

# ARCHIVES DE NEUROLOGIE

REVUE  
DES MALADIES NERVEUSES ET MENTALES

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DE

**J.-M. CHARCOT**

AVEC LA COLLABORATION DE

MM. ARNAUD, BABINSKI, BALLET, BERNARD, BITOT (P.-A.), BLANCHARD,  
BLOCC, BONNAIRE (E.), BOUCHEREAU, BRIAND (M.), BRICON (P.), BRISSAUD (E.),  
BROUARDEL (P.), CHARPENTIER, COMBEMALLE, COTARD, CULLERRE, DEBOYE (M.),  
DELASIAUVE, DENY, DUVAL (Mathias), FERRIER, GÉRENTE,  
GILLES DE LA TOURETTE, GOMBAULT, GRASSET, HOMEN, HUBLÉ, HUCHARD,  
JOFFROY (A.), KELLER, KÉRAVAL (P.), KOJEVNIKOF, LANDOUZY, LEGRAIN,  
MABILLE, MAGNAN, MAIRET, MARANDON DE MONTYEL, MARIE, MAYOR,  
MIERZEJEWSKY, MUSGRAVE-CLAY, PARINAUD, PIERRET, PITRES, POPOFF,  
RAYMOND, REGNARD (P.), REGNARD (A.), RICHER (P.), ROUBINOWISCH, SÉGLAS,  
SEGUIN (E.-C.), SIKORSKY, SOUZA LEITE, TALAMON, TARNOWSKY,  
TREINTURIER (E.), THULIÉ (H.), TROISIÈRE (E.), VAILLARD, VIGOUROUX (R.), VOISIN (J.).

*Rédacteur en chef :* **BOURNEVILLE**

*Secrétaire de la rédaction :* **CH. FÉRE**

*Dessinateur :* **LEUBA.**

---

**Tome XIII. — 1887.**

Avec une planche et 6 figures dans le texte.



---

PARIS  
BUREAUX DU PROGRÈS MÉDICAL  
44, rue des Carmes.

1887

lésions locales. La troisième circonvolution frontale des deux hémisphères est aplatie. Le lobule de l'insula est normal et ses circonvolutions bien dessinées. »

2° Idiot de dix-neuf ans, mort dans le marasme. L'encéphale pèse 1,780 gr., l'hémisphère droit 820 et le gauche 790. Sur le tiers antérieur, les membranes sont adhérentes et entraînent en plusieurs points des portions de substance corticale très ramollie. Presque partout la substance grise est plus colorée qu'à l'état normal : « les circonvolutions cérébrales ne sont ni aplaties ni tassées ».

La première de ces observations a beaucoup de rapport avec celle qui fait l'objet de ce travail. La seconde s'en rapproche surtout en ce qu'on y constate de la méningo-encéphalite, avec adhérences corticales dans les régions antérieures du cerveau.

---

## REVUE CRITIQUE

---

### LA PARANOIA

DÉLIRES SYSTÉMATISÉS ET DÉGÉNÉRESCENCES MENTALES

Historique et critique;

Par J. SÉGLAS, médecin-adjoint de l'hospice de Bicêtre.

Depuis plusieurs années, on voit décrites à chaque pas dans les livres étrangers, surtout allemands et italiens, des modalités vésaniques désignées du nom de *Paranoia*, *Verrücktheit*, *Wahnsinn*. Bien que toutes ces formes aient été étudiées en France, on n'a pas envisagé la question sous le même aspect; aussi éprouve-t-on parfois des difficultés à se rendre compte de la valeur de certains termes particuliers et de la place que doivent tenir en psychiatrie les faits auxquels ils servent d'étiquette. D'un autre côté, l'étude des dégénérescences mentales étant partout à l'ordre du jour, et se rapportant directement à

la question de la *Paranoïa*, il nous a semblé qu'une revue des principaux travaux publiés jusqu'ici sur ce sujet ne serait pas hors de saison et pourrait peut-être présenter quelque utilité.

## I.

Donner d'emblée une définition exacte de la *Paranoïa* nous paraît difficile pour ne pas dire impossible. En effet, il n'est peut-être pas de mot en psychiatrie qui ait une acception plus vaste et plus mal définie; l'accord étant loin d'être fait encore parmi les aliénistes qui ont écrit sur la matière. Ce terme d'ailleurs n'a pas de signification très précise par lui-même, comme on peut le déduire de son étymologie (*παρά* auprès de, à côté de, presque, de travers, et *νοεω* penser, être sage). Aussi différents auteurs, la prenant soit dans un sens soit dans l'autre, lui donnent le sens de déviation de l'intelligence ou de intelligence incomplète. Cette ambiguïté pour d'autres plaudrait en faveur de l'excellence de ce terme indiquant à la fois une altération qualitative et quantitative de l'intelligence. Mais c'est là déjà préjuger trop vite de la nature de l'affection que ce mot désigne. Disons simplement pour le moment que nous trouverons le terme *Paranoïa* employé par les auteurs concurremment avec les mots allemands *Verrücktheit* ou *Wahnsinn*, le premier cependant se rapprochant plus du mot *Paranoïa* par le sens qu'on lui donne (délire systématique enté sur une intelligence incomplètement développée), tandis que le mot *Wahnsinn* désignerait simplement l'altération qualitative de l'esprit. Tout cela ressortira mieux de l'exposé qui va suivre; en attendant nous dirons seulement que tous ces termes peuvent se traduire en français par l'expression de *folie systématisée* ou de *délire systématisé*, qui englobe toutes les formes de *Paranoïa* décrites par les auteurs; qu'il y ait avec le délire coïncidence ou absence d'un fond mental faible, présence ou absence d'un état psychoneurotique antérieur (manie ou mélancolie).

## II.

Il y a déjà de nombreuses années, que le vocable *Paranoïa* est employé en psychiatrie. En effet, si l'on en croit Bucknill

et Tuke, Vogel en 1764 se servait déjà de ce terme et sous le nom de *Paranoia* comprenait neuf classes de phrénopathies, parmi lesquelles la manie, la mélancolie, la démence. Nous sommes loin comme on le verra, de la conception moderne de la *Paranoia*.

En 1818, nous retrouvons le terme *paranoia* employé par Heinroth <sup>1</sup>, mais il n'en a qu'une idée vague et peu précise. Cependant sous le nom d'*Ectasis paradoica*, il a décrit certains états secondaires d'exaltation mentale avec conceptions délirantes fixes et sentiment exagéré de la personnalité.

Nous retrouvons ces idées dans Esquirol <sup>2</sup> qui décrit les monomanies intellectuelles et rapporte plusieurs observations dans lesquelles il insiste surtout sur les idées de grandeurs.

En Allemagne Griesinger <sup>3</sup> (1845) décrit la folie systématisée (p. 382) (*Die Verrücktheit*) et la considère comme une maladie toujours secondaire et consécutive à la mélancolie ou à la manie. Il signale aussi le petit nombre des conceptions délirantes fixes que le malade répète constamment. Ces idées qui se rapportent toujours à la personnalité de l'individu, à ses rapports avec le monde, peuvent être actives, exaltées, (idées de grandeur) ou passives (idées de persécution). On peut ainsi distinguer deux formes de folie systématisée. En plus Griesinger classe cette véspanie parmi les états secondaires d'affaiblissement intellectuel expliquant ainsi la formation et la permanence du délire. — A côté de cette forme secondaire nous trouvons une autre forme *Wahnsinn* (p. 357), état d'exaltation mentale avec conceptions délirantes fixes de nature ambitieuse. — Nous noterons que cette monomanie exaltée est absolument confondue avec la période prodromique de la paralysie générale et certains états d'excitation maniaque.

A la même époque (1845), Ellinger <sup>4</sup> admettait à côté de la forme secondaire une autre forme de folie systématisée (*Verrücktheit*) primitive, mais sans la décrire.

En somme, jusqu'ici, nous n'avons rien de bien net sur la folie systématisée; et si cette conception a été entrevue, elle n'a pas été l'objet d'une description particulière exacte. C'est La-

<sup>1</sup> Heinroth. — *Lehrbuch der Störungen des Seelenlebens*, 1818.

<sup>2</sup> Esquirol. — *Des maladies mentales...* T. II, 1838.

<sup>3</sup> Griesinger. — *Traité des maladies mentales*. — Traduction française de Doumic, 1865.

<sup>4</sup> Ellinger. — *Allg. Zeit. f. Psych.*, anno II, 1845.

sègue qui devait combler cette lacune, et l'on peut dire avec Witkowski<sup>1</sup>, que c'est à lui que revient la première place dans la description de la folie systématisée par son étude sur le délire des persécutions<sup>2</sup> (1852).

Nous retrouvons la folie systématisée dans les ouvrages de Morel. Dans ses *Etudes cliniques*<sup>3</sup> (1852), il donne des observations de la transformation chez les héréditaires vésaniques des idées hypocondriaques en idées de persécution, puis de grandeur. Dans son *Traité des maladies mentales*<sup>4</sup> (1860), il adopte le mot de folie systématisée, le substituant à celui de monomanie dû à Esquirol, et séparant ces états de la démence, à l'inverse de Griesinger. Ses deux premières classes d'aliénations héréditaires comprennent à peu près tout le cadre de ce qui a été décrit plus tard sous le nom de délires systématisés primitifs. Il décrit les idées fixes, les excentricités, les bizarreries des héréditaires, insiste sur la très grande fréquence de la systématisation dans ces formes, sur la rapidité de l'apparition et de la disparition des idées délirantes dans certains cas, sur le développement lent, mais continu dans d'autres, tout cela se passant sur un fond d'affaiblissement, ou plutôt de déséquilibre mentale. Le même auteur décrit aussi la fusion des deux formes, expansive et dépressive, de certains délires systématisés comparables aux états héréditaires, le passage de l'hypocondrie au délire de persécution (hypocondrie transformée) et de là au délire des grandeurs, et l'incurabilité de cette forme à évolution parfois rémittente, mais continue, dont le terme est la démence.

En somme, on le voit avec ces deux maîtres, la psychiatrie française décrit la première la folie systématisée primitive. Nous pouvons citer encore dans ce sens les travaux de Lélut et de Voisin sur la folie sensorielle que certains auteurs ont regardée depuis comme une forme aiguë de *Paranoïa* (Westphal). Depuis cette époque, peu de chose, au moins jusqu'à ces dernières années, a été fait dans notre pays sur ce sujet; et si l'on peut dire que la théorie de la *Paranoïa* a germé en France, il faut

<sup>1</sup> Witkowski. — *Berliner klinische Wochenschr...* 1876.

<sup>2</sup> Lasègue. — *Arch. de méd.*, 1852.

<sup>3</sup> Morel. — *Etudes cliniques* 1852, t. 1, p. 163 à 166 et 363 à 367.

<sup>4</sup> Morel. — *Traité des maladies mentales*, 1860.

reconnaître, comme nous l'allons voir, que c'est à l'étranger, surtout en Allemagne, qu'elle s'est développée.

En 1863, Kahlbaum<sup>1</sup> reste fidèle à la doctrine de Griesinger sur l'origine secondaire de la folie systématisée, en admettant cependant la possibilité d'une forme primitive.

C'est Snell<sup>2</sup>, qui le premier, en 1865, décrit nettement une forme fondamentale, distincte de la manie et de la mélancolie, et caractérisée par l'apparition primitive de séries d'idées délirantes particulières de contenu mixte (persécution et grandeur) et accompagnées d'hallucinations (*primäre oder eigentlicher Wahnsinn*). Les idées délirantes en outre n'auraient pas, comme dans les autres formes, un retentissement sur toute la vie mentale, une tendance à la généralisation. Le symptôme le plus saillant serait un délire de persécution avec exagération du sentiment de la personnalité et tendance à l'activité au lieu de la passivité, différant en cela de la mélancolie. On peut observer aussi des délires de grandeurs également primitifs, contemporains ou consécutifs au délire de persécution, et amenant une transformation de la personnalité. Le développement de ces formes vésaniques est lent, quelquefois cependant elles débutent brusquement par de l'excitation mentale. Le pronostic est mauvais, cependant on n'observe jamais dans ces cas une démence consécutive véritable.

En 1867, Griesinger<sup>3</sup> revenant sur l'opinion qu'il avait professée antérieurement, admet maintenant avec Snell l'origine primitive des états mixtes (délires de persécution et de grandeur) et les décrit sous le nom de *Primäre Verrücktheit*. Il signale en plus les formes hypocondriaque et érotique.

Sander<sup>4</sup>, poussant plus loin l'analyse, étudie en 1868 une forme spéciale de *Primäre Verrücktheit*, qu'il appelle *originäre*. Il en montre les caractères dégénératifs communs aussi d'ailleurs aux autres formes primitives et la note distinctive consistant dans l'origine congénitale. Les malades naissent avec des prédispositions héréditaires qui se manifestent dès l'enfance (ano-

<sup>1</sup> Kahlbaum. — *Gruppierung der psychischen Krankheiten*. Dantzig, 1863.

<sup>2</sup> Snell. — *Ueber Monomanie als primäre Forme der Seelenstörung* (*Allg. Zeit. f. Psych.*, 1865, B, XXII, p. 368).

<sup>3</sup> Griesinger. — *Vortrag zum Eröffnung der psychiatrischen Klinik zu Berlin*, 2 mai 1867 (*Arch. f. psych. B. I*, p. 148, 1867).

<sup>4</sup> Sander. — *Ueber eine specielle Form der primären Verrücktheit*. (*Arch. f. Psych.*, 1868-1869, B. I, p. 387.)

malies de l'intelligence, du caractère, des sentiments, de la conformation physique). Arrivés à l'époque de la puberté, ils suivent deux routes : les uns, trop malarmés, succombent dans la lutte pour l'existence ; ils sont pris d'hallucinations, de conceptions délirantes, et tombent rapidement dans la démence. Les autres résistent plus longtemps et vivent dans la société où ils se font remarquer par leurs bizarreries, leurs excentricités ; ils sont émotifs, méfiants, misanthropes, souvent onanistes. Dans ces cas, surviennent souvent des illusions et des hallucinations. Le subjectivisme morbide auquel ces sujets sont en proie, rapportant tout à eux-mêmes, s'exagère ; il en est de même des autres travers de leur caractère, qui semblent s'hypertrophier, et alors arrivent les idées systématisées de persécution, d'empoisonnement, etc., variant de couleur suivant l'éducation du malade, le milieu où il vit. A côté de ce développement lent et graduel, Sander signale encore la fréquence des rémissions et le peu de tendance à la démence. Quant à l'étiologie de ces délirs originels, il faut la chercher le plus souvent dans l'hérédité et dans les maladies nerveuses et cérébrales de l'enfance entravant le développement normal du cerveau. La pédérastie et les perversions sexuelles seraient caractéristiques de la forme originaire de la folie systématisée (p. 269).

En 1873, Snell décrit sous le nom de folie systématisée (*Wahnsinn*) consécutive à la mélancolie, à la manie ou à l'épilepsie une folie systématisée secondaire ou impropre, adoptée depuis par Hertz<sup>1</sup>, Ripping, Nasse.

Samt<sup>2</sup> en 1874 décrit la *variété hallucinatoire de la forme originaire de Sander*, en la divisant en deux sous-variétés. La première, *hallucinatoire dépressive*, après une période d'incubation très longue, éclate souvent à la ménopause chez la femme. Ce sont les hallucinations de l'ouïe qui ouvrent la scène. Les idées de persécution qui les accompagnent ne sont qu'un syndrome non caractéristique se retrouvant dans d'autres formes de folie. Les idées fixes ont pour Samt la même base pathologique que l'hallucination, et ne sont pas une tentative d'explication de la part du malade. On observe aussi des

Hertz. — *Allg. Zeitsch. f. Psych.* B. XXXIV.

<sup>2</sup> Samt. — *Die naturwissenschaftliche Methode in der Psychiatrie* Berlin 1874, p. 38, 42...

hallucinations des autres sens, mais rarement de la vue; le délire dans lequel il n'y a pas de signes d'affaiblissement intellectuel a une marche très lente avec des exacerbations et des rémissions : il n'aboutit qu'exceptionnellement au délire des grandeurs. La seconde sous-variété, *hallucinatoire exaltée*, se distingue par la prédominance des hallucinations visuelles, suivies généralement d'un stade d'excitation. On observe aussi des hallucinations auditives, mais très vagues. Ce délire à marche irrégulière, ne s'accompagne pas non plus de signes d'affaiblissement intellectuel. Comme exemple, nous avons le délire religieux et le vrai délire des grandeurs.

Westphal le premier, en 1878, décrit la forme aiguë et tente une classification de la folie systématisée (*Verrücktheit*) qu'il divise en quatre groupes<sup>1</sup> : 1° La *forme hypochondriaque* déjà décrite par Morel, à marche chronique, avec des rémissions typiques. Les troubles de la sensibilité générale constituent le substratum du délire de persécution s'accompagnant d'illusions et d'hallucinations. — 2° La *forme chronique* à début lent, à marche rémittente. Les hallucinations et le délire de persécution apparaissent les premiers, tantôt l'un, tantôt l'autre, et ne sont pas précédés d'un stade hypochondriaque. Au bout d'un certain temps, viennent s'ajouter des idées de grandeur. — 3° La *forme aiguë* est caractérisée par l'explosion subite d'hallucinations surtout de l'ouïe et souvent terrifiantes, s'accompagnant d'idées de persécution. A l'acmé de la maladie, l'incohérence est telle qu'on croirait à un délire fébrile. Dans certains cas il y a des impulsions; dans d'autres, au contraire, anéantissement complet. Aussi Westphal fait-il rentrer dans ce groupe beaucoup de cas de mélancolie avec stupeur et les catatoniques de Kahlbaum<sup>2</sup>. Ces délires aboutissent brusquement ou graduellement à la guérison. — 4° La dernière forme n'est autre que La *forme originelle* de Sander, la seule dans laquelle Westphal admette un fond de dégénérescence.

Tandis que certains auteurs, comme nous l'avons vu plus haut, s'entiennent à la terminologie de Snell, d'autres adoptent celle de Westphal; ce sont : Leidesdorf, Koch, Jung, Schuele Merklin.

<sup>1</sup> Westphal. — *Ueber die Verrücktheit* (*Allg. Zeit. f. Psych. B. XXXIV*, p. 252, 1878.)

<sup>2</sup> Kahlbaum. — *Die Catatonie*, Berlin, 1874.

Murh<sup>1</sup>, en 1876, rapporte l'autopsie d'un individu atteint de folie systématisée non originaire, dans lequel il y avait une atrophie de l'hémisphère droit du cerveau.

Leidesdorf<sup>2</sup> (1878) revient sur la théorie des folies systématisées secondaires; il va même jusqu'à l'exagération en admettant comme états primitifs non seulement des états psychoneurotiques, mais encore des maladies infantiles, des traumatismes, qui ne sont souvent que des causes.

Fristh<sup>3</sup> (1878) étudie les rapports des conceptions délirantes avec l'état émotionnel. Chez le maniaque et le mélancolique, l'idée est secondaire et procède de l'état émotionnel; ce serait l'inverse dans la folie systématisée.

Kahlbaum<sup>4</sup> (1878) frappé des différences d'intensité qui distinguent les délires systématisés secondaires des primitifs, propose, pour ne pas les confondre, de conserver aux primitifs le nom de *Paranoia* et de donner aux autres le vieux nom de *Verrücktheit*.

Schuele<sup>5</sup>, en 1878, décrit la *Verrücktheit* parmi les formes dégénératives, et place la *Wahnsinn* parmi les psychonévroses, entre la manie et la mélancolie d'un côté et la démence de l'autre. Nous aurons l'occasion de revenir plus en détail sur les idées que cet auteur a émises à ce propos dans la dernière édition de son traité.

Emminghaus<sup>6</sup> (1878) partage ces idées.

Nous signalerons encore cette même année un travail de Feaux<sup>7</sup> sur la folie systématisée hallucinatoire, correspondant à la forme aiguë de Westphal.

Merklin<sup>8</sup> (1879) et Schaefer<sup>9</sup> adoptent la classification de

<sup>1</sup> Murh. — *Anatomische Befunde bei einem Falle von Verrücktheit* (Arch. f. Psych., 1876. B. VI, p. 733.)

<sup>2</sup> Leidesdorf. — *Casuistische Beiträge zur Frage der primären Verrücktheit*. In psych. Studien. Wien, 1877.

<sup>3</sup> Fristh. — *Psych. Centralb.*, 1878. — Voir aussi : Fristh. — *Zur Frage der Primären Verrücktheit* (Jahrb. f. psych., 1879.)

<sup>4</sup> Kahlbaum. — *Sammlung klinischer Vorträge*, n° 126. Leipsick, 1878.

<sup>5</sup> Schuele. — *Handbuch der Geistesstörung*, 1878.

<sup>6</sup> Emminghaus. — *Allgem. Psychopath.*, 1878.

<sup>7</sup> Feaux. — *Ueber die hallucinat. Wahnsinn*, inaug. diss. Marburg, 1878.

<sup>8</sup> Merklin. — *Studien ueber die Primäre Verrücktheit*, diss. inaug. Dorpat, 1879.

<sup>9</sup> Schaefer. — *Ueber die Formen der Wahnsinn*, etc., (Allg. Zeits. f. Psych. B. XXXVII, p. 55.)

Westphal et décrivent en plus une forme hystérique analogue dans sa marche à l'hypochondriaque, mais sans les rémissions typiques de cette dernière ; le délire a généralement dans ces cas une couleur érotique.

Krafft-Ebing<sup>1</sup> dès la première édition de son *Lehrbuch* (1879), puis dans la seconde donne une description de la *Paranoia*. Il place la *forme primitive* parmi les dégénérescences mentales : pour lui, c'est une forme morbide qui ne peut se développer que dans un cerveau touché le plus souvent héréditairement ; le fond sur lequel elle repose est constitué par des idées délirantes dont l'origine primitive est bien démontrée par l'absence de tout fond émotionnel ou d'un processus de réflexion ayant pu donner lieu aux idées délirantes ; la maladie a un caractère stable, profondément constitutionnel. Elle ne conduit pas à la démence, mais laisse le plus souvent intact l'appareil logique de la pensée. Krafft-Ebing étudie la constitution psychique de ces malades et montre qu'en somme le délire qui éclate plus tard n'est que l'exagération de leur caractère, si bien que souvent le développement graduel empêche d'assigner au début une date précise. Le symptôme dominant dans cette maladie est le subjectivisme morbide déjà signalé par Sander et l'exagération du sentiment de la personnalité. Krafft-Ebing distingue deux sortes de *Paranoia*, primitive : l'une avec délire des persécutions, qu'il décrit complètement avec ses trois périodes hypochondriaque, de persécution, de grandeur ; avec sa sous-variété, la folie de la chicane, où ce n'est plus la vie du malade, mais ses intérêts qui sont en jeu, et dans laquelle il réagit d'une façon continue devenant persécuteur au lieu de persécuté. C'est là que les tares dégénératives sont des plus évidentes. La seconde forme, le délire des grandeurs, est étudié aussi dans ses variétés religieuse et érotique (érotomanie). — Les causes occasionnelles sont le plus souvent la puberté, la ménopause, les affections utérines et intestinales, les maladies fébriles, l'onanisme. A ce propos même, l'auteur étudiant la fusion de la *paranoia* avec l'hypochondrie, décrit, comme sous-variété de la *Paranoia* hypochondriaque avec délire de persécution (forme secondaire), la *Paranoia* des masturbateurs, se développant toujours sur un fond neurasthénique et dans

<sup>1</sup> Krafft-Ebing. — *Lehrbuch der Psych...* Stuttgart, 1879. B. II. Voir aussi : *Lehrbuch der gerichtliche psycho-Pathologie*. Stuttgart, 1881.

laquelle on observe souvent des idées de persécution par l'électro-magnétisme, des hallucinations olfactives<sup>1</sup>. Quant aux délires systématisés que l'on rencontre parfois chez les hystériques, les épileptiques, et surtout les alcooliques, ce ne sont pas des formes caractéristiques spéciales, mais elles doivent être rapportées à la névrose primitive ou à l'intoxication. En particulier, Krafft-Ebing range parmi les folies alcooliques, le délire de persécution des buveurs aliénés décrit par Calmeil et Thomeuf<sup>2</sup>, et par Nasse<sup>3</sup>. — Les *idées fixes*, sont séparées de la *Paranoïa* primitive, tout en étant classées à côté d'elle dans les dégénérescences mentales. Quant à la *Paranoïa secondaire*, l'auteur la regarde simplement comme une des terminaisons possibles des psychoneuroses<sup>4</sup>, et comme un état secondaire d'affaiblissement psychique; d'où la nature pâle, monotone, invariable du délire, différant en cela de celui des formes primitives; les folies secondaires seraient surtout l'issue d'états mélancoliques plutôt que d'états maniaques.

Krafft-Ebing *nie complètement l'existence de la forme aiguë*, et réunit sous le nom de *Wahnsinn hallucinatoire* la *Paranoïa aiguë primitive* de Westphal<sup>5</sup>, la forme aiguë hallucinatoire de délire sensoriel de Meynert<sup>6</sup>, la manie hallucinatoire de Mendel<sup>7</sup>, la *delusional stupor* de Newington, la démence générale aiguë et subaiguë de Tilling<sup>8</sup>. Dans ces formes psychoneurotiques, il n'y aurait jamais, d'après lui, une systématisation nette du délire qui ne serait pas aussi stable, et ne s'accompagnerait pas des altérations durables de la personnalité, qui sont la règle dans la *Paranoïa primitive*<sup>9</sup>.

<sup>1</sup> Voir aussi : Krafft-Ebing. — *Ueber primäre Verrücktheit auf masturbatorischer Grundlage bei Männern*. *Irrenfreund* XX.

<sup>2</sup> Calmeil et Thomeuf. — *Gazette des hôpitaux*, 1856.

<sup>3</sup> Nasse. — *Allg. Zeitsch. f. Psych.* B. XXXIV, p. 167, 1878.

<sup>4</sup> Nous avons vu plus haut que, parmi ces formes, se range aussi la *Paranoïa hypocondriaque* que Krafft-Ebing regarde comme une des terminaisons possibles des formes graves de l'hypochondrie, l'autre étant la démence.

<sup>5</sup> Westphal. — *Loc. cit.*

<sup>6</sup> Meynert. — *Acute Formen des Wahnsinns*. — *Jahrb. f. Psych.* B. II 1881.

<sup>7</sup> Mendel. — *Die Manie*, 1882, p. 55.

<sup>8</sup> Tilling. — *Psych. Centralb.*, 1878, n° 4 et 5.

<sup>9</sup> L'exposé sommaire de la classification de Krafft-Ebing rendra peut-

Koch<sup>1</sup> partage à ce sujet l'avis de Krafft-Ebing.

Scholz<sup>2</sup>, la même année (1880), revient sur la distinction déjà faite par Samt, et distingue deux formes principales de la maladie, *eu égard à la pathogénie* : 1° la forme originaire de Sander ; 2° la forme hallucinatoire. Voici le résumé de sa théorie<sup>3</sup> : On ne peut expliquer l'origine des délires systématisés sans tenir compte de la vie psychique inconsciente. Si, dans les conditions physiologiques, la sphère de l'inconscient est le fondement sur lequel s'organisent les processus psychiques élémentaires dont les résultats finaux entrent ensuite dans le domaine de la conscience, ainsi dans les maladies qui nous occupent, les représentations mentales doivent être le résultat définitif des activités inconscientes du cerveau, avec cette différence cependant que ces activités dérivent d'anomalies moléculaires des cellules nerveuses. Le mécanisme psychique est alors guidé par de fausses prémisses et si l'appareil logique fonctionne régulièrement, c'est que sans doute il n'y a pas de modifications anatomiques profondes. Dans la forme aiguë, au contraire, l'inconscient n'a rien à voir ; la genèse de la mala-

être plus claires les considérations qui précèdent. Voici les grandes lignes de cette classification.

A. Maladies psychiques du cerveau bien développé.

- |                                                                 |   |                                  |                            |
|-----------------------------------------------------------------|---|----------------------------------|----------------------------|
| I. Psycho-neuroses.                                             | { | 1. Etats primitifs curables.     | { a). Mélancolie.          |
|                                                                 |   |                                  | b). Manie.                 |
|                                                                 |   | 2. Etats secondaires incurables. | { a). Paranoïa secondaire. |
|                                                                 |   |                                  | b). Démence.               |
| II. Dégénérescences psychiques.                                 | { | a). Folie raisonnante.           |                            |
|                                                                 |   | b). Folie morale.                |                            |
|                                                                 |   | c). Paranoïa primitive.          |                            |
|                                                                 |   | d). Idées fixes.                 |                            |
|                                                                 |   | e). Folies névrosiques.          | { Epilepsie.               |
|                                                                 |   |                                  | { Hystérie.                |
|                                                                 |   |                                  | { Hypochondrie.            |
| III. Maladies cérébrales avec troubles psychiques prédominants. | { | a). Démence paralytique.         |                            |
|                                                                 |   | b). Syphilis cérébrale.          |                            |
|                                                                 |   | c). Alcoolisme chronique.        |                            |
|                                                                 |   | d). Démence sénile.              |                            |
|                                                                 |   | e). Délire aigu.                 |                            |

B. Arrêts de développement de l'intelligence.

Idiotie. — Crétinisme.

<sup>1</sup> Koch. — *Irrenfreund*, 1880, n° 8 et *Beitrag zur Lehre von der primäre Verrücktheit* (*Allg. Zeitsch. f. Psych. B.* XXXVI, p. 543.

<sup>2</sup> Scholz. — *Ueber primäre Verrücktheit* (*Berliner Klinisch. Wochenschrift*, 1880.)

<sup>3</sup> Voir Buccola. — *Riv. sper. di fren.*, 1882, p. 80.

die est due aux perceptions morbides qui, pour Scholz, ne se développent pas dans les centres corticaux, mais dans les appareils périphériques ou les voies conductrices. Mais il faut toujours un cerveau disposé pathologiquement à transformer en fausses perceptions l'excitation première. Aussi le délire hallucinatoire se développe-t-il le plus souvent dans la convalescence des affections fébriles. A la suite des hallucinations, apparaît alors le délire.

Meynert<sup>1</sup> (1881) décrit également la forme aiguë (hallucinatoire) des délires systématisés (*Wahnsinn*).

Max Buch<sup>2</sup> (1881) rapporte un cas de folie systématisée aiguë primitive survenue chez un homme, épileptique dès l'enfance, présentant des antécédents héréditaires.

Le travail de Kandinski<sup>3</sup> et le livre de Weiss<sup>4</sup> (1881), ne nous apprennent rien de nouveau sur le sujet qui nous occupe.

Pelman<sup>5</sup> (1882) nie l'existence de la forme secondaire et partage les idées de Koch, de Krafft-Ebing, etc., à ce sujet.

Gnauck<sup>6</sup> (1882) décrit une forme de *Paranoia* épileptique qu'il sépare de l'épilepsie en méconnaissant son caractère pathogénique.

Moeli<sup>7</sup> (1882) décrit des cas de folie systématisée, développés à la suite de maladies fébriles, de l'état puerpéral, d'abus alcooliques.

Jung<sup>8</sup> (1882) donne le diagnostic différentiel des délires systématisés et des formes affectives primitives (manie et mé-

<sup>1</sup> Meynert. — *Die acuten (hallucinatorischen) Formen des Wahnsinns und ihr Verlauf* (Jah. f. psych. B. II, 1881.)

<sup>2</sup> Max Buch. — *Ein Fall von acuter primärer Verrücktheit* (Arch. f. psych. 1881. B. XI, p. 465.) De plus, ce cas était caractérisé par des idées de persécution, du dédoublement de la personnalité, des hallucinations de la vue et de l'ouïe surtout du côté gauche atteint d'une otite moyenne avec perforation du tympan datant de l'enfance. L'auteur rend cette otite responsable de tout, ayant observé une amélioration à la suite d'un traitement local.

<sup>3</sup> Kandinski. — Arch. f. Psych. B. XI, 1881.

<sup>4</sup> Weiss. — *Compend. der Psych.* Vienne, 1881. — Cap. IV : *Die Verrücktheit*.

<sup>5</sup> Pelman — *Allg. Zeitsch. f. Psych.* Bd. XXXVII, p. 58 du Supplément, 1882.

<sup>6</sup> Gnauck. — Arch. f. Psych. B. XII, 1882, p. 337.

<sup>7</sup> Moeli. — *Fälle von Verrücktheit*, in *Charité's Annalen*, VII, 1882.

<sup>8</sup> Jung. — *Allg. Zeitsch. f. Psych.* B. XXXVIII, p. 361, 1882.

lancolie), rééditant à ce sujet les idées de Frith. (Voy. p. 6.) Il signale l'augmentation, dans ces dernières années, des cas de *Paranoia*, et cette transformation des formes de la folie serait due pour lui à la dégénérescence somatique et psychique de l'humanité, gagnant du terrain de jour en jour.

Rauch<sup>1</sup> (1883) n'émet sur le sujet aucune idée originale.

Tuczek<sup>2</sup>, étudiant l'hypochondrie, dit que ce n'est pas une maladie autonome, mais un symptôme de mélancolie ou de folie systématique. Il se sépare de Krafft-Ebing, en ce que pour lui la mélancolie dite hypochondriaque ne se transforme pas en folie systématique et la folie systématique hypochondriaque n'aboutit pas à la démence.

Sakaki<sup>3</sup> (1883) décrit l'examen microscopique du cerveau d'un fou systématique chronique halluciné.

Kræpelin<sup>4</sup> (1883) distingue : 1° la *Primäre Verrücktheit* sans état de débilité mental et comprenant le délire des persécutions, le délire des grandeurs, les délires erotique et religieux; puis, 2° la *Secundäre Verrücktheit* entée sur un fonds de dégénérescence et survenant plutôt après les états de dépression qu'après les états maniaques. Il fait ressortir comme Koch, Pelman, Krafft-Ebing, le caractère pâle et décoloré de la forme secondaire; il n'admet pas l'existence des formes aiguës, tout en décrivant des cas à marche aiguë, guérissant en quelques semaines ou quelques mois. Il décrit complètement le délire des processifs et le regarde comme une manifestation de la folie morale, à cause du manque des hallucinations qui sont ordinaires dans les délires systématisés, et à cause aussi de l'absence de notions du droit objectif et de l'identification des intérêts personnels avec le bien général.

<sup>1</sup> Rauch. — *Die primord. Verruck*, Leipsick, 1883.

<sup>2</sup> Tuczek. — *Allg. Zeitsch. f. Psych.*, B. XXXIX, 1883. Congrès annuel de la Société des médecins aliénistes allemands. Session d'Eisenach, 1882.

<sup>3</sup> Sakaki. — *Gehirn in chronischen Verrücktheit* (*Allg. Zeitsch. f. Psych.*, B. XL, 1883). L'auteur a trouvé dans ce cas une altération des espaces péricellulaires de l'écorce surtout à la superficie des circonvolutions et la présence d'une substance floconneuse jaunâtre, analogue à celle déjà décrite par Mendel chez les paralytiques généraux : le siège prédominant de ces lésions était la pointe du lobule temporo-sphénoïdal, l'insula, les circonvolutions ascendantes.

<sup>4</sup> Kræpelin. — *Compend. der Psych.* Leipsik, 1883.

Arndt<sup>1</sup> range la *Paranoïa* parmi les psychoses atypiques ou états d'affaiblissement psychique et il en reconnaît deux formes : 1° l'une, *secondaire*, classée parmi les psychoses atypiques secondaires; 2° l'autre, *primitive*, classée parmi les psychoses atypiques primitives à côté de l'idiotie, de l'imbécillité, du crétinisme. Cette dernière forme (*Paranoïa primitive originelle*), comprend  $\alpha$  la folie morale,  $\beta$  la *paranoïa partielle* (rudimentaire ou idées fixes qu'il décrit le premier et délire des persécutions),  $\gamma$  la *Paranoïa universelle* qui n'est que la généralisation de la précédente.

Mendel<sup>2</sup> (1883) donne une classification complète de la *Paranoïa*, terme qu'il adopte définitivement. Il insiste surtout sur la *Paranoïa primitive* qu'il divise en *simple* et en *hallucinoïre* chacune pouvant être *aiguë* ou *chronique*. La forme *aiguë* de la *Paranoïa primitive simple* débute généralement sans prodromes et se caractérise par un délire de persécutions vagues sans persécuteurs. Ces malades n'ont pas d'hallucinations, ils peuvent guérir ou passer à l'état chronique. La *forme chronique* peut se diviser en trois périodes. Le début de la première est difficile à préciser, et remonte souvent jusqu'à la jeunesse: elle se caractérise surtout par des tendances hypochondriaques. Puis, dans la seconde période apparaît un délire de persécutions à développement lent qui s'accompagne par la suite d'un délire de grandeurs; c'est surtout ce délire qui caractérise la troisième période, laquelle peut aboutir à la démence. Comme variétés de cette forme, Mendel décrit la *Paranoïa* *originnaire toujours*

<sup>1</sup> Arndt. — *Lehrbuch der Psychiatrie*, etc. Vienne, 1883. Voici les traits principaux de sa classification :

|            |                                                     |                                       |                                      |                                                                       |
|------------|-----------------------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| Psychoses. | I. Typiques.                                        | a. Ligitime.                          |                                      |                                                                       |
|            |                                                     | b. Circulaire.                        |                                      |                                                                       |
|            |                                                     | c. Périodique.                        |                                      |                                                                       |
|            |                                                     | d. Paralytique progressive.           |                                      |                                                                       |
|            | II. Atypiques ou états d'affaiblissement psychique. | a. Secondaires (aux formes typiques). | 1. Complets ou démence $\alpha$ voia |                                                                       |
|            |                                                     |                                       | 2. Incomplets $\pi$ apavoia          |                                                                       |
|            |                                                     | b. Primitifs.                         | 1. Idiotie, crétinisme, imbécillité. |                                                                       |
|            |                                                     |                                       | 2. Paranoia primitive originelle.    | $\alpha$ . Folie morale.                                              |
|            |                                                     |                                       |                                      | $\beta$ . Paranoia partielle (rudimentaire et délire de persécution). |
|            |                                                     |                                       |                                      | $\gamma$ . Paranoia universelle.                                      |

<sup>2</sup> Mendel. — *Eulenburg's Encyclopedie*, nov. 1883.

*héréditaire et dégénérative* et le délire de la chicane, forme atténuée du délire de persécution, et dans lequel le fond dégénératif est très contestable. (A suivre.)

---

## REVUE D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE

---

### I. SUR LES PARTIES CONSTITUANTES DES CORDONS POSTÉRIEURS DE LA MOELLE, ÉTUDE BASÉE SUR L'EXAMEN DE LEUR DÉVELOPPEMENT; par W. BECHTEREW. (*Neurol. Centralbl.*, 1885.)

Examen, à l'aide de la méthode de Weigert, de moelles d'embryons de cinq, six, sept, huit mois; étude du développement des fibres d'après l'évolution de la myéline. Le revêtement myélinique des fibres a, dans les cordons postérieurs, à peu près terminé son évolution pendant le huitième mois de la vie intra-utérine, il s'effectue dans l'ensemble des segments de ce système, non en même temps, mais par étapes successives, par séries de faisceaux de diverses sortes. On constate que la myéline apparaît d'abord dans la partie antéro-externe des faisceaux de Burdach, qui limite la corne postérieure et constitue une émanation des fibres radiculaires (portion radiculaire). Elle se montre ensuite dans la portion postéro-périphérique des faisceaux de Burdach. Enfin, les faisceaux de Goll s'en trouvent pourvus. L'embryogénie des faisceaux de Burdach est en concordance parfaite avec l'anatomie pathologique du tabes; chacune de leurs parties peut être isolément malade; il est, par conséquent, extrêmement probable que la variété dans la symptomatologie de l'ataxie locomotrice au début tient à ce que la lésion se localise d'abord à tel ou tel segment des faisceaux de Burdach.

P. K.

### II. CONTRIBUTION A LA CONNAISSANCE DU TRAJET DES FIBRES DU CORDON POSTÉRIEUR DANS LA MOELLE ALLONGÉE ET LE PÉDONCULE CÉRÉBELLEUX INFÉRIEUR; par L. EDINGER. (*Neurol. Centralbl.*, 1885.)

Recherches embryogéniques sur des fœtus de huit mois, à l'aide de la méthode de Weigert, dans le but d'élucider cette question. Les fibres des cordons postérieurs traversent-elles les olives pour gagner le corps restiforme?

dreich est impropre. Notre malade n'a pas, en effet, d'antécédents d'une part, de l'autre il est fils unique. Comme l'a fait remarquer M. Brousse, il semble bien s'agir d'une entité morbide spéciale, tenant le milieu entre le tabes et la sclérose en plaques. Cliniquement, elle se rapprocherait plus de cette dernière affection, et la première impression qu'a causée notre malade à plusieurs observateurs était qu'il s'agissait de sclérose en plaques. Cependant il n'a eu ni les vertiges ni les attaques apoplectiformes mentionnées dans quelques observations.

Nous avons noté avec soin dans ce cas que l'occlusion des paupières n'exagérât en aucune façon l'incoordination, fait indiqué par Friedreich, mais contesté par Brousse et par Longuet qui va même jusqu'à prétendre que l'auteur allemand s'égare pour différencier la maladie qu'il décrit du tabes vrai. Nous avons également observé la déviation des pieds en varus équin, signalée par Rudimeyer.

En somme, cette observation réalise presque, au point de vue clinique, un schéma du genre, et c'est plus à cet égard qu'elle nous a semblé digne d'être rapportée qu'en raison de la rareté des faits analogues.

---

## REVUE CRITIQUE

---

### LA PARANOIA

DÉLIRES SYSTÉMATISÉS ET DÉGÉNÉRESCENCES MENTALES

Historique et critique;

Par J. SÉGLAS, médecin-adjoint de l'hospice de Bicêtre<sup>1</sup>.

La forme aiguë de la *Paranoia primitive hallucinatoire* débute par un stade prodromique avec insomnie, irritabilité ou dépression; puis surviennent des troubles sensoriels (ouïe,

<sup>1</sup> Voir le n° 37, p. 62.

goût) et un délire subit d'idées de grandeur et de persécution mêlées ou alternant, et s'accompagnant d'excitation; le calme peut renaître, mais les hallucinations persistent avec des idées d'empoisonnement, de persécution, etc. Cette forme guérit ou passe à l'état chronique. Elle peut succéder à des maladies aiguës, à l'état puerpéral, à des accès hystériques ou épileptiques, à des abus alcooliques ou morphiniques. La *forme chronique* est surtout caractérisée par la persistance des troubles sensoriels, illusions ou hallucinations, entretenant un délire de persécution. La variété la plus importante est la *Paranoïa hypochondriaque*. En somme, Mendel revient sur la forme aiguë sur laquelle il insiste, et, d'un autre côté, il limite beaucoup l'élément dégénératif dans les délires systématisés, car il ne reconnaît comme forme dégénérative que la variété origininaire de la *Paranoïa* primitive. Enfin, il admet aussi dans sa classification la *Paranoïa secondaire*, mais en la reléguant tout à fait au second plan. Dans un autre travail <sup>1</sup>, il avait déjà insisté sur sa rareté (cinq cas sur cent cinquante). Il rapporte cependant dans ce mémoire trois observations de *Paranoïa* secondaire développées à la suite de syndrômes mélancoliques primitifs et arrivés selon toute apparence au terme de leur évolution. Il fait ressortir la ressemblance qui existe entre les conceptions délirantes des mélancoliques et celles des fous systématisés. La différence est que les uns trouvent en eux-mêmes la matière de leurs plaintes et de leurs accusations, tandis que les autres la tirent du monde extérieur <sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Mendel. — *Ueber secundäre Paranoïa*. (Berliner Gesellschaft. f. Psych. und nerven. Sitzung, 9 avril 1883. — *Neurologisches Centralblatt*, n° 5, 1883.)

<sup>2</sup> A la suite de la lecture de ce travail présenté à la Société de psychiatrie et de maladies nerveuses de Berlin (avril 1883), une discussion s'engage (séance de juin 1883), que nous croyons intéressant de résumer :

M. Jastrowitz dit qu'il n'a jamais vu de mélancolie vraie se transformer en folie systématique; mais il a vu des fous systématisés à une période avancée de la maladie (démence), avoir des conceptions mélancoliques hypochondriaques. — M. Westphal, tout en reconnaissant que généralement les mélancoliques s'accusent eux-mêmes, a observé aussi cela dans la folie systématique. Donc ce n'est pas la teneur, mais la genèse des idées qui est prépondérante. Comme dans les cas de Mendel, il s'est écoulé un certain intervalle entre le temps de l'existence de la mélancolie et l'époque d'apparition de la folie systématique ultérieure, on pourrait croire que le même individu a été successivement atteint de diverses psychoses indépendantes. Car les faits mêmes où la constatation d'un

Mayser<sup>1</sup> (1885) revenant sur l'étude du *délire hallucinatoire* (*Wahnsinn*) de Krafft-Ebing dont il partage en somme les idées, trouve cependant que l'expression de cet auteur n'est pas heureuse car les aliénistes ne sont pas d'accord s'ils doivent appeler la *Paranoia Wahnsinn* ou *Verrücktheit* et, d'un autre côté, le langage actuel identifie *Wahnsinn* avec *Verrücktheit*, tandis que *hallucinatorischer Wahnsinn* diffère rigoureusement de *Paranoia*. Il importerait donc de trouver pour cette maladie bien caractérisée une dénomination spéciale. Mayser fait rentrer dans ce cadre la manie hallucinatoire de Mendel, le désordre dans les idées hallucinatoire de Frisith, le désordre dans les idées pseudo-aphasique (Meynert, Schlangenhäusen), le désordre dans les idées hallucinatoire curable ou aigu primitif (Meynert et Frisith), identique, d'après eux-mêmes, à la *Verrücktheit* aiguë de Westphal, le délire systématique aigu (*Acuter Wahnsinn*), de Schaefer, le premier groupe de la folie aiguë partielle de Kretz<sup>2</sup>, les délires d'épuisement de Voigt, le cas de folie systématique primitive de M. Buch.

enchaînement direct paraît nettement ressortir sont passibles de l'objection suivante : lorsque la folie systématique a semblé prendre son origine dans une mélancolie, on a toujours relevé en même temps des idées hypochondriaques ; or, celles-ci ont invariablement constitué le point de départ des conceptions ultérieures de la folie systématique. — M. Moeli prétend que la teneur des idées ne peut servir de diagnostic entre la mélancolie et la folie systématique. — M. Mendel répond que c'est bien la genèse des conceptions qu'il invoque. L'intervalle qui s'est écoulé entre la mélancolie et la folie systématique n'a jamais été chez ses malades une période de parfaite santé, le nouveau complexe psychique s'est montré dès la première semaine après l'état mélancolique. Il est extrêmement difficile de démontrer l'enchaînement psychopathique pour chaque cas particulier ; mais l'un d'eux est clair (une femme mélancolique se met tout à coup à accuser ses parents et à avoir plus tard des idées de persécution et de grandeur) ; sans doute, deux des observations témoignent de conceptions hypochondriaques qui dominent la scène ; mais qui pourra déterminer la ligne de démarcation entre la mélancolie pure et la mélancolie hypochondriaque ? (Voir *Arch. de Neur.*, 1884, n° 23.)

<sup>1</sup> Mayser. — *Wahnsinn hallucinatorischer* (*All. Zeitsch. f. Psych.*, Bd. XLII, 1, 1885). Ce serait un *délire général* d'ordre asthénique comme les psychoses postfébriles de Kröpelin, tantôt aigu, tantôt chronique, affectant la forme d'agitation maniaque avec désordre dans les idées, idées de persécution, basées sur des hallucinations multiples, léger affaiblissement intellectuel ou celle de folie périodique.

<sup>2</sup> Kretz. XV<sup>e</sup> Congrès des aliénistes de l'Allemagne du sud-ouest. Session de Karlsruhe, octobre 1882. Ce groupe est caractérisé par l'apparition pri-

Witkowski<sup>1</sup> (1885) consacre tout un travail à la nosographie de la *Verrücktheit* dans ses rapports avec la dépression mélancolique. Le processus fondamental de la *Verrücktheit*, dit-il, est toujours la production d'idées délirantes avec tendances à la systématisation. Mais à côté de cela certains phénomènes peuvent de temps à autre ou d'une façon permanente occuper le premier rang, de sorte qu'il faut dans la terminologie leur réserver une place à part et qu'il y a lieu de créer des *Verrücktheit hallucinatoire hypochondriaque, stupide, mélancolique*, toutes formes ne s'excluant pas, mais pouvant exister concurremment ou se succéder. C'est ainsi qu'il existe aussi une *Illusionare Verrücktheit* dans laquelle les hallucinations de l'ouïe et les plaintes hypochondriaques perdent de l'importance en faveur de la méconnaissance des personnes et des choses; tandis qu'en même temps, passagèrement ou en permanence, la dépression peut jouer un rôle fondamental. Il existe en outre une modalité intermédiaire à la mélancolie vraie et à la *Verrücktheit*. Ce sont les gens déprimés en permanence (certains négateurs, sceptiques, damnés, pourris, immortels). Mais dans la plupart des cas, c'est la *Verrücktheit* qui en constitue le fond, qui suscite les idées, les systématise et amène des conceptions anormales, des modifications de l'humeur absolument indépendantes de la mélancolie. La *verrücktheit* affecte un rapport semblable avec la débilité mentale. Tels sont ces cas de folie systématisée partielle et stationnaire (chez des persécutés dont l'intelligence conserve pendant longtemps une assez grande vigueur), cas à côté desquels on trouve des formes de folie systématisée progressive, généralisée aboutissant à la démence. Très souvent aussi chez les débiles congénitaux, on trouve des idées délirantes plus ou moins nettes atteignant tantôt un haut degré de systématisation, tantôt dégénérant en créations absurdes et pauvres. L'auteur conclut qu'en somme la *Verrücktheit* désigne une folie à idées délirantes concrètes, stables, avec tendance à une systématisation plus ou moins nette, plus ou moins parfaite.

mitive d'hallucinations ou d'illusions, tandis que dans le 2<sup>e</sup> groupe, c'est le délire qui ouvre la scène, les hallucinations venant ensuite le renforcer et le soutenir comme dans les modalités chroniques de la folie systématique primitive.

<sup>1</sup> Witkowski. — Congrès annuel des Médecins aliénistes allemands. Session de Bade, 1885. (*Allg. Zeitsch*) f. *Psych.*, Bd. XLII, 6, 1886.)

Citons encore le travail de Vejas <sup>1</sup> (1886) sur l'épilepsie et la folie systématisée et celui de Smidt <sup>2</sup> (1886) sur la folie systématisée morphinique analogue à l'alcoolique : nous avons vu déjà ces formes signalées par Gnauck, Moeli... et ce qu'en fait Krafft-Ebing.

Schuele <sup>3</sup> (1886) nous donne des renseignements très détaillés sur la folie systématisée. Il distingue de la façon la plus formelle *Wahnsinn* de *Verrücktheit*, comme on peut le voir par le rang qu'il leur assigne dans sa classification. En effet, 1<sup>o</sup> c'est, dans la seconde classe, celle des psychoses à base de développement incomplet ou de dégénérescence héréditaire, qu'il place la *Verrücktheit*. Elle figure là entre la névrose

<sup>1</sup> Vejas. — *Epilepsy und Verrücktheit*. (Arch. f. Psych. Bd. XVII, 1, 1886.)

<sup>2</sup> Smidt. — (Arch. f. Psych., Bd. XVII, 1, 1886.)

<sup>3</sup> Schuele. — *Klinische Psychiatria. — Specielle Pathologie und Therapie der Geisteskrankheiten* (Leipsick, 1886). Ce passage pouvant paraître obscur, nous avons pensé qu'une vue d'ensemble sur la classification pourrait en faciliter la compréhension.

#### I. PSYCHOSES ENTRÉES SUR LE PLEIN DÉVELOPPEMENT ORGANO-PSYCHIQUE.

- Psycho-névroses. {
1. Du cerveau sain (psycho-névroses proprement dites).
    - a) Manie
    - b) Mélancolie
 } avec leurs états secondaires.
  2. Du cerveau « invalide » (cérébro-psychoses).
    - a) Manie grave (fureur).
    - b) Le délire systématisé (*Wahnsinn*).
      1. aigu.
      2. chronique.
      3. stupide.
    - c) La démence aiguë primaire; stupeur hallucinatoire.
    - d) Les folies hystérique, épileptique, hypochondriaque; les folies périodique, circulaire, alterne :
  - β. Les folies consécutives aux maladies somatiques extra-cérébrales (fièvre, puerpéralité, intoxications).
  3. États d'épuisement pernicieux du cerveau.
    - a) Aigu, dangereux (délire aigu).
    - b) Chronique avec dégénérescence destructive (paralysie générale progressive).
    - c) Les cérébropathies psychiques : ou psychoses consécutives à des maladies cérébrales organiques subaiguës ou chroniques, diffuses ou localisées (paralysies progressives modifiées).

#### II. PSYCHOSES ENTRÉES SUR UN DÉVELOPPEMENT ORGANO-PSYCHIQUE INCOMPLET OU CONSTITUTIONNELLES AVEC PRÉDISPOSITION OU CONSTITUTIONNELLES HÉRÉDITAIRES.

- a) Névrose héréditaire avec les folies transitoires.
- b) Folie héréditaire simple (folie du doute et du toucher, folie impulsive; délire des persécuteurs processifs).
- c) Folie systématisée originelle (*originäre Verrücktheit*).
- d) Folie héréditaire dégénérative (moral insanity).
- e) Idiotie.

héréditaire et la folie héréditaire simple (folie par obsession, du doute, de la chicane), et la folie morale et l'idiotisme; cette *Verrücktheit originaire* est, pour l'auteur, entrée sur un fond anormal héréditaire caractérisé par des anomalies psychiques originelles c'est-à-dire se manifestant dès le jeune âge : elle ne serait ainsi que l'hypertrophie du caractère héréditaire.

D'un autre côté, c'est dans la première classe (psychoses chez l'individu complètement développé), mais dans le second groupe (cérébro-psychoses ou maladies du cerveau *invalide*) que se trouve la *Wahnsinn*. Ce mot n'est qu'un terme générique qui comprend l'existence de conceptions délirantes plus ou moins liées, systématisées, associées en groupe plus ou moins enchainés, formant un tout plus ou moins cristallisé. Voici comment Schuele a divisé les chapitres relatifs à la *Wahnsinn* proprement dite; cette *Wahnsinn primare* peut être : 1° *chronique*; 2° *aiguë*; 3° *stupide*. L'auteur décrit la forme chronique type en disant que tous les cas chroniques tendent à la systématisation proprement dite : un chapitre spécial est consacré à la *Wahnsinn* dépressive chronique, comprenant deux sous-chapitres : — *a*, délire des persécutions; — *b*, forme expansive). La variété de la *Wahnsinn* aiguë comprend quatre sous-variétés. La première est la *Wahnsinn* aiguë sensorielle (hallucinatoire). On y trouve décrits : — *a*, la *Wahnsinn* hallucinatoire suraiguë et aiguë avec exaltation (maladies menstruelles); — *b*, le délire des grandeurs maniaque subaigu; — *c*, le délire des persécutions aigu et subaigu hallucinatoire; — *d*, la *Wahnsinn* dépressive et ensuite expansive aiguë; — *e*, la *Wahnsinn* aiguë et en même temps dépresso-expansive; — *b*, la *Wahnsinn* hypochondriaque aiguë; — *c*, la *Wahnsinn* cérébro-spinale aiguë ou subaiguë. — La deuxième sous-variété est la *Wahnsinn* aiguë mélancolique (démonomanie); la troisième sous variété, la *Wahnsinn* maniaque expansive; la quatrième, la *Wahnsinn* stupide aiguë ou stuporo-hallucinatoire.

La forme stupide de la *Wahnsinn* (attonita et catatonie) comprend trois sous-variétés : — *a*, la folie religieuse expansive; — *b*, la folie religieuse dépressive; — *c*, une forme reposant sur un fond d'hystérie constitutionnel, sans préjudice de ce que l'auteur décrit au chapitre de l'hystérie.

Là, en effet, Schuele décrit une folie systématique (*Wahnsinn* ou indifféremment *Verrücktheit*) hystérique, pouvant

affecter plusieurs types; — *a*, un type se rapprochant de la folie systématique originaire héréditaire (*originaria hereditaria Verrücktheit*); — *b*, un type qui est de la folie systématique hypochondriaque (*hypochondriascher Wahnsinn*); — *c*, un type caractérisé par des caprices bizarres; — *d*, un type caractérisé par un délire vague des persécutions sans grande systématisation et dont la teneur varie; — *e*, un type décrit sous le nom d'état de folie systématique (*Wahnsinn*), abortive aiguë présentent la forme de pensées irrésistibles soudaines; *f*, la folie systématique (*Wahnsinn*) catatonique; — *g*, l'hystéricisme chronique incurable avec symptômes de dégénérescence.

### III.

Telles sont, en somme, les idées émises dans les principaux ouvrages allemands<sup>1</sup> sur la folie systématisée; les autres pays ont suivi l'impulsion. — C'est ainsi qu'en Russie nous retrouvons la conception de la folie systématisée dans les travaux de Tiling (1878-1879), de Kadinski (1881), de Max. Buch (1881) déjà cités, — de Rosenbach<sup>2</sup> (1884), qui est d'avis que la *Paranoïa* ne peut se développer que sur un fonds de débilité mentale, parce que les troubles sensoriels peuvent être interprétés dans le sens du délire qui surgit d'ailleurs spontanément et dont ils ne fournissent pas les éléments. De plus, les idées ambitieuses ne sont pas une conséquence logique, mais sont souvent contemporaines aux idées de persécution, qui indiquent déjà une exagération de la personnalité.

Le Dr Greidenberg<sup>3</sup> (1885), étudiant la folie systématisée hallucinatoire aiguë (*Paranoïa hallucinatoria acuta*) en distingue deux formes : l'une héréditaire, l'autre asthénique, la plus fréquente, produisant à leur suite tantôt un affaiblissement intellectuel, tantôt une démence vraie ou aboutissant à la guérison.

<sup>1</sup> Qu'il nous soit permis de remercier ici notre collègue le Dr Kéraval, médecin de la colonie de Vaucluse, de l'empressement avec lequel il s'est mis à notre disposition; sa connaissance approfondie de la langue allemande nous a été du plus grand secours dans nos recherches bibliographiques.

<sup>2</sup> Rosenbach. — *Messenger russe*, 1884.

<sup>3</sup> Greidenberg. — *Messenger russe*, 1885.

En Angleterre, Buknill et Tuke<sup>1</sup> (1879) rejettent la monomanie et décrivent la *delusional insanity*, le mot *delusion* des aliénistes anglais désignant les conceptions délirantes primitives, les lésions originaires de l'idéation. Maudsley<sup>2</sup> (1883), lorsqu'il décrit le *tempérament de fou*, surtout dans sa variété *soupeçonneuse*, ne fait qu'exposer en somme le caractère des malades atteints de *Paranoia* ou certaines formes mitigées.

En Amérique, Spitzka (1880-1883) adopte la conception de la *Paranoia* qu'il décrit, bien qu'il se serve du mot de monomanie<sup>3</sup>. Il admet que cette forme de délire primitif est l'expression d'un véritable affaiblissement intellectuel; aussi la classe-t-il dans le groupe des états d'affaiblissement mental, qui sont presque toujours héréditaires et constituent une espèce de chaîne dont les extrémités sont formées l'une par l'idiotie et l'autre par la folie avec délire systématisé primitif. Au milieu se classent l'imbécillité, la folie morale et la folie épileptique<sup>4</sup>. Dans un autre ouvrage<sup>5</sup>, le même auteur nous donne une classification des délires qu'il divise en *systématisés* et *non systématisés*. Les délires systématisés sont de deux formes : 1<sup>o</sup> les *délires systématisés expansifs* (mégalomanie) subdivisés en *a*, délire systématisé d'ambition sociale; *b*, délire systématisé de caractère expansif érotique, *c* délire systématisé de caractère expansif religieux. La deuxième forme est celle des *délires systématisés dépressifs* subdivisés en : *a*, délire systématisé d'ambition sociale dépressif; *b* délire systématisé de caractère dépressif érotique ordinairement de persécution; *c*, délire systématisé de caractère dépressif religieux. Quant aux *délires non systématisés*, ce sont les délires d'incohérence dérivant de la destruction du pouvoir d'association, et les délires émotifs dépendant de l'exaltation de la sphère mentale par un trouble émotif violent.

<sup>1</sup> Buknill et Tuke. — *A manual of psychol. medicin.*, 1879.

<sup>2</sup> Maudsley. — *La pathologie de l'esprit*, 1883. Trad. française de Germon.

<sup>3</sup> Spitzka. — *Un cas de monomanie originaire* (in *medical Times and Gazette*, février 1881) et *Manual of Insanity*. New-York, 1883.

<sup>4</sup> Spitzka. — *Saint-Louis clinical record*, 1880, VII.

<sup>5</sup> Spitzka. — *Insane delusions; their mechanism and their diagnostic bearing* (*Journal of nerv. and ment. diseases*, 1881).

Citons encore en Amérique les travaux de Beard <sup>1</sup>, Fenn <sup>2</sup>, Hammond <sup>3</sup>.

#### IV.

Mais, après les Allemands, ce sont surtout les Italiens qui se sont le plus occupés de l'étude de la *Paranoïa*. Dans un premier mémoire, Buccola <sup>4</sup> (1882) reprend l'étude des délires systématisés primitifs et paraît se ranger à l'opinion de Krafft-Ebing. Ces délires sont pour lui l'expression d'un état mental faible par leur étiologie, leur marche continue et rémittente, etc. D'ailleurs, l'exercice physiologique complet des fonctions mentales ne se juge pas seulement par la persistance de la logique, mais par la nature, la quantité, l'association des énergies psychiques et les rapports harmoniques qui doivent exister entre les idées, les sentiments, les actes.

Dans ce travail Buccola étudie la genèse du délire, et reste indécis à ce sujet, se demandant si les hallucinations sont primitives, si les idées délirantes n'en sont que l'interprétation ou naissent de l'inconscient. Il étudie la marche de la systématisation, surtout dans le délire des persécutions dont il rapporte deux observations.

Morselli et Buccola <sup>5</sup> (1883) montrent le développement spécial de ces délires, leur marche chronique sans démente proprement dite, leur curabilité limitée. — Au point de vue du délire, on peut distinguer deux formes : 1° le délire des persécutions à contenu variable suivant l'âge, le milieu, l'éducation. Dans cette forme rentrerait la folie de la chicane, vrai délire de persécution actif. — La seconde forme serait le délire des grandeurs associé au premier ou existant seul, le plus souvent de couleur érotique ou religieuse. Les idées fixes

<sup>1</sup> Beard. — *Monomania and monohypocondria* (New-York med. rec., mars 1882).

<sup>2</sup> Feun. — *Original monomania* (Americ. med. Weekly, août 1882).

<sup>3</sup> Hammond. — *A treatise of insanity*. Londres, 1883.

<sup>4</sup> Buccola. — *I deliri sistematizzati primitivi* (riv. sper. di fren., 1882, p. 80).

<sup>5</sup> Morselli et Buccola. — *La pazzia sistematizzata*, - Giorn. della R. Academ. di Torino, 1883, p. 210.

doivent être regardées seulement comme une forme abortive de ces délires, en étant différenciées par ce fait que le malade a conscience de son état<sup>1</sup>. Quant à la nature clinique de ces délires, Morselli et Buccola les placent parmi les *psychoses dégénératives* et les divisent en deux classes : 1° délires systématisés primitifs par anomalies de développement de l'individualité psychique (P. originaire de Sander); 2° délires systématisés primitifs se montrant dans une individualité psychique déjà développée. Alors interviennent des causes occasionnelles (maladies aiguës, ménopause, traumatismes). Cependant, même dans ces cas, l'influence héréditaire existe la plupart du temps. — Les formes que Morselli et Buccola font rentrer dans la folie systématisée primitive sont les suivantes :

1° La monomanie intellectuelle d'Esquirol.

2° La folie sensorielle quand les hallucinations n'engendrent pas de la manie ou de la mélancolie, mais des conceptions délirantes par une lésion originelle des centres perceptifs.

3° Les prétendus cas de lypémanie avec délire des persécutions dans lesquels l'état mélancolique est secondaire.

4° Les folies hypocondriaques dans lesquelles les hallucinations cynesthétiques sont le pivot des conceptions délirantes et où l'on rencontre souvent un délire de persécution caché sous les idées hypocondriaques.

5° Certains cas de folie hystérique qui présentent un délire érotique sans rémission. (Merklin et Schaefer.)

6° Certains cas de claustrophilie ou de claustrophobie mal interprétés et cachant un délire de persécution. — Un certain nombre de formes analogues toutes caractérisées par la prédominance d'un groupe donné d'idées et de tendances rentre dans les formes abortives de la folie systématique primitive, tandis que d'autres constituent le groupe des idées fixes où subsiste la conscience.

7° Les formes intermédiaires à la raison et à la folie (tempéraments de fous), les graphomanes à idées de grandeurs cachées.

8° Certains cas types de folie lucide ou raisonnante.

9° Les excentriques, les originaux.

<sup>1</sup> Voir aussi Buccola. *Le idee fisse* (Riv. sper. di fren., 1880.)

Amadei et Tonnini<sup>1</sup> (1883) nous donnent une description très complète de la *Paranoïa*, nous montrant que le délire n'est qu'une phase, le point culminant de la maladie. Le développement, les caractères, la marche, les transformations ou associations, les terminaisons du délire sont nettement étudiées. Mais le point le plus original du mémoire est la classification. Les auteurs admettent à côté d'une forme dégénérative une forme psychoneurotique et ils invoquent les arguments suivants :

1° Absence dans ces cas d'un élément constitutionnel pouvant faire prévoir la maladie : aucun symptôme habituel de neuropathie.

2° Existence fréquente de causes occasionnelles ou de dispositions temporaires pouvant expliquer la *Paranoïa*, sans qu'il soit besoin de rechercher une prédisposition dans les antécédents.

3° Souvent ces cas guérissent, quelquefois il en résulte un certain affaiblissement mental.

4° Il n'y a dans les formes psychoneurotiques ni plus ni moins d'hérédité que dans la manie ou la mélancolie.

5° La période de maladie des formes aiguës et le début de celle des formes chroniques psychoneurotiques est en contradiction avec la vie mentale antérieure du sujet, tandis qu'il n'en est pas ainsi dans les formes dégénératives.

Voici d'ailleurs la classification de la *Paranoïa* qu'ils proposent :

#### I. *Paranoïa* dégénérative.

##### A. Originaires.

- a. simple : délire de persécution, ambitieux, religieux, érotique.
- b. hallucinatoire : délire de persécution, ambitieux, religieux, érotique, hypochondriaque.

##### B. Tardive.

- a. simple : délire de persécution, de la chicane, ambitieux, religieux, érotique.
- b. hallucinatoire : délire de persécution, ambitieux, religieux, érotique, hypochondriaque.

<sup>1</sup> Amadei et Tonnini. — *La Paranoïa et le sue forme* (Arch. ital. per le malattie nervose, 1883-1884).

II. *Paranoïa psychoneurotique.*A. *Primitive*

α *aigue et curable.*

a. *simple* : délire de persécution, ambitieux, religieux, érotique.

b. *hallucinatoire* : délire de persécution, ambitieux, religieux, érotique.

β. *Incurable.*

a. *simple* : délire de persécution, ambitieux, religieux, érotique.

b. *hallucinatoire* : délire de persécution, ambitieux, religieux, érotique, hypochondriaque.

B. *Secondaire.*

a. *post-maniaque.*

b. *post-mélancolique.*

Comme on le voit par ce tableau, la *Paranoïa* dégénérative seule serait toujours primitive, la secondaire n'étant seulement que la terminaison d'un état psychoneurotique. Cette forme secondaire est considérée par les auteurs, avec Krafft-Ebing, comme un état d'affaiblissement mental consécutif à des formes primitives de psychoneuroses.

Quant à la tare dégénérative des *Paranoïa* de la première catégorie elle n'est pas des plus profondes et ne réduit pas les malades au dernier degré de l'échelle des dégénérés. Aussi Schuele, avec juste raison, sépare-t-il ces formes des dégénérescences dans le sens strict du mot pour en faire, comme nous l'avons vu, des névroses à base dégénérative. Mais cela n'est en somme qu'une question de degré, et il doit y avoir des formes de passage entre les formes dégénératives de *Paranoïa* et certaines bouffées délirantes simples observées chez les imbéciles, et de même entre certains états de débilité mentale et les *Paranoïa* originaires dont le délire est peu accentué.

(A suivre.)

## REVUE CRITIQUE

### LA PARANOÏA<sup>1</sup>

#### DÉLIRES SYSTÉMATISÉS ET DÉGÉNÉRESCENCES MENTALES

#### Historique et critique;

Par J. SÉGLAS, médecin-adjoint de l'hospice de Bicêtre.

Ajoutons enfin que pour Amadei et Tonnini le délire sensoriel (*Wahnsinn* de Krafft-Ebing) vrai type de délire asystématique, peut passer à la *Paranoïa* à travers le stade des idées fixes, forme rudimentaire ou prodromique de *Paranoïa*, dont elles diffèrent cependant par l'état de conscience du sujet.

Il faut enfin (comme l'a fait Krafft-Ebing) distinguer la *Paranoïa* vraie de certains délires plus ou moins systématiques de l'épilepsie, de l'hystérie, de l'alcoolisme, etc...

Pour Raggi<sup>2</sup> (1884), le rôle de l'élément dégénératif dans la genèse de la *Paranoïa* est loin d'être démontré : il nie tous les caractères distinctifs tirés de l'étiologie, de l'évolution, du complexe symptomatique, de la marche. Pour lui, il n'y a pas là plus d'hérédité qu'ailleurs; la priorité en date de l'idée sur les troubles du sentiment n'est rien moins que démontrée, il suffit au contraire souvent chez ces malades du plus léger trouble émotionnel pour changer ou exciter les idées délirantes. En outre tous les auteurs ne s'entendent pas sur les symptômes, les uns regardant les hallucinations comme primitives, les autres comme secondaires au délire qui serait de persécution pour certains, de grandeur pour d'autres. Quant à la marche, quelques auteurs n'admettent-ils pas des délires à marche aiguë, chose incompatible avec une idée de dégéné-

<sup>1</sup> Voir le n° 37, p. 62, n° 38, p. 221.

<sup>2</sup> Raggi. — *Dell'elemento degenerativo nella genesi dei cosi detti deliri sistematizzati primitivi* (Arch. ital. per le mal. nerv., 1884).

rescence ? Tous ces arguments sont bien spécieux ; et il nous semble qu'il suffit de les citer pour montrer le peu de cas qu'il faut faire de la plupart d'entr'eux.

Cette même année (1884), Tanzi <sup>1</sup> publie une étude historique sur la *Paranoia*, sorte d'introduction à une monographie de cette forme vésanique faite en collaboration avec Riva <sup>2</sup>.

Pour Tanzi et Riva, la *Paranoia* est une psychopathie fonctionnelle entée sur un fond dégénératif, caractérisée par une déviation particulière des fonctions intellectuelles les plus élevées, n'impliquant ni une décadence grave, ni un désordre général ; qui s'accompagne presque toujours d'hallucinations et d'idées délirantes permanentes plus ou moins systématisées, mais indépendantes de toute cause occasionnelle constatable ou de tout état morbide émotif, qui a une marche ni uniforme ni continue, mais cependant essentiellement chronique et qui en général ne tend pas par elle-même à la démence. Dans quatorze cas seulement sur cent, d'après Tanzi et Riva, l'hérédité a été inconnue, mais non exclue, et dans les quatre-vingt-six autres cas, la *Paranoia* avait une base dégénérative soit par hérédité (77) soit par maladies de l'enfance compromettant le développement de l'individu (9,5). De cela il ne faudrait pas en conclure que la *Paranoia* soit une forme de débilité mentale. C'est simplement, comme l'ont déjà dit Amadei, Tonnini, etc., une psychose dégénérative par suite de la tare héréditaire ou constitutionnelle, de sa marche chronique et à début insidieux, de sa symptomatologie variable.

La constitution psychique des Paranoïaques ne peut être mise en évidence que par le délire systématisé qui surgit sur le fond mental et en est l'exagération ; et cependant elle est tout, constituant quelquefois à elle seule toute la maladie (P. indifférente), se retrouvant dans les prodrômes, dans les intervalles de rémission. Elle consiste surtout dans des anomalies de l'intelligence (associations d'idées bizarres, jugements absurdes) ou des sentiments affectifs (égoïsme, défiance, romantisme, irritabilité, émotivité, perversions sexuelles, etc...). Les caractères psychiques de cette constitution vont

<sup>1</sup> Tanzi. — *La Paranoia (delirio sistematizzato) e la sua evoluzione storica* (Riv. sperim. di fren., 1884).

<sup>2</sup> Tanzi et Riva. — *La Paranoia contributo alla storia delle degenerazioni psichiche*. (Riv. sperim. di fren., 1884-1885-1886.)

se développant avec les années pour atteindre une *maturité dégénérative* à l'âge où l'homme sain est au comble du perfectionnement intellectuel (trente-deux ans en moyenne). C'est alors que surgit généralement le délire, mais quelquefois il manque (excentriques, originaux), ou il est insuffisant pour troubler l'équilibre psychique; le malade ne délire pas à proprement parler, il raisonne à faux, c'est un paradoxal (folie raisonnante, — type indifférent). En somme, la *Paranoïa* est une forme morbide constitutionnelle et le délire n'est là qu'un symptôme. Il n'est d'ailleurs pas absolument spécifique et peut se rencontrer dans d'autres formes psychopathiques sans caractères psychologiques distincts, mais alors il est indépendant de la constitution psychique et débute sous l'influence d'une cause occasionnelle somatique : circulatoire (manie ou mélancolie), inflammatoire (paralysie générale), toxique (alcoolisme), etc...

Quant à la genèse de ce délire, il survient sans état morbide émotif antérieur, il s'accompagne d'hallucinations qui sont secondaires, affectant le plus souvent les sens de l'ouïe, puis la sensibilité générale, les hallucinations visuelles étant très rares. Ce délire peut subir des transformations, ou bien être multiple ou indéterminé, ou même manquer. Aussi à ce point de vue peut-on diviser la *Paranoïa* en :

- 1° *Paranoïa* avec délire des persécutions;
- 2° — ambitieuse;
- 3° — religieuse;
- 4° — érotique;
- 5° — indéterminée (folie de la chicane. P. sans délire);
- 6° — mixte;
- 7° — rudimentaire (idées fixes).

Au point de vue du début, on peut distinguer deux sortes de *Paranoïa* (distinction artificielle s'il en fût, le terrain restant toujours le même) :

- 1° La *Paranoïa* originaire (type de Sander);
- 2° La *Paranoïa* tardive : *a* post-pubère; *b*, de la ménopause (ces deux variétés suivant l'évolution biologique de l'individu); *c*, simple (indépendante de l'évolution biologique).

Quant à la marche, essentiellement chronique, elle peut se diviser suivant la qualité du symptôme délire en uniforme

(même type de délire) et variable, et pour le mode de succession des symptômes en continue, rémittente, avec exacerbation. Toutes ces variétés peuvent se combiner et nous aurions ainsi une marche :

|             |   |                                                                         |
|-------------|---|-------------------------------------------------------------------------|
| Uniforme    | { | continue (délire des persécutions).                                     |
|             |   | rémittente.                                                             |
| Et variable | { | avec exacerbations.                                                     |
|             |   | continue (transformation du délire de persécution en délire ambitieux). |
|             |   | rémittente.                                                             |
|             |   | avec exacerbations.                                                     |

Les exacerbations peuvent être constituées par des épisodes psychoneurotiques (manie, mélancolie, stupeur).

Comme terminaisons, l'affaiblissement mental est peu fréquent et la démence absolue est très rare. Quand elle existe, elle peut se présenter sous trois aspects : 1° sénilité précoce, expression de la déchéance rapide de l'organisme dégénéré; 2° démence due à des épisodes psychoneurotiques (manie, mélancolie) intercurrents; 3° démence apparente pouvant revêtir deux formes : dans la première, le malade, voyant l'inutilité de ses idées, reste calme, abandonne sa confiance, devient indifférent; dans la seconde, il se concentre de plus en plus dans son délire, s'exalte, devient extravagant, se livre à des actes désordonnés et incohérents.

Quant à la place que la *Paranoïa* occupe dans le groupe des dégénérescences, elle est, pour Tanzi et Riva, dans les formes purement psychiques (c'est-à-dire sans trouble de la motilité ou de la sensibilité) appelées par Morselli *Paraphrénies*, et dans ce sous-groupe on peut distinguer : 1° les dégénérescences psychiques intellectuelles avec ou sans délire, c'est-à-dire la *Paranoïa*, et 2° les dégénérescences psychiques affectives (folie morale, délinquance congénitale, perversions sexuelles). De plus, et malgré l'opinion de Bonvecchiato<sup>1</sup> qui trouve cette classification trop systématique, Tanzi et Riva admettraient volontiers des formes mixtes, intellectuelles et affectives, toutes reposant sur le même terrain dégénéré.

Pendant le cours de la publication de ce long mémoire, d'autres travaux ont été faits en Italie sur le même sujet.

<sup>1</sup> Bonvecchiato. - *La pazzia sistematizzata primitiva*. Venise, 1875.



Guicciardi <sup>1</sup> (1886) se range aux idées de Tanzi et Riva, à propos de l'interprétation de l'évolution des phénomènes psychiques qui caractérisent la personnalité paranoïaque.

B. Battaglia <sup>2</sup> (1886) cite un cas de *Paranoia* avec délire ambitieux, qui est passible de plus d'une critique. Nous nous contenterons de faire remarquer que l'auteur prétend n'avoir pas trouvé d'antécédents héréditaires, ni de signes de dégénérescence. Et cependant, il nous dit que son malade était un esprit faible, mal pondéré, avide du merveilleux, instable, dégoûté de la vie sans motifs plausibles; il lui manquait, dit-il, la faculté d'adaptation au milieu social et l'esprit de critique rationnelle. Or, ne sont-ce pas là des signes suffisants d'un état de dégénérescence mentale?

Morselli <sup>3</sup> (1886) rapporte un exemple de *Paranoia* rudimentaire impulsive. Nous avons vu que c'est Arndt, qui, le premier, a décrit cette forme de *Paranoia*.

Cette *Paranoia* rudimentaire (ou plutôt les idées fixes) avaient été divisées par Tamburini <sup>4</sup> en trois classes : 1° les *idées fixes simples* (Ex. : folie du doute pure) sans tendance à se transformer en actes; 2° les *idées émotives* avec actions simultanées (*azioni coatte*) (Ex. : folie du doute avec délire du toucher), c'est-à-dire avec tendance à l'extériorisation de leur contenu moteur; 3° les *idées impulsives*. Morselli n'en admet que deux classes, réunissant en une seule les deux dernières de Tamburini, parce que dans ces cas il s'agit toujours, selon lui, de la tendance d'une représentation idéative à se transformer en acte. Quant au terrain sur lequel ces idées se développent, il est aussi très contesté. Krafft-Ebing <sup>5</sup>, Cantarano <sup>6</sup>, Andriani <sup>7</sup> regardent ces formes comme étant toujours des mani-

<sup>1</sup> Guicciardi. — *Psycologia e psichiatria* (Riv. sper. di fren. 1886, p. 531).

<sup>2</sup> Bruno-Battaglia. — *Contribuzione alla casistica della Paranoia*. (*La psichiatria*, 1886, fasc. 3 et 4, p. 354).

<sup>3</sup> Morselli. — *Paranoia rudimentale impulsiva*. (Riv. Sper. di fren., 1886, f. 4, p. 495.)

<sup>4</sup> Tamburini. — *Sulla pazzia del dubbio...* (Riv. Sper. di fren., 1883.)

<sup>5</sup> Krafft-Ebing. — *Lehrbuch der Psych.*, 1879.

<sup>6</sup> Cantarano. — *Contributo allo studio delle psicosi degenerative*. (*La psichiatria*, 1884.)

<sup>7</sup> G. Andriani. — *Contributo alla conoscenza delle psicosi degenerative* (idee fisse). (*La psichiatria*, 1885.)

festations de dégénérescence. D'autres, avec Berger<sup>1</sup>, Krœpelin<sup>2</sup>, Tamburini, Amadei et Tonnini, Tanzi et Riva, admettent qu'elles peuvent se développer sur un fonds neurasthénique acquis, mais pas toujours héréditaire. Morselli se range à cette dernière opinion et les classe dans les *Paraphrénies* du second groupe. D'ailleurs, les idées de cet auteur seront rendues plus claires par l'exposé de la place qu'occupent dans sa classification des maladies mentales les différentes formes de *Paranoïa*<sup>3</sup>.

A proprement parler, Morselli semble n'admettre que deux formes typiques de *Paranoïa* : 1<sup>o</sup> la *Paranoïa originaire dégénérative* avec ses trois variétés de persécution, de grandeur, érotique (érotomanie); 2<sup>o</sup> la *Paranoïa rudimentaire* avec ses deux variétés idéative et impulsive. Toutes deux sont classées parmi les *Paraphrénies* (anomalies de l'évolution cérébrale avec formation anormale ou perversion de la personnalité). Mais tandis que la *Paranoïa* originaire dégénérative fait partie du sous-groupe des *Paraphrénies* formé par les *dégénérescences psychiques* (*Paraphrénies* dépendant d'une constitution psychopathique le plus souvent d'origine héréditaire), la *Paranoïa* rudimentaire, elle, est rangée dans un second sous-groupe, celui des *psychopathies constitutionnelles* (*Paraphrénies* dépendant d'une constitution psychopathique le plus souvent congénitale).

Quant aux formes, admises par certains auteurs, de *Paranoïa* aiguë et de *Paranoïa* secondaire, elles sont complètement séparées des précédentes et rangées parmi les *Psychoneuroses*, sous-groupe des *Phrénopathies* (affections du cerveau complètement développé avec changement morbide et altération de la personnalité). L'une, la *Paranoïa*, dite aiguë ou hallucinatoire ou curable, est décrite sous le nom de *folie sensorielle aiguë* et placée à côté des états maniaques et mélancoliques. L'autre, la *folie systématisée*<sup>4</sup> *secondaire* (*Paranoïa* dite secondaire),

<sup>1</sup> Berger. — *Grubelsucht ein psychopathische symptom.* — *Grubelsucht und Zwangsvorstellungen* (*Arch. f. Psych.*, Bd. VI et VIII).

<sup>2</sup> Krœpelin. — *Comp. der psych.* — Leipsick, 1883.

<sup>3</sup> Morselli. — *Manuale della semeiotica delle malattie mentali.*, II, 1885.

<sup>4</sup> Il est à remarquer que Morselli désigne ces formes sous les noms de *folie sensorielle aiguë* (*Frenosi sensoria acuta*) et de *folie systématisée secondaire* (*Pazzia sistematizzata secundaria*) réservant aux formes originaire et rudimentaire le terme *Paranoïa* qui semble ainsi associé dans son esprit avec l'idée d'une constitution neuropathique, qu'elle soit congénitale ou héréditaire.

avec ses deux formes de persécution et de grandeur, n'est considérée, avec la démence, que comme une modalité terminale, un état d'affaiblissement intellectuel. (Syn. : démence incomplète.)

## V.

En France, depuis les travaux de Morel, nous ne rencontrons sur ce sujet que des mémoires isolés, décrivant des formes vésaniques qui, malgré leur nom différent, nous semblent correspondre à certaines des variétés de *Paranoia* que nous avons passées en revue.

Nous signalerons principalement dans ce sens le travail de M. Ach. Foville<sup>1</sup> sur la folie avec prédominance du délire des grandeurs (1871); puis le délire des persécutions de Legrand du Saulle<sup>2</sup> (1873), amplification du mémoire de Lasègue sur le même sujet. Ce délire, nous l'avons vu, est un type de *Paranoia* dans le cadre de laquelle le font rentrer du reste la plupart des écrivains que nous avons énumérés. Rappelons aussi la thèse de M. P. Garnier<sup>3</sup> sur le même sujet (1877).

En 1876, M. Taguet<sup>4</sup> décrit les aliénés persécuteurs qu'il détache du groupe des persécutés. Cette forme vésanique rentre aussi dans le domaine de la *Paranoia*, car elle correspond à la *Querulanten Wahnsinn* des Allemands, aux *Quere-lanti* et *Litiganti* des Italiens<sup>5</sup>, nous avons vu encore que la plupart du temps elle est considérée comme une forme à base dégénérative. Telle paraît être aussi l'opinion de M. J. Falret<sup>6</sup>, qui reprend cette question en 1878 et fait des persécuteurs une modalité du délire de persécution se présentant chez des sujets héréditairement tarés.

<sup>1</sup> Ach. Foville. — *Etude clinique sur la folie avec prédominance du délire des grandeurs*, 1871.

<sup>2</sup> Legrand du Saulle. — *Le délire des persécutions*, 1873.

<sup>3</sup> P. E. Garnier. — *Des idées de grandeur dans le délire des persécutions* (Thèse de Paris, 1877).

<sup>4</sup> Taguet. — *Les aliénés persécuteurs* (*Ann. méd. psych.*, 1876).

<sup>5</sup> Nous avons traduit ces mots par folie de la chicane, bien qu'ils expriment de plus l'idée de plainte. — Consulter aussi à ce sujet : Liebman, *Ueber Querulanten Wahnsinn*, etc., Diss., Iena, 1876. — Krafft-Ebing, *Ueber den sogenannten Querulanten Wahnsinn*. (*Allg. Zeitsch. f. psych.*, Bd. XXXV, p. 395). — Brosius, *Ueber Querulanten Wahnsinn*. (*Allg. Zeitsch. f. psych.* Bd. XXXII, p. 770.)

<sup>6</sup> J. Falret. — *Ann. méd. psych.*, 1878.

Depuis, et à plusieurs reprises, le même auteur est revenu sur ce sujet et l'a développé dans ses leçons cliniques ou dans les discussions sur la folie héréditaire à la Société médico-psychologique (1885-1886).

Nous retrouvons encore ses idées reproduites dans la thèse d'un de ses élèves, le D<sup>r</sup> Pottier <sup>1</sup> (1886).

En 1882, M. Cotard <sup>2</sup> décrit sous le nom de *délire des négations* une forme psychopathique qu'il distingue du délire des persécutions avec lequel on pourrait la confondre par la systématisation des idées hypochondriaques, de persécution, de grandeur. Mais, en dehors des caractères particuliers qui peuvent faire distinguer la nature de ces idées, il faut dire que ce délire systématisé de négation est toujours secondaire à des états mélancoliques, le plus souvent anxieux, au lieu d'être primitif comme le délire de persécution. Ce serait un exemple des formes de *Paranoïa* dites secondaires. Nous en avons nous-même <sup>3</sup> rapporté un exemple, que nous croyons typique.

Mais c'est surtout en nous reportant aux travaux de M. Magnan <sup>4</sup> que nous verrons mieux, par comparaison, à quelles formes nosologiques correspond la *Paranoïa*. En effet, nous la retrouvons là tout entière; car tout en ayant envisagé les choses à un autre point de vue, M. Magnan n'en a pas moins parfaitement décrit les mêmes formes que nous venons d'examiner.

Reprenant les idées de Morel sur la folie héréditaire, il l'étudie dans ses différentes manifestations, qu'il cherche à classer. Pour lui, les héréditaires, ou plutôt les héréditaires dégénérés, peuvent se diviser en quatre degrés suivant le niveau de leur état mental: 1<sup>o</sup> l'idiotie; 2<sup>o</sup> l'imbécillité; 3<sup>o</sup> la débilité mentale; 4<sup>o</sup> les *dégénérés supérieurs*. Or, l'état mental de ces derniers, par les anomalies du caractère, de l'intelligence, correspond absolument à ce que d'autres auteurs (Sander, Maudsley, Krafft-Ebing, Tanzi et Riva) ont décrit sous le nom de constitution psychique de la *Paranoïa*; certains seraient même des exemples

<sup>1</sup> Pottier. — *Etude sur les aliénés persécuteurs* (Th. de Paris, 1886).

<sup>2</sup> Cotard. — *Le délire des négations* (*Archiv. de neurolog.*, 1882).

<sup>3</sup> J. Séglas. — *Note sur un cas de mélancolie anxieuse (délire des négations)*. (*Archiv. de neurolog.*, 1884.)

<sup>4</sup> Magnan. — *Leçons sur la folie héréditaire, 1882-1883; Les délirants chroniques et les dégénérés*. — *Gaz. des hôpit.*, avril 1884. — *De la folie héréditaire*. (*Journ. des conn. méd.*, 1885, n<sup>o</sup> 48. — *Ann. méd. psych.*, 1885-1886. — *Tribune médicale*, 1886, n<sup>o</sup> 954.)

de *Paranoïa* dite indifférente ou indéterminée ou sans délire. Et en tout cas, c'est là le terrain favorable au développement de la folie systématisée primitive et que certains auteurs même, n'admettant que les formes dégénératives, regardent comme indispensable, le délire n'étant que l'exagération du caractère particulier de ces malades.

Chez ces dégénérés supérieurs, M. Magnan fait la synthèse d'un certain nombre d'états particuliers qu'il désigne du nom de syndrômes épisodiques. Ces états caractérisés par l'obsession, l'impulsion avec angoisse et lucidité d'esprit sont ce que d'autres aliénistes ont désigné du nom d'idées fixes, et nous représentent ainsi cette forme de *Paranoïa* rudimentaire qu'Arndt a décrite le premier. A ce propos, disons que M. Magnan fait partie du groupe des médecins qui considèrent ces troubles psychiques comme caractéristiques d'un état de dégénérescence<sup>1</sup> (stigmates psychiques).

De plus, ces syndromes peuvent délirer et cela de plusieurs façons. Outre les délires d'emblée déjà signalés par Morel, on peut rencontrer chez eux des délires systématisés à évolution chronique; les uns sont primitifs, c'est-à-dire qu'ils s'installent petit à petit sans attirer l'attention, si bien qu'on ne peut guère en préciser le début; d'autres peuvent être consécutifs à un délire d'emblée, qui se prolonge indéfiniment; d'autres fois aussi on les voit succéder à de simples tendances délirantes qui semblent en être la période prodromique et dont ils ne sont en somme que l'exagération. Qui ne reconnaîtrait pas dans ce tableau rapide des délires à évolution chronique chez les dégénérés les formes de *Paranoïa* délirante à base dégénérative, admise le plus généralement, et dont la *Paranoïa* originaire de Sander est le type<sup>2</sup>.

Mais il est encore, dans la classification de M. Magnan, un autre groupe de malades qui nous semble correspondre aussi à certaines formes de *Paranoïa*. Ce sont les *délirants chroniques*. Au point de vue symptomatologique, le délirant chronique n'est autre que le persécuté vulgaire pris dans les différentes étapes de son délire entrevues déjà par Morel, Snell, etc. (pé-

<sup>1</sup> Magnan, — *Leçons sur la dipsomanie. Progrès médical*, 1884. — *De l'onomatomanie* (en collab. avec M. Charcot). *Arch. neur.*, 1885.

<sup>2</sup> Nous ne pouvons exposer ici toute la doctrine de M. Magnan sur la folie héréditaire. Nous renvoyons, pour plus de détails, à la thèse de M. Legrain, qui expose d'une façon très complète les idées de son maître sur les différents points que nous venons de signaler.

riode d'inquiétude, de persécution, de grandeur, de démence), et représentant la synthèse de certaines anciennes monomanies (hypocondrie, démonomanie, mégalomanie, théomanie, etc.). C'est alors que le délire présente une systématisation des plus marquées. Or, la comparaison des observations de délire chronique avec celles de *Paranoïa* délirante nous montre, dans bien des cas, une description identique d'une même vésanie. On retrouve des deux côtés la même symptomatologie, la même marche (hallucinations surtout de l'ouïe, nature et évolution des idées délirantes, réactions du malade), de même que d'autres exemples nous montrent des symptômes semblables, et une évolution analogue à celle des délires des dégénérés à évolution chronique (état mental particulier, début insidieux et progressif du délire ou apparition rapide, hallucinations multiples ou absentes, relations entre elles des idées délirantes). Il importe à ce sujet de rappeler ici que, au point de vue de la succession des idées délirantes, les différents aliénistes qui ont écrit sur la *Paranoïa* ont fait observer que les idées de persécution ou de grandeur pouvaient exister à l'état isolé, ou bien que si on les rencontrait chez le même individu (*Paranoïa mixte*), on pourrait les voir être contemporaines ou se succéder, les idées ambitieuses étant la conséquence des idées de persécution. Or, en nous reportant à la classification de M. Magnan, nous aurions, dans le dernier cas, une succession des idées analogues à celles que l'on rencontre dans le délire chronique, tandis que les autres variétés correspondraient aux délires des dégénérés. Enfin, au point de vue de la terminaison, nous trouvons encore de grandes analogies entre les formes de *Paranoïa* délirante, les délires des dégénérés et le délire chronique. Leur marche, très longue, aboutit rarement à une démence véritable et l'on retrouve bien souvent au milieu de la dissociation des facultés intellectuelles une trace de l'ancien délire systématisé. Cette période de démence est plutôt une période de confusion mentale.

A l'inverse des auteurs que nous avons passés en revue, et qui, presque tous, réunissent toutes les variétés de *Paranoïa* délirante, en leur attribuant un fond dégénératif commun, M. Magnan fait une classe à part de ses délirants chroniques, et tout en les admettant souvent comme héréditaires, se refuse à en faire des dégénérés. Cette opinion ne semble pas être celle de M. Gèrente qui, dans sa monographie du délire chronique dit que cette vésanie ne se rencontre pas chez le premier venu ;

il faut une longue incubation, deux ou trois générations préparant le terrain, il faut être *prédisposé*<sup>1</sup>. L'auteur va même plus loin, lorsqu'il dit à propos de l'éclosion du délire, que s'il survient quelque accident, le malade succombe « étant d'ailleurs *dès sa naissance* ce qu'on appelle *un débile* ou bien s'étant affaibli mentalement au cours de son existence ». Il nous paraît encore réunir les délirants chroniques avec certains délires des dégénérés de M. Magnan, lorsqu'il dit que de ces vésaniques (les délirants chroniques), ceux qui auront été le plus pénétrés de l'influence héréditaire directe vésanique se montreront dans leur délire essentiellement intermittents, guériront ou pourront guérir plus aisément. On trouve d'ailleurs parmi les observations qu'il rapporte des exemples de dégénérescence mentale.

Un autre élève de M. Magnan, M. Legrain<sup>2</sup>, déclare nettement admettre que les dégénérés peuvent être atteints de délire chronique. Cette opinion, que nous serions, pour notre part, assez disposé à partager, nous étonne cependant dans la bouche de M. Legrain, car, à notre avis, elle contredit la classification qu'il adopte et rend, par suite, inutile la distinction qu'il fait des délires des dégénérés avec le délire chronique qui n'en serait plus qu'une modalité, au moins dans certains cas.

En somme, quelque soit le fonds sur lequel on admette que se développe le délire chronique, son diagnostic avec certains délires des dégénérés qui le simulent à s'y méprendre, est cliniquement des plus difficiles pour ne pas dire impossible.

On trouvera des documents fort intéressants sur la question qui nous occupe dans le travail de M. Legrain qui étudie toutes les formes de délire que l'on rencontre chez les dégénérés, leur état mental, les syndrômes épisodiques, les délires d'emblée ou à évolution chronique. Nous lui adresserons cependant le reproche de ne pas nous donner l'historique de la question, qui, si elle n'a pas été considérée sous cet aspect, a cependant été déjà traitée en grande partie.

Rappelons un travail antérieur de M. Saury<sup>3</sup> qui avait étudié aussi l'état mental des dégénérés, les syndrômes épisodiques, mais n'avait décrit que les délires d'emblée.

<sup>1</sup> Gérente. — *Le délire chronique, son évolution* (Thèse de Paris, 1883). — *Quelques considérations sur l'évolution du délire dans la vésanie*. (Arch. de neurolog., t. VI, 1883, p. 16.)

<sup>2</sup> Legrain. — *Du délire chez les dégénérés* (Thèse de Paris, 1886), p. 272.

<sup>3</sup> Saury. — *Etude clinique sur la folie héréditaire* (les dégénérés), 1886.

Il nous reste peu de chose à dire sur les travaux français se rapportant à la question de la *Paranoïa* et nous terminerons cette revue en citant le livre de M. Régis <sup>1</sup> (1885) où sous le nom de folie partielle il reproduit les idées de Magnan sur le délire chronique; et une leçon de M. Ball <sup>2</sup> (1885) sur une forme particulière de délire ambitieux distinct des idées de même nature des débiles, circulaires, persécutés, paralytiques généraux et qu'il assimile à la folie avec prédominance du délire des grandeurs de M. Ach. Foville.

On voit qu'en somme, la *Paranoïa* n'est pas chose nouvelle en psychiatrie, et l'on pourrait refaire son histoire en citant les noms multiples sous lesquels l'ont désignée les aliénistes des différentes époques et des différents pays. Nous voyons aussi que, née en France, la doctrine des délires systématisés primitifs s'est surtout développée en Allemagne, puis dans les autres pays et surtout en Italie. — Peut-être même a-t-on poussé cette étude jusqu'à l'exagération, chacun voulant ajouter sa note particulière, et la confusion naissant de la multiplication des formes.

Qu'y a-t-il à retenir en résumé des différentes théories que nous venons d'exposer? Un fait qui se dégage de cette revue historique c'est que tous les auteurs admettent une forme de *Paranoïa* primitive entée sur un fonds de dégénérescence et dont l'existence est d'ailleurs indiscutable, mais les uns n'admettent que cette forme avec ses variétés; d'autres en restreignent plus ou moins le domaine et ne considèrent pas que le terrain de la dégénérescence mentale soit indispensable à la production de la *Paranoïa*.

C'est alors, dans le cadre de cette *Paranoïa* psychoneurotique que nous rencontrons à côté de la forme chronique, cette forme de *Paranoïa* dite psychoneurotique aiguë, hallucinatoire, curable, admise pour la première fois par Westphal. Là, les avis sont bien partagés : les uns suivent les idées de Westphal, ce par exemple Meynert, Frith, Mendel, Tiling, Amadei et Tonniini, etc... D'autres en nient complètement l'existence ou au moins ne la décrivent pas comme modalité de la *Paranoïa* : tels sont Krafft-Ebing, Pelman, Mayser, Morselli, Tanzi et Riva, etc... Pour nous, nous inclinierions assez volontiers à

<sup>1</sup> Régis. — *Manuel pratique de médecine mentale*. Paris, 1885.

<sup>2</sup> Ball. — *Du délire ambitieux*. (*Encéphale*, 1885.)

nous ranger à cette dernière opinion. La lecture des observations de *Paranoia* aiguë que nous avons rencontrées au cours de nos recherches, ne nous ont montré aucun caractère pathognomonique qui puisse permettre au moins par un côté de rapprocher cette *Paranoia* aiguë de la chronique qu'elle soit dégénérative ou non. — Au contraire, il nous semble que cette variété aiguë est très comparable tantôt à certains états mélancoliques plus ou moins accentués, souvent avec stupeur, parfois avec dépression ou anxiété, tantôt à des états d'excitation maniaque simples ou symptomatiques.

Les discussions sont encore grandes au sujet de la forme de *Paranoia* dite rudimentaire décrite par Arndt et dont le type est représenté par les idées fixes. Le terrain, nous l'avons vu, sur lequel peuvent se développer ces idées est très contesté : et d'un autre côté, certains auteurs tout en rapprochant les idées fixes de la *Paranoia*, les en distinguent cependant à cause de la conservation de la conscience. D'autres les admettent comme une forme rudimentaire, d'autres comme une période prodromique, d'autres enfin comme un épisode dans le cours de la *Paranoia*. Quant à la forme secondaire son existence est indiscutable mais ce n'est plus une forme de *Paranoia* proprement dite, ce n'est plus qu'une forme de délire systématisé simplement secondaire à des états maniaques ou surtout mélancoliques, dont elle est comme la terminaison, ou comme un trait d'union entre eux et la démence. Restent encore les soi-disant formes de *Paranoia* hystérique, épileptique, alcoolique... Pour nous, on doit avec Krafft-Ebing en faire justice et les mettre sous la dépendance de l'état pathologique dont elles font partie. Cependant il faut se rappeler que certains de ces malades sont peut-être véritablement des exemples de *Paranoia* et que l'on peut rencontrer chez eux la coexistence de deux délires, que seule une observation attentive pourra faire distinguer<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Voir à ce propos : Magnan, *Arch. Neur.*, n° 4; — Garnier, *Gaz. hebdom.*, 1880; Déricq, *Th. Paris*, 1886; — Krafft-Ebing, *loc. cit.* — Parmi les travaux venus à notre connaissance, depuis la composition de ce mémoire, sur la question de la *Paranoia*, nous citerons : Poggi, *Riv. sp. di fren.*, anno X, fasc. 4; — Guillard et Tanzi, *ibid.*; — L. Bianchi, *la Psichiatria*, anno IV, fasc. 3 et 4, p. 2; G. Ziino, *ibid.*, p. 220; Zenner, *The medical Record*, 1887, p. 124; — P. Garnier, J. Falret, Dagonet Briand et Cotard. — Discussion sur le délire chronique (*Ann. méd. psych. et Archives de Neur.*, 1887).