

scapulaires, crucifix, qu'ils vont parfois jusqu'à avaler (CULLERRE); ils réclament avec insistance d'être exorcisés, de subir une opération libératrice et trop souvent, comme les persécutés, ils se vengent eux-mêmes sur ceux qu'ils croient avoir été vis-à-vis d'eux les suppôts de Satan.

Cette situation malheureuse dure plus ou moins longtemps. Mais, plus fréquemment et plus tôt que dans le délire de persécution, on voit intervenir la contre-partie, c'est-à-dire la *défense* qui, ici, est presque de règle.

Ce *double délire antagoniste*, si bien décrit chez les persécutés ordinaires par SÉGLAS et BEZANÇON, CARPENTIER, ARNAUD, est, en effet, chez les persécutés religieux, des plus caractéristiques. Il semble que la nature même de leurs persécutions et la personnalité diabolique de leurs persécuteurs déterminent pour ainsi dire forcément une réaction défensive délirante ainsi que le choix des défenseurs.

Dès lors, à côté du *système d'attaque*, se dresse progressivement un *système de protection*. Le malade est menacé, tenté, violenté par Satan; il est soutenu, réconforté, dirigé par Dieu, la Vierge, le Saint-Esprit, tel ou tel saint. C'est sur son corps et dans son esprit une lutte perpétuelle de ces deux forces opposées.

La conséquence de ce dédoublement du délire en deux fractions contradictoires, c'est naturellement le *dédoublement de l'individu lui-même*. D'habitude, en effet, une partie de son être appartient au mal: le démon est dans son ventre, il a jeté son dévolu sur son côté gauche, il lui parle d'une façon à lui, toujours la même, par voie psycho-sensorielle ou psychomotrice; l'autre partie appartient au bien: Dieu, le Saint-Esprit sont dans sa tête, dans son cœur, ils se manifestent à lui par des signes et un langage spéciaux, différents des autres. Toutes les combinaisons sont, on le comprend, possibles dans ce dédoublement.

Un de mes malades, dont j'ai publié le cas, et qui s'intitulait « frère pénitencier du Sacré-Cœur », était à la fois persécuté par le diable et défendu par le Saint-Esprit.

« Le Saint-Esprit, qui habite son corps, lui parle, lui dicte des

ordres sous forme d'une voix intérieure sans son, siégeant dans le côté droit de sa poitrine (hallucination motrice verbale auditive). Il le fait également penser, parler mentalement ou tout haut (hallucination motrice verbale orale) comme aussi écrire machinalement, à son insu (hallucination motrice verbale graphique).

« Satan, de son côté, qui cherche à contrebalancer cette influence divine, mais qui reste au dehors de lui, l'éprouve par toutes sortes de moyens: de mauvaises odeurs, de mauvais goûts, des piqûres, des coups, des excitations génitales, enfin des voix qui se font entendre sous forme de cris stridents, comme ceux des chauves-souris, dans l'oreille gauche (hallucinations psycho-sensorielles olfactives, gustatives, cutanées, génitales, auditives) ».

Au bout d'un temps plus ou moins long, il arrive ce qui à peu près forcément devait être, c'est que la puissance divine l'emporte sur la puissance diabolique. Et ce triomphe de la divinité, qui est aussi le sien, conduit par étapes le malade au *délire mystique ambitieux*, à la théomanie. Assurément, Satan peut avoir le dessus dans ce conflit; mais même dans ces cas beaucoup plus rares, l'aliéné n'en aboutit pas moins à la transformation mégalomane de sa personnalité; seulement, au lieu d'être pape, prophète, le Christ, il est Satan, l'anti-pape, l'antéchrist, etc.

Ce délire, dont nous venons de tracer à grands traits les caractères, représente l'ancien délire de persécution, celui qui existait et sévissait, avec la fréquence et l'intensité que l'on connaît, au moyen âge. Aujourd'hui, il subsiste encore, surtout dans certains milieux, mais il a été remplacé en grande partie par le délire de persécution humaine, électrique, téléphonique, scientifique en un mot, qui est on peut le dire, le délire de persécution moderne. On saisit là l'influence des idées du temps sur la couleur du délire.

MAGNAN a bien fait ressortir, dans le tableau suivant, les caractères comparatifs du délire de persécution religieux ou ancien et du délire de persécution humaine ou moderne.

## COULEUR DU DÉLIRE SUIVANT L'ÉDUCATION ET LE MILIEU SOCIAL

## Délire du moyen âge. | Délire moderne.

1° Période d'incubation. Passe généralement inaperçue.  
(Inquiets.)

2° Systématisation commençante. Préoccupations pénibles.  
Délire de persécution.  
(Persécutés.)

Démonopathes.	Electrisés, magnétisés, hypno-
Possédés.	tisés.
Ensorcelés.	Empoisonnés.
Damnés.	Mouchardés.
Lycanthropes.	Volés.
	Ruinés.

3° Systématisation de plus en plus accentuée.  
Délire des grandeurs stéréotypé.  
(Ambitieux.)

Démonolâtres.	Mégalomanes (empereurs, rois,
Théomanes (Dieu, Saint-Esprit,	députés, présidents de répu-
Christ, Vierge).	blique, millionnaires).
Antéchrist.	Réformateurs.
Jeanne d'Arc.	Inventeurs.
Prophètes.	

Telle est l'évolution du délire religieux. C'est ainsi qu'il parvient à se *systématiser*, à se cristalliser, se traduisant par des conceptions de plus en plus coordonnées et un *langage pathologique* entrecoupé de *néologismes* et d'expressions singulières. Souvent même le délire offre un mélange d'idées mystiques et de persécution, si bien que les malades sont à la fois *mystiques et persécutés*. C'est ce qui arrive chez certains qui, ayant des révélations divines, entretenant commerce avec Dieu ou la Vierge et se croyant chargés de soutenir la vraie foi, considèrent comme des ennemis et comme des suppôts de l'enfer acharnés à leur perte, les sorciers, les francs-maçons, les Jésuites, les prêtres, leur famille ou telle et telle personne, vis-à-vis desquels ils se placent dès lors en *persécuteurs*.

Sans être positivement aussi *dangereux* que les persécutés purs, les mystiques se livrent très fréquemment, par le fait de

leur délire ou de leurs hallucinations, à des actes barbares ou criminels. Tantôt ils vont de ville en ville, catéchisant, prêchant la bonne parole, menaçant des foudres célestes et de la colère divine, usant même de violence contre les ennemis et les détracteurs de la religion; tantôt ils vantent les mortifications, les mutilations les plus épouvantables qu'ils accomplissent sur eux et poussent leurs fidèles à accomplir, fondant ainsi des sectes religieuses plus ou moins étendues (Skopzy, etc.); tantôt obéissant à leurs voix, ils frappent tel ou tel personnage en vue qui leur semble représenter le parti du démon; enfin, ils en viennent fréquemment à renouveler le sacrifice d'Abraham et à immoler en holocauste leurs propres enfants.

c. *Délire jaloux, délire érotique, délire politique*. — Le délire de persécution et le délire religieux constituent les deux expressions les plus nettes de la psychose systématisée progressive à sa deuxième phase, phase d'état ou d'explication.

Les autres délires sont moins fréquents et surtout moins autonomes. Ils s'associent d'habitude, en effet, aux deux types précédents dont ils paraissent être plutôt, par suite, de simples variétés.

Ainsi le *délire érotique* n'est souvent pas autre chose que la prédominance des idées et des hallucinations génitales dans un délire de persécution ou un délire religieux. Les sujets y sont plus particulièrement tourmentés par des attentats sexuels de la part des hommes ou du diable et leurs préoccupations sont surtout tournées de ce côté, voilà tout. Ce n'est que dans des cas exceptionnels que ces délires peuvent se présenter à l'état d'indépendance et d'isolement. Il est donc inutile d'en tracer ici une description spéciale.

De même le délire jaloux, bien étudié dans ces dernières années par KRAFFT-EBING, BOMBARDA, mon élève IMBERT, VILLERS et VICTOR PARANT fils, est le plus souvent un délire de dégénéré, d'hystérique, d'alcoolique, ou bien la traduction plus ou moins passagère du délire de persécution. Il est exceptionnel qu'il constitue à lui seul un délire systématisé essentiel, hallucinatoire et progressif.

Le plus souvent, lorsqu'il s'agit de psychose systématisée

essentielle, le délire jaloux, favorisé par une prédisposition hystérique, alcoolique, des malformations ou de l'impuissance génitale, la ménopause, etc., ouvre la scène et constitue la première période de la maladie.

Le sujet épie jour et nuit son conjoint, suspecte ses paroles, ses actes, sa correspondance, ses sorties, l'accuse de le tromper, de lui avoir donné des bâtards, de se moquer de lui, de chercher à le supprimer, lui fait des reproches, des scènes, des menaces, allant plus ou moins vite dans cette évolution suivant qu'il est ou qu'il n'est pas halluciné, qu'il tire ses déductions de ses raisonnements ou qu'il les emprunte en partie à ses fausses sensations.

Le délire de jalousie ne reste pas longtemps à cet état de pureté et ne continue pas de progresser toujours dans le même sens. FÜRSTNER dit qu'il n'y a pas de pur délire systématisé de ce genre.

Le plus souvent, le délire de jalousie s'efface peu à peu, au bout de quelque temps, devant les idées de persécution qui envahissent l'esprit du malade. Ce sont d'abord les parents de sa femme qui se font ses complices; puis viennent des troubles sensoriels nouveaux servant à établir le délire de persécution.

L'infidèle veut l'empoisonner; elle se livre à ses ennemis qui s'allient avec elle; finalement, les idées d'infidélité disparaissent et la persécution reste seule. Dans ces délires de persécution ayant débuté par du délire de jalousie, on ne retrouve pas la phase de persécution vague et générale qui fait le début de la forme commune du délire de LASÈGUE.

Parfois la transition est plus brusque. A la suite d'un internement, par exemple, les idées de jalousie disparaissent assez vite et le malade est persécuté par le personnel de l'asile: ce fait contribue à prouver l'influence importante du milieu sur le délire.

En d'autres cas, il se produit une transformation curieuse de l'idée de jalousie. La femme, qui n'avait d'abord qu'un amant, devient la maîtresse d'une quantité de gens ou bien elle se livre à des personnes de plus en plus élevées, souvent le chef du malade, un contre-maître ou un patron.

Contrairement à ce qui a lieu dans la période de délire exclusivement jaloux, dans les délires combinés, les hallucinations de l'ouïe sont très fréquentes; elles ne sont cependant pas constantes, d'après BOMBARDA. Elles jouent dans le délire du malade un rôle moins prépondérant que dans le délire de persécution, accompagnées qu'elles sont d'hallucinations nombreuses du goût et surtout de l'odorat, de la sensibilité générale et enfin de troubles de la sensibilité génitale. Ceux-ci vont de l'impuissance relative ou absolue, dont le malade rend responsable sa femme, à une exaltation que la femme ne peut et ne veut pas souvent satisfaire. Chez les femmes, dit KRAFFT-EBING, ils vont jusqu'à la sensation de pollution nocturne quand le mari a des rapports avec ses concubines invisibles.

Les hallucinations de la vue sont rares et peuvent être rapportées à des habitudes alcooliques avec lesquelles elles coexistent. Les illusions de la vue concourent cependant avec les autres troubles à la genèse des interprétations délirantes.

Moins rarement que les persécutés, les jaloux se suicident; mais l'attentat qu'ils accomplissent le plus souvent est le meurtre soit de leur femme, soit de l'amant désigné.

Lorsque ces aliénés sont en liberté, il n'est pas rare qu'une excitation alcoolique passagère, exaspérant les troubles sensoriels, détermine l'impulsion homicide.

L'évolution du délire, qu'il soit pur ou combiné, se fait très lentement et l'affaiblissement intellectuel n'arrive qu'à la longue. Les *néologismes*, qui apparaissent souvent après quelques années chez les persécutés, n'existeraient pas chez les jaloux, d'après BOMBARDA. Il est possible, cependant, de les rencontrer. La *guérison* est une terminaison rare du délire jaloux systématisé.

C. PÉRIODE DE TRANSFORMATION DE LA PERSONNALITÉ OU DE DÉCLIN (DÉLIRE AMBITIEUX). — Persécutés, mystiques, érotiques, politiques ou jaloux, les délirants systématisés parviennent donc, par des voies en apparence différentes, à la troisième période de leur état pathologique qui consiste, avons-nous dit, dans la *transformation de leur personnalité*, et se traduit par un *délire ambitieux* caractéristique.

Cette terminaison des divers délires systématisés par le délire ambitieux a été maintes fois discutée et beaucoup la croient rare. D'autres, au contraire, la considèrent comme la règle dans les formes typiques. TATY et TOX l'ont relevée dans 78 p. 100 des cas de délire de persécution.

Il est difficile de se prononcer à cet égard, faute de pouvoir suivre toujours la psychose systématisée progressive, de son début jusqu'à la fin, c'est-à-dire pendant quelquefois de longues années. Je crois cependant que cette terminaison doit être très fréquente, sinon habituelle, non seulement parce que l'observation paraît le prouver, mais aussi parce que tout délire, quel qu'il soit, tend, par le fait de sa chronicité, à hypertrophier la personnalité de l'aliéné et à l'orienter finalement vers le délire ambitieux. Quoi qu'il en soit, ce délire, chez nos malades, qui tout d'abord ne se compose que de quelques idées d'orgueil, perdues au milieu des idées de persécution, ne tarde pas à se développer, à se condenser, en se mélangeant à ces dernières, de façon qu'à un moment donné, le malade présente une coexistence manifeste de délire de persécution et de délire ambitieux. Mais bientôt, les conceptions orgueilleuses commencent à prédominer, elles refoulent et étouffent peu à peu les idées de persécution qui subissent dès lors une marche régressive et deviennent plus ou moins confuses ; si bien qu'il arrive un moment où le malade, comme on dit, de *persécuté* est devenu *mégalomane*, mot heureux et qui exprime bien cet état nouveau, à condition toutefois qu'on n'attache aucune signification au terme « mane » puisqu'il ne s'agit en rien, ici, de manie.

Il faut noter cependant que, dans certains cas, des idées de persécution nouvelles se manifestent comme conséquence même du délire de grandeur, les sujets étant cette fois poursuivis, menacés, internés, parce qu'on veut les dépouiller de leurs titres, de leurs richesses, de leurs droits, etc. Ces idées de persécution qui sont, du reste, peu actives et très au second plan, constituent ce que l'on appelle le *délire de persécution en retour*.

Pendant ce temps, les *hallucinations* persistent ; ce n'est que

très longtemps après et au moment où la démence tend à apparaître, qu'elles diminuent et s'affaiblissent progressivement.

Les malades continuent, pour la plupart, à être égoïstes, orgueilleux et méchants. Mais ils ont, à ce moment, quelque chose de véritablement caractéristique, c'est qu'ils se composent,



Fig. 44 (d'après DAGONET).

I, persécuté devenu mégalomane. — II, mystique devenue mégalomane.

à leur façon, l'habitue du personnage qu'ils croient être. Ce sont ces vieux aliénés qu'on voit dans les asiles vêtus de costumes si étranges, ornés de plumes, de lambeaux de drap de couleur voyante, de croix, de médailles, de chapelets, d'oripeaux de toutes sortes ; souvent même ils se font une tête spéciale et se composent une coupe de cheveux et une barbe caractéristiques. Rien n'est plus commun que d'en voir dont la tête et le visage rappellent, par exemple, la tête et le visage du Christ. Tous ces malades sont fiers, dignes, majestueux dans leur attitude et ils ne se départent pas un seul instant de leur sérieux et de leur

solennité. On dirait des acteurs de tragédie chargés de quelque rôle royal, qui continueraient en public, et dans le costume de leur emploi, à jouer leur personnage.

Cette période de folie ambitieuse dure indéfiniment, jusqu'au jour, parfois très tardif, où survient la *démence* qui affaiblit et plonge peu à peu dans un néant confus toutes les conceptions vaniteuses de ces malades.

**3° Marche, durée, terminaison.** — La marche de la folie systématisée est essentiellement chronique avec ou sans rémissions et sa durée couvre la vie tout entière du malade, à partir du moment où elle se développé.

Beaucoup d'auteurs admettent cependant un *délire systématisé aigu*. Nous avons dit plus haut ce que nous pensions de ce délire, que nous retrouverons au chapitre des psychoses des dégénérés.

La *durée* de chacune des périodes est éminemment variable suivant les sujets. Chez les uns, le stade hypocondriaque est très long; chez d'autres la mégalomanie survient presque au début du stade d'explication délirante, au point de paraître parfois primitive. Il peut arriver également que la première période, courte et peu saillante, passe inaperçue, ou bien que le malade s'éternise pour ainsi dire à la seconde période, dans son délire mystique ou de persécution, et meure sans avoir subi la transformation terminale de sa personnalité. Au fond, ce ne sont là que des variétés individuelles à évolution en apparence anormale, mais dans laquelle on finit toujours par retrouver, plus ou moins distinctement, la marche typique que nous avons décrite à la maladie.

Quant à la terminaison habituelle de la folie systématisée progressive, elle n'est autre que la *démence*. Mais la démence est très longue à venir le plus souvent, et les malades peuvent rester aliénés pendant quinze, vingt et trente ans, sans présenter un affaiblissement marqué de l'intelligence. Au reste, alors même qu'ils sont tombés dans la démence, ils conservent des traces évidentes de leur délire ainsi que des vestiges de leurs hallucinations, ce qui donne à leur démence un caractère particulier (démence ambitieuse).

La *mort* survient ordinairement par le fait d'une complication quelconque ou d'une maladie intercurrente, assez souvent sous l'influence d'une hémorragie cérébrale.

**4° Pronostic.** — Il n'est pas nécessaire de faire ressortir combien est grave le *pronostic* de la folie systématisée chronique ou typique. Lorsqu'elle est réellement constituée, elle est à peu près constamment incurable. Ce n'est que dans les premières périodes, alors que le délire n'est pas encore stéréotypé, qu'on peut voir survenir une guérison ou, tout au moins, une amélioration temporaire.

**5° Anatomie pathologique.** — L'anatomie pathologique reste ordinairement muette. Tout au plus constate-t-on, à la mort des malades, une atrophie cérébrale plus ou moins marquée. Mais ce n'est là qu'une lésion terminale, explicable par le fait de la longue durée de la maladie et qui, d'ailleurs, ne lui est pas spéciale, puisqu'on la retrouve dans la plupart des folies restées longtemps à l'état chronique.

**6° Diagnostic.** — Le diagnostic de la folie systématisée, assez facile à établir lorsque l'affection a atteint sa période d'état, peut présenter, dans certains cas, des difficultés. Il peut arriver, par exemple, qu'en raison de la réticence des malades, de leur habileté à dissimuler leurs conceptions délirantes, et de l'absence chez eux, de toute réaction pathologique générale, on les prenne pour des individus *sains d'esprit*. Cette erreur est assez fréquemment commise par le public, qui se fait de la folie une tout autre idée. Pour l'éviter, il faut avoir soin surtout de procéder avec toute l'habileté et toute la circonspection désirables à l'interrogatoire de ces sujets.

Aux premiers temps de la folie systématisée, alors qu'elle se résume encore en hallucinations et en idées vagues d'hypocondrie et de persécution, on peut la prendre pour un accès de *mélancolie délirante*. Nous avons assez insisté déjà sur les différences qui séparent la folie essentielle de la folie généralisée, et notamment de la mélancolie avec idées de persécution, pour n'avoir pas besoin d'y revenir. Il faut se rappeler principale-

ment, que les mélancoliques sont des *contrits* et les persécutés des *révoltés*. De même, on ne confondra pas le délire ambitieux qui termine la folie systématisée avec celui qui peut exister dans l'*excitation maniaque*. Outre que le premier ne s'accompagne d'aucun des symptômes généraux qui caractérisent la manie, et que, de plus, il est coordonné et systématisé, on sait encore qu'il n'est pas primitif et qu'il s'accompagne habituellement d'hallucinations, ce qui n'a pas lieu dans le délire ambitieux de l'*excitation maniaque*. A plus forte raison, ne confondra-t-on pas la mégalomanie de la folie systématisée avec celle de la *paralyse générale*. En dehors des antécédents, des caractères et de l'évolution du délire, si différents dans les deux cas, l'existence ou l'absence des signes physiques de la démence paralytique suffiraient à lever tous les doutes.

Il est des cas au début de la folie systématisée où les malades, sous l'influence des premiers troubles qu'ils éprouvent, se mettent à boire, en sorte qu'un *délire alcoolique* plus ou moins aigu peut venir voiler ou tout au moins modifier les conceptions délirantes qui forment le fond de l'affection. Ces malades sont communément pris pour de simples alcooliques et on est fort surpris, lorsque le délire toxique disparaît, de le voir démasquer un délire de persécution qui dès lors progresse et suit ses étapes successives. Aussi faut-il toujours réserver le pronostic et se défier dans les cas où un délire alcoolique s'accompagne d'idées de persécution marquées et surtout d'hallucinations de l'ouïe prédominantes.

**7° Traitement.** — Le traitement de la folie systématisée ne peut guère être que palliatif. Il se borne à l'*isolement*, qui s'impose dans presque tous les cas, en raison du caractère essentiellement dangereux que présente la maladie. Le traitement moral est nul ou presque nul dans cette forme mentale. Il faut se borner à traiter les complications, et surtout à surveiller de près les malades pour les empêcher, dans la mesure du possible, de commettre les actes dangereux auxquels ils sont si souvent enclins.

## DEUXIÈME PARTIE

PSYCHOPATHIES-INFIRMITÉS OU INFIRMITÉS  
PSYCHIQUES

Les *Psychopathies-infirmités* ou *Infirmités psychiques* se divisent, nous l'avons vu, en deux classes :

- 1° Les *infirmités d'évolution* ou *dégénérescences* ;
- 2° Les *infirmités d'involution* ou *déchéances*.

Nous allons étudier, dans deux chapitres distincts, ces deux catégories d'infirmités psychiques.

## CHAPITRE PREMIER

## INFIRMITÉS PSYCHIQUES D'ÉVOLUTION

(DÉGÉNÉRESCENCES)

Les infirmités d'évolution ou dégénérescences diffèrent des psychoses en ce qu'elles affectent la mentalité du sujet dans sa constitution même et non plus seulement dans son mode d'activité. Elles représentent les anomalies de l'organe, les psychoses étant en quelque sorte les maladies de la fonction.

De ce point fondamental découlent tous les autres caractères différentiels, qui se résument en ceci :

Les infirmités d'évolution ou dégénérescences ne sont pas simplement des accidents de la vie psychique, mais de véritables tares originelles, pesant le plus souvent sur la race tout entière, c'est-à-dire plutôt familiales qu'individuelles. Elles se traduisent, aussi bien dans l'ordre physique que dans l'ordre psychique, par ces déviations embryogéniques ou malformations que nous