjective absolument analogue à celle qui précède le délire de persécution. Ce n'est qu'au moment où ils ont cherché l'explication de leurs malaises qu'ils se sont séparés, les uns la trouvant dans l'intervention céleste ou diabolique (délire religieux), les autres dans l'amour d'une beauté idéale ou terrestre (délire érotique), d'autres enfin dans les agissements des partis (délire politique), ou d'ennemis de leur bonheur conjugal (délire jaloux). Tous ces délires et d'autres analogues, s'il en existe, ne sont donc que de simples variétés d'explication délirante de la folie systématisée progressive, des expressions différentes d'une formule unique et, à ce titre, ils rentrent tous dans la même maladie. Ce qui le prouve, c'est qu'ils s'associent très souvent au délire de persécution, et qu'il n'est pas rare de voir des sujets, dans ces conditions pathologiques, présenter à la fois du délire religieux, du délire érotique, du délire politique et même du délire jaloux, évoluant autour du délire de persécution comme autour d'un centre commun. Ce qui le prouve encore, c'est que tous ces délires qui ont eu le même point de départ, une phase hypochondriaque ou d'analyse subjective, aboutissent tous également à la même terminaison, la transformation de la personnalité ou mégalomanie.

Les folies que nous appelons folies systématisées essentielles se résument donc en une seule et même vésanie qui, dans sa forme normale, présente une évolution typique en trois périodes : 1° *une période d'inquiétude ou d'analyse subjective* (folie hypochondriaque); 2° *une période d'explication délirante* (délire de persécution, délire religieux, délire érotique, délire politique, délire jaloux, etc.); 3° *une période de transformation de la personnalité* (délire ambitieux). Nous l'appelons, pour ce motif : Folie ou Psychose systématisée progressive (Délire de persécution à évolution systématique, type LASÈGUE-FALRET; délire

chronique (MAGNAN); paranoïa chronique primitive tardive des Allemands).

ARTICLE III

DESCRIPTION DE LA PSYCHOSE SYSTÉMATISÉE PROGRESSIVE

La psychose systématisée progressive est une folie chronique, essentielle, sans troubles de l'activité générale et des diverses fonctions de l'organisme, caractérisée par un délire systématisé hallucinatoire à évolution progressive et aboutissant à la transformation de la personnalité.

1° Étiologie. — La folie systématisée, nous l'avons dit, constitue la folie essentielle, la folie vraie. Aussi son étiologie est-elle assez limitée. Chez elle, les causes adjuvantes n'interviennent guère, elle fait partie intégrante de l'individu. Les malades en ont reçu le germe en naissant, et elle se développe à l'heure dite, sous l'influence de la moindre occasion, par exemple de la misère, des difficultés de la vie sociale, des mécomptes, des déboires, des malheurs conjugaux, de la ménopause, etc., etc. C'est dire que la principale cause de la folie systématisée est la prédisposition, prédisposition spéciale appelée comme nous l'avons vu par certains auteurs italiens, tels que DEL GRECO, *constitution paranoïenne*. Elle atteint de préférence, en effet, les sujets à caractère sombre, défiant, ombrageux, enclins à la misanthropie et à l'orgueil. Elle est également plus fréquente chez la femme, les célibataires et, surtout, chez les enfants naturels.

2° Symptomatologie. — Nous distinguerons, dans l'évolution symptomatique de la psychose systématisée progressive, les trois périodes suivantes : 1° *Période d'analyse subjective ou d'incubation* (délire hypochondriaque); 2° *Période hallucinatoire*,

d'explication délirante ou d'état ; 3^e Période de transformation de la personnalité ou de déclin (délire ambitieux).

A. PÉRIODE D'ANALYSE SUBJECTIVE OU D'INCUBATION (DÉLIRE HYPOCONDRIQUE). — L'affection débute, le plus souvent, par du *malaise intellectuel* (LASEGUE), de l'hypocondrie morale, c'est-à-dire par des sensations maladiques qui commencent par étonner l'individu, attirent son attention et le conduisent à s'analyser. Ce sont des phénomènes douloureux, par exemple des céphalalgies, des palpitations, des bourdonnements d'oreilles, des éblouissements. Plus fréquemment encore, ce sont des souffrances vagues ayant pour siège habituel les organes génitaux ou le tube digestif. Quelquefois, enfin, ce sont des sensations anormales de constriction crânienne, de vide dans le cerveau, avec difficulté de travailler, de penser, etc. Le malade s'inquiète outre mesure de cet état de choses; il s'examine, scrute attentivement tout ce qu'il éprouve et constate en lui un changement qui va croissant. Ce qui lui paraît le plus étrange, c'est qu'en dehors des troubles physiques qui l'assaillent, il sent son intelligence se bouleverser; son esprit fonctionne malgré lui, il n'est plus maître de le diriger, et cette partie automatique de son être devient quelquefois si forte que la pensée s'extériorise et se trouve plus ou moins consciemment projetée au dehors. Il s'agit là de véritables *hallucinations psycho-motrices* de SÉGLAS qui, chez les individus de ce genre sont souvent, malgré l'opinion reçue, l'un des premiers phénomènes à apparaître.

Jusqu'ici, le futur délirant systématisé ressemble plus ou moins à l'hypocondriaque simple avec lequel, du reste, il peut être confondu; mais bientôt, par une pente naturelle de son esprit qui le différencie de tous les autres aliénés, il en arrive à chercher la cause de ses maux, non en lui-même, mais en dehors de lui. C'est là, pour ainsi dire, la première étape de son évolution psychique qui, chez certains sujets, se manifeste d'emblée, sans hypocondrie antérieure.

A dater de ce moment, le malade étend à l'entourage la sphère de ses investigations et il rapporte à sa propre personne (autophilie de BALL, délire centripète ou égocentrique de ZIE-

HEN) tout ce qu'il voit et tout ce qu'il entend. Il lui semble que les êtres et les choses sont changés, non pas changés de nature ou de forme, comme dans la mélancolie anxieuse, mais de dispositions à son endroit : on s'occupe de lui, on le regarde, on fait des signes et on chuchote sur son passage; tout ce qu'on dit est à double entente; il ne trouve plus ses objets à leur place; il ne peut plus travailler; ses affaires vont mal; rien ne lui réussit. Les événements, les faits, les contre-temps les plus simples et les plus explicables ont pour lui une signification nettement tendancieuse (tendance paralogique).

Gardant toujours pour lui le résultat de ses pensées qu'il hésite tout d'abord à accepter, qu'il repousse même parfois, il devient de plus en plus sombre et peut se sentir poussé vers le *suicide*; mais ce mode de réaction est bien plutôt le fait du persécuté mixte, auto-accusateur ou persécuté mélancolique, que nous étudierons plus tard, que celui du délirant systématique progressif. Celui-ci ne cède que très rarement, à moins de cause surajoutée, à des découragements de ce genre; d'habitude, il se dresse et accepte la lutte contre le sort, cherchant à s'éclairer davantage, s'enfonçant de plus en plus dans ses sombres recherches.

Remontant alors le cours de son existence entière, il y retrouve des incidents futiles qui lui apparaissent comme des faits significatifs et qui, groupés en faisceau, semblent lui démontrer qu'il est depuis longtemps l'objet d'une animosité cachée (délire rétrospectif, récurrent, métabolique).

Mais déjà les *troubles sensoriels* ont fait leur apparition, quand ils ne sont pas survenus dès le début. Tantôt, ce sont de fausses sensations olfactives ou gustatives; tantôt des troubles divers de la sensibilité tactile ou génitale; le plus souvent, ce sont de fausses sensations auditives : cris plaintifs, sons de cloches, détonations, voix confuses. Nous avons vu, au chapitre des hallucinations, que c'était le cas surtout pour une catégorie spéciale de malades qui sont conduits au délire de persécution par les bruits subjectifs progressivement précis engendrés par leurs lésions auriculaires.

B. PÉRIODE HALLUCINATOIRE, D'EXPLICATION DÉLIRANTE OU D'ÉTAT. — Cette période comprend : 1° le *délire de persécution*; 2° le *délire mystique* ou *religieux*; 3° le *délire jaloux*, le *délire érotique* et le *délire politique*.

a. *Délire de persécution*. — Étudié pour la première fois en 1852 par Ch. LASÈGUE, dont la description est restée magistrale, ce délire consiste essentiellement dans le développement et la systématisation progressive de la tendance du malade à tout rapporter à l'hostilité et au mauvais vouloir des hommes. Bien que sa marche soit loin d'être toujours absolument identique, voici comment les choses se passent dans la majorité des cas.

Tout d'abord, le délire est imprécis, indéterminé. Les sujets croient qu'on leur en veut, et voilà tout. Ils ne savent ni qui, ni pourquoi, ni comment. « On est leur terme habituel. » On m'en veut, on m'insulte, on me fait des misères, on m'électrise, on m'empoisonne, on me viole, on me jette de mauvaises odeurs, disent-ils. Puis, les uns plus rapidement, les autres plus lentement, ils choisissent dans leur vie passée, dans leurs occupations habituelles, dans leur mode d'existence, une particularité quelconque qui attire leur esprit sur tel groupe d'individus ou même sur un seul individu. Ceux-ci, suivant qu'ils ont été plus ou moins frappés, antérieurement, de l'idée de la police, de la franc-maçonnerie, des Jésuites, etc., attribuent ce qu'ils appellent leurs « misères » à la police, aux francs-maçons, aux Jésuites. D'autres, qui avaient déjà des ennemis, ou simplement des individus dont ils se défiaient, les érigent en auteurs responsables de ce qui leur arrive. Un complot se trame, dans lequel entrent les voisins, les concierges, les parents, les amis, souvent des inconnus; quelquefois une ville entière est ameutée, et tout ce que voient ou entendent les malades leur semble dirigé contre eux, ils l'interprètent dans le sens de leurs idées. Voilà le premier pas fait vers l'organisation du délire. Quant à l'explication des procédés employés par les soi-disant ennemis pour agir, elle est presque toujours la même, au fond. Mis en face de phénomènes étranges et qui échappent pour lui à une interprétation naturelle, le persécuté cherche et trouve pour s'en rendre

compte les solutions les plus curieuses. On a fait des trous dans le mur pour lui parler, lui adresser des injures, lui souffler des poudres brûlantes, de mauvaises odeurs, l'électriser; on a installé dans les environs et jusque dans sa chambre des bobines, des piles électriques, des tuyaux acoustiques, des téléphones, des phonographes, à l'aide desquels on l'insulte et on lui procure toutes sortes de sensations désagréables. On se sert même aujourd'hui des rayons X, des rayons N, et de la télégraphie sans fil.

Pendant ce temps, les *hallucinations* se sont multipliées et ont fait des progrès; si elles étaient restées jusque-là *psychiques* ou *psycho-motrices*, elles deviennent *psycho-sensorielles*. Les voix sont précises, franchement *insultantes*; elles sont entendues non seulement la nuit, mais aussi le jour et sans interruption, quelquefois d'une seule oreille (*hallucinations unilatérales*), le plus souvent des deux; elles disent des mots grossiers, des épithètes injurieuses, des locutions d'argot, des phrases entières, dans lesquelles dominent les accusations, les injures et les menaces. Ces voix monologuent, dialoguent, tiennent conversation entre elles, le malade tantôt se bornant à les écouter, tantôt intervenant soit pour contester d'un mot leurs dires, soit pour leur répondre et les discuter, parfois bruyamment et avec animation. Très souvent à ce moment, parfois même, comme nous l'avons vu, dès le début, il se produit un phénomène hallucinatoire curieux, c'est *l'écho de la pensée*. Le malade entend sa pensée distinctement formulée en lui, au fur et à mesure qu'elle surgit, non plus à haute et distincte voix, mais sous forme de langage intérieur plus ou moins variable; puis il croit que d'autres personnes l'entendent également, ce qui lui crée un supplice inimaginable, d'autant que les pensées qu'il désire le plus cacher sont précisément celles qui sont le mieux entendues. Il s'aperçoit qu'on devine sa pensée parce qu'on y répond sans qu'il l'ait articulée, parce qu'on lui parle des faits de sa vie passée qu'il est seul à connaître, etc., etc. Ce phénomène, si mystérieux pour lui, il l'explique encore par l'intervention de l'électricité, du téléphone, du phonographe; quelquefois il en arrive à s'imaginer que cette voix qu'il entend en lui appar-

tient à une autre personne, et c'est là le point de départ habituel, chez certains malades, d'un *dédoublé* de la personnalité.

Dans certains cas, mais ordinairement beaucoup plus tard, les persécutés entendent des voix différentes dans chacune des deux oreilles (hallucinations dédoublées, MAGNAN). D'un côté, ce sont des choses pénibles, des injures et des menaces; de l'autre, ce sont des choses agréables, des encouragements et des conseils. Ces deux ordres d'hallucinations constituent pour eux, comme dit SÉGLAS, l'*attaque* et la *défense*.

Ainsi que l'a justement fait observer LASÈGUE, les *hallucinations de la vue* sont très rares dans le délire de persécution. Le persécuté entend bien ses ennemis, il perçoit bien leurs voix, mais il ne les voit généralement pas. Ses fausses sensations visuelles, lorsqu'il en éprouve, consistent surtout en apparitions hostiles, en figures grimaçantes, en écrits pleins de menaces, en changements à vue des personnes et des choses, qu'il accuse ses ennemis de lui avoir fait voir, par des moyens à eux. Mais il est exceptionnel que les hallucinations de la vue aient lieu d'une façon suivie, à moins qu'il ne se joigne à la maladie un autre état pathologique tel que l'*alcoolisme* ou l'*hystérie*, ou qu'il ne s'agisse de vieillards (LASÈGUE, RITTI).

En revanche, le sens de l'*odorat*, le sens du *goût*, le sens du *tact*, la *sensibilité interne* ou *cénesthésique* jouent un grand rôle dans le délire. Les malades sentent des odeurs de fumier, de soufre; ils ont dans la bouche un goût d'arsenic, de cuivre, de phosphore, d'où ils concluent qu'on cherche à empoisonner leur nourriture, ce qui les pousse parfois à la *sitiophobie*, ou tout au moins à ne manger que de certaines substances ou de certains plats. Enfin ils éprouvent les sensations les plus extraordinaires. On leur provoque des secousses dans tout le corps, des crampes, des coups, des torsions, des brûlures; on leur arrache l'estomac, le ventre; on leur souffle des gaz dans l'intestin; on leur introduit des corps étrangers dans les parties sexuelles, on les viole, on les sodomise, on les masturbe, on leur soutire le sperme, etc., (persécutés génitaux). Toutes ces sensations sont variables à l'infini, et les expressions par lesquelles

les aliénés les traduisent aussi typiques qu'impossibles à reproduire.

Beaucoup cherchent à *se protéger* contre leurs hallucinations, notamment contre leurs hallucinations auditives et sexuelles. Les hallucinés de l'ouïe se bouchent les oreilles avec du coton, de la mie de pain, de la cire, de la terre glaise, du mastic; les hallucinés génitaux, les femmes surtout, se protègent en serrant leurs jambes, en tamponnant leur vulve et leur vagin. Ce sont là les *moyens de défense* des persécutés, étudiés par nombre d'auteurs, notamment par SÉGLAS, A. MARIE, etc.

A ce moment, les malades commencent à *agir* en persécutés. Presque toujours, leur premier acte est une *plainte*. Ils s'adressent de vive voix, mais de préférence par écrit, à l'autorité publique pour faire cesser les persécutions dont ils sont l'objet, surtout au commissaire de police, au procureur de la République, quelquefois même au ministre de la justice ou au chef de l'État. Il en est qui fatiguent ainsi tous les magistrats, grands et petits, de leurs réclamations et les assaillent des dossiers les plus volumineux. En même temps, ils changent fréquemment de domicile, s'expatrient même pour échapper à leurs persécuteurs et essayer de se soustraire à leur action (aliénés migrants de FOVILLE). Mais ils ont beau se déplacer, se cacher, les persécutions les suivent partout.

Après avoir fait de vains efforts pour obtenir justice et avoir épuisé, pour ainsi dire, toutes les juridictions, les malades songent à *se faire justice eux-mêmes*. A ce moment, ils entrent dans une période nouvelle, dans la période de lutte active, changement que LASÈGUE a parfaitement défini en disant que de persécutés, ils devenaient *persécuteurs*.

Le plus grand danger que puisse courir un individu, est d'être pris par un persécuté pour l'âme du complot qui l'entoure, pour le personnage contre lequel il doit se venger; danger d'autant plus grand qu'il est ignoré, et que le malade, en pleine possession de ses moyens intellectuels, met au service de sa haine une astuce et une énergie extraordinaires.

Cette situation n'est pas sans analogie avec la légendaire ven-

detta corse, mais elle est pire encore. C'est, en effet, au moment où il s'y attend le moins et où il est parfaitement paisible et tranquille, qu'un individu se trouve frappé tout à coup par un personnage qu'il ne connaît pas, souvent qu'il n'a jamais vu et à qui il n'a rien fait. Parfois même, le malade, sans avoir de persécuteur attiré, frappe au hasard le premier venu sous l'influence d'une hallucination de l'ouïe ou d'une impulsion morbide. On ne saurait trop le répéter : avec les épileptiques et peut-être plus encore que les épileptiques, les persécutés sont, de tous les aliénés, les plus *dangereux*. La plupart des crimes pathologiques commis au dehors, et presque tous ceux commis dans les asiles, le sont par des persécutés. Au reste, ce n'est pas seulement à l'*homicide* qu'ils ont recours ; il peuvent encore se livrer à l'*incendie*, à l'*empoisonnement* et quelquefois, mais exceptionnellement, en dépit de l'opinion reçue, au *suicide*. Quels qu'ils soient, leurs actes morbides revêtent très souvent le caractère *impulsif*.

Pendant ce temps, le persécuté s'enfonce de plus en plus dans son délire qui, ayant pris définitivement corps, se *systématise*, se cristallise, comme on l'a dit, et à part quelques légères nuances, reste désormais invariable. S'il n'a pas encore créé quelques *néologismes* pour traduire ses conceptions, il y arrive à ce moment, et en vient souvent à jeter dans ses phrases une quantité plus ou moins grande de mots bizarres, inconnus, par lesquels il exprime son délire ou désigne ses persécuteurs. Ce *langage pathologique* est le signe le plus évident de la *chronicité* du délire, et s'il restait encore quelques chances d'espoir, il faut dès lors les perdre complètement.

Le *caractère* des persécutés est habituellement mauvais. Ils sont défiants, ombrageux, froids et durs dans leur accueil, secs et menaçants dans leurs paroles ; ils répondent impoliment aux questions qu'on leur adresse et, souvent, se bornent à prononcer ces phrases absolument caractéristiques : « Je n'ai rien à vous dire ; vous le savez mieux que moi », qui paraissent trahir l'idée qu'ils ont qu'on communique avec eux d'une manière occulte et que leur pensée est entendue.

Au reste, la plupart des persécutés sont au plus haut point des

réticents. Certains, il est vrai, se complaisent à exhaler leurs plaintes, à faire entendre leurs protestations soit verbalement, sur un ton généralement hautain et menaçant, soit graphiquement, sous forme d'*écrits* portant déjà les marques caractéristiques de l'état délirant et adressés à toutes les autorités. Mais le plus grand nombre se renferment en eux-mêmes et ne laissent rien percer au dehors de leurs hallucinations et de leur délire. Il faut alors une grande habitude et une certaine habileté de tactique pour venir à bout de leur défiance obstinée et pénétrer le mystère de leurs conceptions. Ils présentent au plus haut point cette attitude générale, cette expression et ce regard caractéristiques, fixes, défiants, malveillants, provocateurs, que nous avons décrits aux

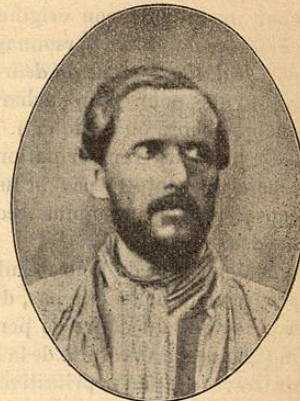


Fig. 43.

Type de persécuté halluciné (d'après DAGONET).

hallucinés de l'ouïe dans le second chapitre de cet ouvrage (voir fig. 43). Très souvent, on les surprend en conversation muette ou même parlée avec leurs voix, souriant ou se fâchant de ce qu'elles disent, leur répondant, ou se livrant, sous leur influence, à quelque acte subit d'excentricité ou de violence, ou à quelque moyen de défense toujours le même (monologues, dialogues, mimique, stéréotypies des persécutés). C'est surtout en raison de la persistance de ces hallucinations et de l'obéissance passive dans laquelle ils vivent vis-à-vis d'elles, que les persécutés sont sujets à des impulsions subites, et qu'ils sont, par conséquent, essentiellement dangereux.

Au bout d'un temps plus ou moins long, de quelques semaines ou de quelques mois, plus souvent encore de plusieurs années, le persécuté tend peu à peu à en arriver à ce qui doit être le couronnement de son état pathologique, c'est-à-dire à la *trans-*

formation de sa personnalité. Cette transformation s'opère de deux façons différentes : ou brusquement, sous l'influence d'une hallucination ou d'une sorte d'idée suggestive qui révèlent tout à coup au malade son origine royale, son titre nobiliaire, son caractère de grand personnage, ou lentement, par le fait même de l'évolution logique du délire, qui finit par faire croire au persécuté que, pour qu'on s'acharne ainsi contre lui, il faut qu'il soit quelque chose ou quelqu'un.

Ce mode de transformation par évolution logique du délire est cependant contesté par beaucoup aujourd'hui et on tend à le considérer comme moins fréquent, parmi ceux à voie lente, que les deux suivants.

L'apparition du délire ambitieux, dans la folie systématisée progressive, ne se fait pas, disent certains auteurs, par déduction logique du délire de persécution. Elle a sa genèse propre, indépendante, et résulte de la germination d'idées surajoutées dans un cerveau débilité primitivement et consécutivement (CHARPENTIER, TATY et TOY). D'après cette opinion, ce seraient donc les persécutés peu intelligents qui deviendraient des ambitieux. Pour faire un mégalomane, dit humoristiquement CHARPENTIER, il faut que le persécuté soit : 1° un sot ; 2° un fat ; 3° un orgueilleux ; 4° un insuffisant.

D'autres fois, et c'est là une origine qui, si elle n'est pas des plus fréquentes, est bien nette dans certains cas, le malade est conduit au délire de grandeur par la dissociation même de sa personnalité. Nous avons vu plus haut que souvent les persécutés entendaient deux sortes de voix distinctes : les voix d'attaque, les voix de défense. Chez quelques-uns, tout ne se borne pas là et il s'établit, à côté du système délirant de persécution, un système délirant de défense qui, comme le premier, peut se développer, posséder son organisation, ses hallucinations, ses stéréotypies. Le sujet est alors comme suspendu entre ces deux forces opposées qui se le disputent : poursuivi ou tourmenté par les jésuites, les francs-maçons, par tel ou tel individu, il sera protégé, sauvegardé par l'Église, l'armée, les dames ou quelque personnage puissant. Le délire ambitieux résulterait, chez ces malades, du triomphe progressif de la défense sur l'attaque,

du bien sur le mal. Ce mode spécial et curieux de transformation par voie de défense, chez les persécutés, a été mis plus particulièrement en lumière par SÉGLAS, CARPENTIER, ARNAUD.

Quelle que soit, en somme, l'origine de la transformation, dans tous les cas le résultat est le même : c'est une personnalité nouvelle qui se crée et dont l'intervention s'annonce par des idées ambitieuses qui commencent à se faire jour au milieu des idées de persécution, jusque-là tout à fait exclusives. A ce moment, le malade entre dans la troisième période de son affection.

b. *Délire mystique ou religieux*. — Une seconde forme délirante par laquelle se traduit, avons-nous dit, à la deuxième période, l'état du malade dans la folie systématisée progressive, est le *délire mystique*. Au fond, cet état est le même, et les mêmes péripéties se déroulent ; l'explication seule a changé. Au lieu d'attribuer les sensations extraordinaires qu'il éprouve à une intervention humaine, l'aliéné les attribue à une intervention surnaturelle. Toute la différence est là.

Le délire systématisé religieux, en dehors des conditions étiologiques communes à tous les types de psychoses essentielles, frappe de préférence les individus plus portés par leur sexe, leur pays d'origine, leur naissance, leurs dispositions naturelles, leur éducation, leur ignorance, leur profession, à subir morbidement l'action des idées religieuses et superstitieuses. C'est dire qu'il est plus fréquent chez la femme et chez les religieux.

Le début de la maladie est plus rapide que celui du délire de persécution et c'est souvent d'emblée, sans tâtonnement et sans hésitation, que le sujet attribue les sensations anormales qu'il éprouve à une influence malfaisante, c'est-à-dire diabolique ou maléfique, car le persécuteur peut être, suivant le cas, le *diable* ou le *sorcier*. VALLON et MARIE, dans leur intéressante étude sur les psychoses religieuses à évolution progressive, disent que, contrairement au *mélancolique religieux* qui est surtout atteint de *démonopathie interne*, c'est-à-dire de *possession démoniaque intérieure*, le *persécuté religieux* présente plutôt, lui, de la *démono-*

pathie externe, c'est-à-dire de la simple *obsession diabolique extérieure*. Je ne crois pas que cela soit exact et j'ai observé, au contraire que, le plus souvent, le persécuté religieux localise de prime abord le mauvais esprit dans son corps, tantôt dans la poitrine, tantôt et surtout, dans une région quelconque de l'abdomen, telle que le creux épigastrique. Tout ce qu'il éprouve là, normal ou pathologique, est rapporté à la présence du démon : il y sent des mouvements de reptation analogues au déplacement d'un serpent ; il y entend des bruits comme des cris d'animal ou des voix ; il y constate des gonflements, des tumeurs qui ne sont autre chose que l'habitat de l'ennemi.

Que cet ennemi soit au dehors ou au dedans de lui, d'ailleurs, il ne lui laisse aucun repos et le torture de mille façons : en lui faisant arriver toutes sortes de malheurs ou d'incidents fâcheux, en l'injuriant, en le poussant au mal contre sa volonté.

Le mode de persécution privilégié du démon, est, en effet, celui-là : il inspire de mauvaises pensées à sa victime, il cherche à la faire blasphémer, renier Dieu, commettre des péchés, principalement contre les mœurs. Les persécutés religieux sont tous ou presque tous, en effet, des Saint-Antoine en état de tentation, ce sont tous ou presque tous des *persécutés génitaux*. Hommes, ils éprouvent des désirs lubriques, une envie irrésistible de se livrer à l'onanisme, au coït, à des actes sexuels anormaux ; ou bien ils ressentent, malgré eux, principalement la nuit, dans leur sommeil, le spasme voluptueux, comme si l'on agissait invisiblement sur leurs organes. Les femmes surtout, présentent, dans ces conditions, un véritable délire de persécution génital : Satan abuse d'elles toutes les nuits ; elles le sentent matériellement ; elles vont parfois, comme les sorcières du moyen âge, jusqu'à donner sur ces rapports hallucinatoires les détails les plus circonstanciés.

Deux particularités assez importantes différencient le délire de persécution religieux du délire de persécution ordinaire.

La première, c'est que les *hallucinations psycho-motrices* y sont à peu près constantes et y jouent un rôle au moins aussi

actif, sinon plus, que les *hallucinations auditives*. Si, en effet, le persécuté surhumain, démon ou sorcier, peut se faire entendre par l'oreille, comme le persécuté humain — et souvent alors, c'est par l'*oreille gauche* (oreille sénestre) — il est bien plus fréquent qu'il parle dans le corps même du sujet. La façon dont il parle et l'endroit d'où sa voix émane sont variables. Tantôt il s'agit d'une pensée non articulée ; tantôt d'une parole, non perçue par l'oreille, ou arrivant, bien que d'origine intérieure, aux organes de l'audition ; tantôt elle est dans le creux de l'estomac, tantôt dans le cœur, la tête, la matrice, etc. Parfois enfin, elle parle par la bouche même du malade. En un mot, toutes les variétés et tous les degrés d'hallucinations psychomotrices, simples ou combinées, décrites par SÉGLAS, peuvent se retrouver ici.

La seconde particularité plus spéciale au délire de persécution religieux, c'est l'existence relativement fréquente d'*hallucinations de la vue*, exceptionnelles, nous le savons, dans le délire type de persécution. Ces hallucinations de la vue sont naturellement en rapport avec le délire : le malade voit Satan, des diables, l'enfer, des animaux horribles ; il assiste à des scènes de sabbat ; parfois aussi, ce sont des tableaux voluptueux qui se déroulent à ses yeux pour l'exciter et le tenter.

Il va de soi que les *hallucinations de l'odorat*, du *goût*, de la *sensibilité générale* et même de la *sensibilité motrice* se mettent dans bien des cas de la partie et les odeurs de fumée, de soufre, de boue, d'urine de chat, le goût d'amertume, de chair pourrie, la sensation de piqure, de brûlure, de coups de lance, de souffles de feu, d'enlèvement dans les airs, etc., etc., appartiennent, on peut le dire, au tableau symptomatique de la maladie.

Contre toutes ces sensations hallucinatoires pénibles, les malades emploient, comme les persécutés, toutes sortes de *moyens de défense*. Ils se livrent aux pratiques superstitieuses extravagantes usitées encore dans certains pays pour se délivrer des sorciers ; ils font des prières, des neuvaines, ils portent sur les différentes parties du corps habitées ou souillées par les démons, des emblèmes et objets religieux tels que chapelets,