9125

LA

SEMAINE MÉDICALE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
BIBLIOTHÈQUE

DIXIÈME ANNÉE

1890

PARIS

BUREAUX : 18, RUE DE L'ABBÉ-DE-L'ÉPÉE

—

1890

0 1 2 3 4 5 (cm)

page 1 sur 744

culose, et où il aura permis de ne plus laisser se développer ces formes négligées et graves, qui ont entretenu jusqu'à présent une source inépuisable d'infections sans cesse renouvelées.

En terminant, je désire faire observer que je me suis abstenu intentionnellement dans cette communication de toute donnée statistique et de toute description des cas particuliers, parce que les médecins dans les services desquels se trouvaient les malades soumis à nos expériences, comptent fournir eux-mêmes les observations des divers cas, et que je ne veux rien relater à l'avance de ce qui se rapporte à leurs observations présentées sous une forme aussi objective que possible.

CLINIQUE MÉDICALE

Hospice de la Salpêtrière. — M. le docteur J. SÉGLAS.

Diagnostic des délires de persécution systématisés.

Le diagnostic des délires de persécution systématisés ne laisse pas que de présenter de sérieuses difficultés : aussi fera-t-il seul le sujet de cette conférence. Tout d'abord je ne ferai que mentionner pour les laisser de côté les *idées de persécution* subites, passagères, généralisées, vagues, sans coordination systématique, que l'on rencontre dans différentes maladies et qui, sauf l'étiquette de persécution, n'ont rien de commun avec les délires de persécution systématisés dont nous allons nous occuper.

En égard aux variétés nombreuses de délires de persécution systématisés, la question à élucider est double : *a)* S'agit-il d'un délire de persécution systématisé? *b)* Quelle en est la variété?

A. DIAGNOSTIC DE DÉLIRE. — Pour mener à bonne fin cette étude, nous prendrons comme type la variété la plus complète ou délire des persécutions (Lasègue, Morel, Falret); délire chronique (Gérente, Magnan); psychose systématique progressive (Garnier), en l'étudiant à chacune de ses périodes principales d'invasion, de persécution, de grandeur, terminale ou de démence. De cette façon, ce que nous en dirons pourra s'appliquer aux autres variétés.

1° *Période d'invasion* (période de l'interprétation délirante). — Le diagnostic à cette période ne se pose guère qu'avec la *mélancolie*. Mais déjà l'aspect des malades est bien différent dans les deux cas : le mélancolique a un masque caractéristique, un facies spécial qui permet souvent de le reconnaître du premier coup; le persécuté n'a pas de physionomie particulière; en dehors des périodes d'agitation qui ne sont qu'une réaction due au délire, il se présente au premier abord comme un individu normal. Très développés chez le mélancolique, les symptômes physiques manquent absolument chez le persécuté. En ce qui concerne les désordres intellectuels, le diagnostic est plus difficile et nécessite une analyse détaillée. Nous avons vu que la mélancolie comportait toujours l'existence de causes occasionnelles très accentuées, physiques ou morales. Les premiers désordres se manifestent dans la sphère émotionnelle et volontaire; et le délire, s'il survient, n'en est que l'interprétation : il est en tout cas toujours *secondaire*. Chez le persécuté au contraire, pas de causes occasionnelles, pas de troubles émotionnels au début; le délire s'installe petit à petit, sournoisement, et lorsqu'il éclate, il n'est que la traduction délirante, l'exagération des tendances morbides de l'individu (Falret, Ritti). C'est un *délire primitif*.

D'autre part, le mélancolique est conscient du changement qui s'opère en lui et cette conscience peut même persister tout le temps de sa maladie. Au contraire, l'*inconscience* de sa maladie est absolue chez le persécuté; sa *croyance* est inébranlable et lui enlève tout pouvoir de contrôle.

2° *Période de persécution* (période de l'hallucination de l'ouie et des troubles de la sensibilité générale). — Ici le diagnostic est encore à faire avec la *mélancolie*, surtout dans ses variétés délirantes et ses formes chroniques (*délires systématisés secondaires*). Sans s'attacher à la couleur des idées, variables dans tous les cas, il est préférable de se fonder sur les caractères généraux du délire. J'ai cherché à établir devant vous que le délire mélancolique présentait, comme caractères généraux, le fait d'être un délire secondaire, pénible, monotone, d'humilité, de passivité, de résignation, divergent ou centrifuge, d'attente, rétrospectif (1).

(1) J. SÉGLAS : Caractères généraux du délire mélancolique. (*Progrès Médical*, 16 novembre 1889.)

Le délire des persécutions nous offre à considérer un certain nombre de caractères généraux tout à fait opposés. Nous avons déjà vu que c'était un délire *primitif*. Loin d'être monotone et de tourner dans un cercle restreint, il *s'étend* progressivement, chaque jour apporte des idées nouvelles pour la construction du roman pathologique. Nous ne retrouvons pas non plus ici le caractère pénible du délire du mélancolique qui souffre moralement, qui est dans la peine, dont la conscience ne contient plus rien en dehors de l'idée douleur. Chez le persécuté plus d'élément émotionnel, *plus de peine*, mais des vexations, des dommages, des atteintes à ses droits.

A l'humilité profonde du mélancolique, nous voyons s'opposer chez le persécuté un *orgueil* incommensurable. Ce qui le caractérise, c'est l'hypertrophie du moi, la tendance à tout considérer par rapport à lui-même, c'est *l'autophilie* (Ball.) Aussi, la passivité et la résignation des mélancoliques feront-elles place ici à la *lutte* et à la *résistance* qui poussent le persécuté à tenir tête à ses ennemis, à soutenir ses droits imaginaires et qui font de lui un être insociable au premier chef et souvent dangereux.

Le mode de rayonnement des idées qui suit chez le mélancolique une marche divergente ou centrifuge est, au contraire, ici *convergent* et *centripète*, le malade étant considéré comme le centre. Loin de se regarder comme un être nuisible aux autres, ainsi que le fait le mélancolique, le persécuté, au contraire, affirme que c'est à lui que l'on veut nuire; il accuse les autres, tandis que le mélancolique s'accuse lui-même. (Guislain, Falret.)

Comme celui du mélancolique, le délire du persécuté a souvent un caractère rétrospectif, mais avec quelle différence! Le premier se borne à trouver dans le passé un fait, imaginaire ou réel, mais dont il exagère l'importance, et qu'il regarde comme cause de ses souffrances morales actuelles. Mais entre ce fait et le présent, il n'y a pas d'autre lien que celui de causalité, et la période intercalaire n'est pas comprise dans le délire. Le persécuté, au contraire, remonte graduellement le cours de sa vie, en trouvant à chaque instant des faits à l'appui de ses idées délirantes actuelles; et c'est ainsi qu'il en arrive parfois à des idées de substitution dans l'enfance. Il refait pas à pas son existence; ce n'est plus seulement un délire purement rétrospectif, mais, comme on l'a dit, à la fois rétrospectif et *palingnostique*. Aussi souvent en clinique est-il fort difficile de fixer la date précise de l'explosion du délire.

Enfin, je vous ai dit que le délire du mélancolique portait sur l'avenir, que c'était un délire d'attente. Chez le persécuté, le délire porte sur des *faits accomplis :* c'est un condamné; l'autre est un prévenu (Lasègue). Tandis que le mélancolique craint, le persécuté affirme, il est en état de *certitude*. Aussi doit-on distinguer la crainte d'accusation du mélancolique de l'idée de persécution du persécuté (Falret).

Si parfois, ce qui est rare, le mélancolique a des idées de persécution, elles sont vagues; le malade reste toujours dans l'incertitude et n'arrive guère à formuler ses griefs, à désigner ses persécuteurs. De plus, son humilité délirante lui fait regarder l'hostilité qu'on lui manifeste comme un juste châtiment de son indignité, de sa culpabilité. Le persécuté, lui, ne doute pas; certain de la valeur de ses affirmations, il les formule nettement, accuse tôt ou tard des personnes déterminées, n'attribue qu'à ses mérites les persécutions dont il est l'objet, et pour lesquelles il ne cesse de réclamer justice.

Cette distinction des caractères des délires ne peut évidemment être faite qu'à la suite d'un interrogatoire approfondi, rendu souvent difficile par suite du mutisme chez le mélancolique, de la dissimulation chez le persécuté. Pour ce dernier, même lorsqu'il refuse de parler, il dit le plus généralement quelques mots qui peuvent mettre sur la voie de sa maladie. Tel, par exemple, le classique « Vous savez tout aussi bien que moi ». D'autres fois, c'est un mot incompréhensible qu'il prononce, un de ces néologismes presque spéciaux au délire de persécution. Si, malgré vos efforts, l'interrogatoire n'aboutit pas, attendez; le malade s'excitera un jour ou l'autre et dévoilera son délire; n'oubliez pas aussi que ces aliénés ont généralement la manie d'écrire; laissez à la disposition du malade de quoi satisfaire ce penchant, et s'il ne parle pas son délire, soyez certain qu'il l'écrira.

En dehors du délire proprement dit, le mélancolique et le persécuté se distinguent encore par d'autres points. Ainsi, chez le mélancolique vrai, les hallucinations sensorielles sont rares, reléguées au second plan, et intéressent indifféremment tous les sens, plutôt cependant celui de la vue.

Chez le persécuté que nous étudions, les désordres hallucinatoires sont très accentués, et c'est le sens de l'ouie qui est le plus frappé; la vue, au contraire, ne l'est qu'à l'état d'exception. Les hallucinations verbales psychomotrices, si fréquentes et précoces chez le mélancolique, sont, au contraire, plus rares et tardives chez le persécuté.

Ces deux malades ont des troubles de la sensibilité générale et viscérale, mais bien différents dans leurs conséquences. Chez le mélancolique, ils aboutissent à l'idée de destruction et de non existence des organes; chez le persécuté, au contraire, les organes ne se détruisent jamais, mais résistent pour subir de nouvelles attaques plus douloureuses. Le premier est en quelque sorte un hypochondriaque anesthésique, le second, un hypochondriaque hyperesthésique (Cotard).

Une remarque également intéressante à faire, c'est que l'hypochondrie suit dans les deux maladies une marche inverse. D'abord morale au début, chez le mélancolique qui se plaint de n'être plus le même au point de vue intellectuel et affectif, elle ne devient physique que par la suite; c'est le contraire chez le persécuté, qui se plaint d'abord des atteintes portées à sa santé par les machinations de ses ennemis et ne les accuse que plus tard de lui enlever ses pensées, de le rendre idiot....

Enfin, les altérations de la personnalité, en connexion avec ces symptômes, sont de nature bien différente dans les deux cas. Chez le mélancolique, c'est une désagrégation progressive qui, existant dès le début, se traduit souvent plus tard par des idées de possession et de négation dues à la formation d'une personnalité secondaire. Chez le persécuté, il n'y a pas désagrégation (sinon parfois à une époque avancée de la maladie), mais développement anormal, exagération dans le même sens de la personnalité individuelle.

Des réactions qui semblent communes aux deux malades sont également bien différentes. Fréquent chez le mélancolique, le suicide est rare chez le persécuté qui est plutôt homicide. Mais outre la fréquence différente de ces actes chez les deux espèces de malades, ils empruntent aux caractères généraux de chacun des délires un cachet spécial qu'on retrouve dans les causes déterminantes ou dans le mode d'exécution de l'acte. Le refus des aliments, enfin, total chez le mélancolique, n'est que partiel chez le persécuté, qui ne refuse que les aliments qu'il considère comme suspects.

En présence des différences si radicales qui séparent le délire du mélancolique de celui du persécuté, vous vous étonnerez peut-être que j'aie tant insisté. Mais c'est qu'en pratique le diagnostic est parfois épineux, et même aujourd'hui, après les travaux de Lasègue et de ses successeurs, la confusion est encore faite, même par des médecins familiarisés avec ce genre de maladies.

Un second diagnostic à faire à cette période est celui de l'*alcoolisme subaigu*. Ce diagnostic est en général facile : outre le tremblement, l'insomnie, les troubles digestifs qui l'accompagnent, le délire alcoolique subaigu succède à une période délirante nocturne et n'est en quelque sorte qu'un rêve prolongé dans la veille (Lasègue). Ce n'est plus un délire primitif, comme le délire de persécution, mais un délire secondaire à des désordres hallucinatoires, et non à des troubles émotionnels, comme le délire mélancolique. Ici c'est l'hallucination qui dirige la scène, affectant tous les sens, surtout celui de la vue, mobile, pénible, ayant pour objet soit les occupations ordinaires, soit les préoccupations dominantes du moment (Magnan).

Les conceptions délirantes de persécution, qui tirent leur origine de ces hallucinations, participent de leurs caractères. Essentiellement mobiles, elles ne se systématisent pas, d'autant plus que, dominé par des hallucinations incessamment renouvelées et terrifiantes, le malade ne peut concentrer sa pensée, analyser ses idées; toujours dominé par la peur, il ne cherche qu'à échapper aux dangers qui le menacent. D'ailleurs, ce délire ne dure guère plus de quinze jours.

Malgré les grandes différences qui séparent le délire alcoolique subaigu du délire des persécutions, il est bon d'en faire le diagnostic, car ils peuvent coexister chez le même individu.

Enfin la présence, à cette période, chez le persécuté de troubles de la sensibilité générale pouvant engendrer des préoccupations hypochondriaques se reliant aux idées de persécution, vous force à faire le diagnostic avec *l'hypochondrie* simple, indépendante de la mélancolie. Mais alors les malades, s'ils ont des troubles de la sensibilité générale et viscérale, n'ont pas d'hallucinations

culose, et où il aura permis de ne plus laisser se développer ces formes négligées et graves, qui ont entretenu jusqu'à présent une source inépuisable d'infections sans cesse renouvelées.

En terminant, je désire faire observer que je me suis abstenu intentionnellement dans cette communication de toute donnée statistique et de toute description des cas particuliers, parce que les médecins dans les services desquels se trouvaient les malades soumis à nos expériences, comptent fournir eux-mêmes les observations des divers cas, et que je ne veux rien relater à l'avance de ce qui se rapporte à leurs observations présentées sous une forme aussi objective que possible.

CLINIQUE MÉDICALE

Hospice de la Salpêtrière. — M. le docteur J. SÉGLAS.

Diagnostic des délires de persécution systématisés.

Le diagnostic des délires de persécution systématisés ne laisse pas que de présenter de sérieuses difficultés : aussi fera-t-il seul le sujet de cette conférence. Tout d'abord je ne ferai que mentionner pour les laisser de côté les *idées de persécution* subites, passagères, généralisées, vagues, sans coordination systématique, que l'on rencontre dans différentes maladies et qui, sauf l'étiquette de persécution, n'ont rien de commun avec les délires de persécution systématisés dont nous allons nous occuper.

En égard aux variétés nombreuses de délires de persécution systématisés, la question à élucider est double : *a)* S'agit-il d'un délire de persécution systématisé? *b)* Quelle en est la variété?

A. DIAGNOSTIC DU DÉLIRE. — Pour mener à bonne fin cette étude, nous prendrons comme type la variété la plus complète ou délire des persécutions (Lasègue, Morel, Falret); délire chronique (Gérente, Magnan); psychose systématique progressive (Garnier), en l'étudiant à chacune de ses périodes principales d'invasion, de persécution, de grandeur, terminale ou de démence. De cette façon, ce que nous en dirons pourra s'appliquer aux autres variétés.

1° *Période d'invasion* (période de l'interprétation délirante). — Le diagnostic à cette période ne se pose guère qu'avec la *mélancolie*. Mais déjà l'aspect des malades est bien différent dans les deux cas : le mélancolique a un masque caractéristique, un faciès spécial qui permet souvent de le reconnaître du premier coup ; le persécuté n'a pas de physionomie particulière ; en dehors des périodes d'agitation qui ne sont qu'une réaction due au délire, il se présente au premier abord comme un individu normal. Très développés chez le mélancolique, les symptômes physiques manquent absolument chez le persécuté. En ce qui concerne les désordres intellectuels, le diagnostic est plus difficile et nécessite une analyse détaillée. Nous avons vu que la mélancolie comportait toujours l'existence de causes occasionnelles très accentuées, physiques ou morales. Les premiers désordres se manifestent dans la sphère émotionnelle et volontaire ; et le délire, s'il survient, n'en est que l'interprétation : il est en tout cas toujours *secondaire*. Chez le persécuté au contraire, pas de causes occasionnelles, pas de troubles émotionnels au début ; le délire s'installe petit à petit, sournoisement, et lorsqu'il éclate, il n'est que la traduction délirante, l'exagération des tendances morbides de l'individu (Falret, Ritti). C'est un *délire primitif*.

D'autre part, le mélancolique est conscient du changement qui s'opère en lui et cette conscience peut même persister tout le temps de sa maladie. Au contraire, l'*inconscience* de sa maladie est absolue chez le persécuté ; sa *croyance* est inébranlable et lui enlève tout pouvoir de contrôle.

2° *Période de persécution* (période de l'hallucination de l'ouïe et des troubles de la sensibilité générale). — Ici le diagnostic est encore à faire avec la *mélancolie*, surtout dans ses variétés délirantes et ses formes chroniques (*délires systématisés secondaires*). Sans s'attacher à la couleur des idées, variables dans tous les cas, il est préférable de se fonder sur les caractères généraux du délire. J'ai cherché à établir devant vous que le délire mélancolique présentait, comme caractères généraux, le fait d'être un délire secondaire, pénible, monotone, d'humilité, de passivité, de résignation, divergent ou centrifuge, d'attente, rétrospectif (1).

(1) J. SÉGLAS : Caractères généraux du délire mélancolique. (*Progrès Médical*, 16 novembre 1889.)

Le délire des persécutions nous offre à considérer un certain nombre de caractères généraux tout à fait opposés. Nous avons déjà vu que c'était un délire *primitif*. Loin d'être monotone et de tourner dans un cercle restreint, il *s'étend* progressivement, chaque jour apporte des idées nouvelles pour la construction du roman pathologique. Nous ne retrouvons pas non plus ici le caractère pénible du délire du mélancolique qui souffre moralement, qui est dans la peine, dont la conscience ne contient plus rien en dehors de l'idée douleur. Chez le persécuté plus d'élément émotionnel, *plus de peine*, mais des vexations, des dommages, des atteintes à ses droits.

A l'humilité profonde du mélancolique, nous voyons s'opposer chez le persécuté un *orgueil* incommensurable. Ce qui le caractérise, c'est l'hypertrophie du moi, la tendance à tout considérer par rapport à lui-même, c'est *l'autophilie* (Ball.) Aussi, la passivité et la résignation des mélancoliques feront-elles place ici à la *lutte* et à la *résistance* qui poussent le persécuté à tenir tête à ses ennemis, à soutenir ses droits imaginaires et qui font de lui un être insociable au premier chef et souvent dangereux.

Le mode de rayonnement des idées qui suit chez le mélancolique une marche divergente ou centrifuge est, au contraire, ici *convergent* et *centripète*, le malade étant considéré comme le centre. Loin de se regarder comme un être nuisible aux autres, ainsi que le fait le mélancolique, le persécuté, au contraire, affirme que c'est à lui que l'on veut nuire ; il accuse les autres, tandis que le mélancolique s'accuse lui-même. (Guislain, Falret.)

Comme celui du mélancolique, le délire du persécuté a souvent un caractère rétrospectif, mais avec quelle différence! Le premier se borne à trouver dans le passé un fait, imaginaire ou réel, mais dont il exagère l'importance, et qu'il regarde comme cause de ses souffrances morales actuelles. Mais entre ce fait et le présent, il n'y a pas d'autre lien que celui de causalité, et la période intercalaire n'est pas comprise dans le délire. Le persécuté, au contraire, remonte graduellement le cours de sa vie, en trouvant à chaque instant des faits à l'appui de ses idées délirantes actuelles ; et c'est ainsi qu'il en arrive parfois à des idées de substitution dans l'enfance. Il refait pas à pas son existence ; ce n'est plus seulement un délire purement rétrospectif, mais, comme on l'a dit, à la fois rétrospectif et *palingnostique*. Aussi souvent en clinique est-il fort difficile de fixer la date précise de l'explosion du délire.

Enfin, je vous ai dit que le délire du mélancolique portait sur l'avenir, que c'était un délire d'attente. Chez le persécuté, le délire porte sur des *faits accomplis* : c'est un condamné : l'autre est un prévenu (Lasègue). Tandis que le mélancolique craint, le persécuté affirme, il est en état de *certitude*. Aussi doit-on distinguer la crainte d'accusation du mélancolique de l'idée de persécution du persécuté (Falret).

Si parfois, ce qui est rare, le mélancolique a des idées de persécution, elles sont vagues ; le malade reste toujours dans l'incertitude et n'arrive guère à formuler ses griefs, à désigner ses persécuteurs. De plus, son humilité délirante lui fait regarder l'hostilité qu'on lui manifeste comme un juste châtiment de son indignité, de sa culpabilité. Le persécuté, lui, ne doute pas ; certain de la valeur de ses affirmations, il les formule nettement, accuse tôt ou tard des personnes déterminées, n'attribue qu'à ses mérites les persécutions dont il est l'objet, et pour lesquelles il ne cesse de réclamer justice.

Cette distinction des caractères des délires ne peut évidemment être faite qu'à la suite d'un interrogatoire approfondi, rendu souvent difficile par suite du mutisme chez le mélancolique, de la dissimulation chez le persécuté. Pour ce dernier, même lorsqu'il refuse de parler, il dit le plus généralement quelques mots qui peuvent mettre sur la voie de sa maladie. Tel, par exemple, le classique « Vous savez tout aussi bien que moi ». D'autres fois, c'est un mot incompréhensible qu'il prononce, un de ces néologismes presque spéciaux au délire de persécution. Si, malgré vos efforts, l'interrogatoire n'aboutit pas, attendez ; le malade s'excitera un jour ou l'autre et dévoilera son délire ; n'oubliez pas aussi que ces aliénés ont généralement la manie d'écrire ; laissez à la disposition du malade de quoi satisfaire ce penchant, et s'il ne parle pas son délire, soyez certain qu'il l'écrira.

En dehors du délire proprement dit, le mélancolique et le persécuté se distinguent encore par d'autres points. Ainsi, chez le mélancolique vrai, les hallucinations sensorielles sont rares, reléguées au second plan, et intéressent indifféremment tous les sens, plutôt cependant celui de la vue.

Chez le persécuté que nous étudions, les désordres hallucinatoires sont très accentués, et c'est le sens de l'ouïe qui est le plus frappé ; la vue, au contraire, ne l'est qu'à l'état d'exception. Les hallucinations verbales psychomotrices, si fréquentes et précoces chez le mélancolique, sont, au contraire, plus rares et tardives chez le persécuté.

Ces deux malades ont des troubles de la sensibilité générale et viscérale, mais bien différents dans leurs conséquences. Chez le mélancolique, ils aboutissent à l'idée de destruction et de non existence des organes ; chez le persécuté, au contraire, les organes ne se détruisent jamais, mais résistent pour subir de nouvelles attaques plus douloureuses. Le premier est en quelque sorte un hypochondriaque anesthésique, le second, un hypochondriaque hyperesthésique (Colard).

Une remarque également intéressante à faire, c'est que l'hypochondrie suit dans les deux maladies une marche inverse. D'abord morale au début, chez le mélancolique qui se plaint de n'être plus le même au point de vue intellectuel et affectif, elle ne devient physique que par la suite ; c'est le contraire chez le persécuté, qui se plaint d'abord des atteintes portées à sa santé par les machinations de ses ennemis et ne les accuse que plus tard de lui enlever ses pensées, de le rendre idiot....

Enfin, les altérations de la personnalité, en connexion avec ces symptômes, sont de nature bien différente dans les deux cas. Chez le mélancolique, c'est une désagrégation progressive qui, existant dès le début, se traduit souvent plus tard par des idées de possession et de négation dues à la formation d'une personnalité secondaire. Chez le persécuté, il n'y a pas désagrégation (sinon parfois à une époque avancée de la maladie), mais développement anormal, exagération dans le même sens de la personnalité individuelle.

Des réactions qui semblent communes aux deux malades sont également bien différentes. Fréquent chez le mélancolique, le suicide est rare chez le persécuté qui est plutôt homicide. Mais outre la fréquence différente de ces actes chez les deux espèces de malades, ils empruntent aux caractères généraux de chacun des délires un cachet spécial qu'on retrouve dans les causes déterminantes ou dans le mode d'exécution de l'acte. Le refus des aliments, enfin, total chez le mélancolique, n'est que partiel chez le persécuté, qui ne refuse que les aliments qu'il considère comme suspects.

En présence des différences si radicales qui séparent le délire du mélancolique de celui du persécuté, vous vous étonnerez peut-être que j'aie tant insisté. Mais c'est qu'en pratique le diagnostic est parfois épineux, et même aujourd'hui, après les travaux de Lasègue et de ses successeurs, la confusion est encore faite, même par des médecins familiarisés avec ce genre de maladies.

Un second diagnostic à faire à cette période est celui de l'*alcoolisme subaigu*. Ce diagnostic est en général facile : outre le tremblement, l'insomnie, les troubles digestifs qui l'accompagnent, le délire alcoolique subaigu succède à une période délirante nocturne et n'est en quelque sorte qu'un rêve prolongé dans la veille (Lasègue). Ce n'est plus un délire primitif, comme le délire de persécution, mais un délire secondaire à des désordres hallucinatoires, et non à des troubles émotionnels, comme le délire mélancolique. Ici c'est l'hallucination qui dirige la scène, affectant tous les sens, surtout celui de la vue, mobile, pénible, ayant pour objet soit les occupations ordinaires, soit les préoccupations dominantes du moment (Magnan).

Les conceptions délirantes de persécution, qui tirent leur origine de ces hallucinations, participent de leurs caractères. Essentiellement mobiles, elles ne se systématisent pas, d'autant plus que, dominé par des hallucinations incessamment renouvelées et terrifiantes, le malade ne peut concentrer sa pensée, analyser ses idées ; toujours dominé par la peur, il ne cherche qu'à échapper aux dangers qui le menacent. D'ailleurs, ce délire ne dure guère plus de quinze jours.

Malgré les grandes différences qui séparent le délire alcoolique subaigu du délire des persécutions, il est bon d'en faire le diagnostic, car ils peuvent coexister chez le même individu.

Enfin la présence, à cette période, chez le persécuté de troubles de la sensibilité générale pouvant engendrer des préoccupations hypochondriaques se reliant aux idées de persécution, vous force à faire le diagnostic avec *l'hypochondrie* simple, indépendante de la mélancolie. Mais alors les malades, s'ils ont des troubles de la sensibilité générale et viscérale, n'ont pas d'hallucinations

sensorielles. Leur caractère orgueilleux, autophile, ombrageux les rapproche bien des persécutés, mais ils diffèrent de ceux-ci en ce qu'ils se bornent à s'inquiéter de leur santé, sans formuler d'idées de persécution, ou ne s'en prennent qu'aux agents extérieurs (température, courants d'air...) nuisibles à l'équilibre de leur santé.

3° *Période de grandeur*. — Ici le diagnostic devient plus facile à cause des renseignements que l'on peut avoir sur la marche antérieure de la maladie. Je serai donc bref. Je vous rappellerai seulement pour mémoire que le délire des grandeurs a été longtemps considéré comme propre à la *paralysie générale*. Et cependant, outre les signes physiques, ce délire en lui-même par ses caractères de mobilité, de diffusion, d'incohérence, d'absurdité, de contradiction, n'a rien qui ressemble à celui des malades que nous étudions.

D'autres malades ont des idées d'apparence ambitieuse et dont je dois vous dire quelques mots; ce sont encore les mélancoliques qui présentent ce que Colard a appelé le *délire d'énormité*. Vous pourrez entendre un mélancolique tout comme un persécuté se dire immortel; mais en fait ce n'est là qu'une pseudo-idée de grandeur, qui au fond participe des caractères du délire.

Pour ces malades, l'immortalité dont ils jouissent n'est pas une faveur, mais un châtiment, un nouveau supplice, qui les condamne à souffrir éternellement, tandis que chez le persécuté elle n'est que la traduction dernière de son orgueil natif, l'expression satisfaite de la supériorité qu'il s'attribue. En outre, tout comme le paralytique général, le mélancolique ne connaît pas d'obstacle dans la formule de ses pseudo-idées ambitieuses et va jusqu'à l'absurde tandis que le délirant persécuté sait se borner.

Enfin, le diagnostic doit être fait avec la *mégalomanie* simple, systématique, dont je vous parlerai tout à l'heure.

4° *Période terminale*. — Je vous rappellerai d'abord qu'à cette période improprement appelée de démence, le malade, si son délire est moins actif, moins bien enchaîné, ne présente pas, en réalité, cet état de déchéance intellectuelle et physique qui caractérise la démence véritable; à moins toutefois qu'il ne soit sous le coup de la sénilité. Aussi, nous sera-t-il facile d'éliminer les *démences vésaniques* dans lesquelles, sous les ruines des facultés, on ne peut retrouver trace du délire ancien.

S'il s'agit d'un malade âgé, on peut penser à une *démence sénile* avec idées délirantes. Mais dans ces derniers cas, les idées sont nées trop tard sur une intelligence trop affaiblie pour avoir pu se systématiser; elles restent incohérentes, tandis que chez le persécuté devenu sénile, on retrouve parfois des lambeaux encore cohérents de l'ancien délire systématisé. D'ailleurs, l'étude des antécédents lèvera tous les doutes.

Enfin, il ne faut pas oublier que l'on peut rencontrer chez les vieillards, en dehors de la démence sénile, des délires de persécution systématisés ayant suivi la marche ordinaire, avec tous les symptômes habituels des délires de l'adulte, mais ayant évolué plus vite. Nous avons examiné ensemble ces cas de *délire de persécution systématisé à début tardif* (1). En réalité, c'est la même maladie que celle que nous étudions, la seule question est de fixer la date de l'explosion du délire.

B. Diagnostic de la variété. — Vous avez maintenant les éléments nécessaires pour établir le point capital du diagnostic, le plus utile pour le praticien : l'existence d'un délire de persécution systématisé. Reste à en déterminer la variété. Comme nous avons étudié en détail chacune de ces variétés au point de vue descriptif, je me bornerai à vous rappeler succinctement pour chacune d'elles les traits saillants, indispensables pour leur différenciation :

1° Je vous engage à prendre toujours pour point de départ la *variété complète hallucinatoire à marche régulière*. Au point de vue actuel, ce qui la caractérise, c'est la systématisation régulière et progressive du délire, passant par les étapes indiquées, et la présence d'hallucinations avec leurs caractères spéciaux de localisation et d'évolution progressive que nous avons étudiés. Les deux éléments du diagnostic seront donc : les *hallucinations*, l'*évolution* du délire.

2° Une autre variété, plus simple, est le *délire des persécutions systématisé hallucinatoire sans idées de grandeur*. Il ressemble absolument au précédent dans ses deux premières périodes; il n'en diffère que parce que le malade, quoique orgueilleux toujours, n'arrive pas à formuler d'idées ambitieuses. Il reste, toute sa vie, simple persécuté et arrive à la période terminale de son délire, sans avoir, après vingt ou trente ans de persécution, été jamais mégalomane. Ici c'est donc l'évolution du délire qui fera le diagnostic.

3° Une autre variété est la variété raisonnante ou *délire des persécutés persécuteurs*. (Falret). Ici plus d'hallucinations, pas de délire formulé, mais seulement des interprétations délirantes : pas de modifications successives dans la couleur des idées, mais seulement une extension de plus en plus grande du délire. D'un autre côté, ici le malade ne se borne plus comme tout à l'heure à lutter et à résister, prenant seulement l'offensive dans une période d'exacerbation du délire. Il est de tout temps offensif, c'est un persécuteur dès le début beaucoup plutôt qu'un persécuté. C'est un *délire de revendication* plutôt qu'un délire de persécution. Je n'insiste pas plus longtemps sur cette variété que nous avons étudiée sous tous ses aspects cliniques.

4° Une quatrième variété est celle des *délirants persécutés à interprétations délirantes simples*. Elle tient des deux précédentes en ce sens que les malades sont des persécutés et non plus des persécuteurs, mais que, comme chez ces derniers, le délire se systématise en restant toujours identique à lui-même, sans parcourir les étapes de la première variété, et ne repose absolument que sur des interprétations délirantes, sans adjonction d'hallucinations.

5° *Délire systématisé hallucinatoire de persécution et de grandeur à marche irrégulière*. — Dans cette variété nous rencontrons des hallucinations pouvant avoir la même localisation et les mêmes caractères que dans la variété typique. Mais à l'inverse de ce que l'on voit dans cette dernière, nous n'avons plus ici un développement régulier du délire, dont les périodes sont confondues, les idées de grandeur pouvant apparaître en même temps que les idées de persécution ou même les précéder; les hallucinations pouvant également être très précoces. En outre, plus que les autres, cette variété présente des rémissions, parfois d'assez longue durée.

6° La présence d'idées de grandeur chez les délirants persécutés m'oblige, en terminant, à vous rappeler qu'il y a des *mégalomanes simples* dont le délire est également systématisé et repose sur des hallucinations semblables à celles des persécutés mégalomanes ou se borne simplement à des interprétations délirantes. Mais, chez eux, l'idée de persécution manque ou tout au moins est très effacée, et ne se présente pas sous forme de délire constitué.

7° On a l'habitude en psychiatrie d'opposer aux délires des persécutions systématisés les *idées* de même nature, que l'on rencontre *chez les faibles d'esprit*. Je dois donc vous en dire quelques mots. Nous avons vu ensemble que tous les délires systématisés primitifs de persécution ou autres, y compris la variété typique (délire chronique, psychose systématique progressive), ne sont, en réalité, que des manifestations de la dégénérescence mentale, des anomalies de développement, des vices de conformation psychique. Sous ce point donc il n'y a pas à en séparer les idées analogues des faibles d'esprit.

D'un autre côté, ces délires de persécution et de grandeur des débiles présentent les mêmes caractères généraux, psychologiques et cliniques, que ceux que nous avons étudiés chez nos persécutés. Mais le fonds même de faiblesse intellectuelle sur lequel ils reposent leur donne un aspect un peu différent au premier abord : ils évoluent souvent très vite, sont rémittents, polymorphes et semblent moins fixes, moins coordonnés, plus niais, simulant alors parfois à s'y méprendre le masque de la *paralysie générale*. Aussi le diagnostic est-il parfois épineux, surtout si ces malades ont des stigmates physiques de dégénérescence (inégalité pupillaire, vice de prononciation). Dès lors, en même temps que vous aurez à les distinguer (par leur évolution plus rapide, leurs caractères nouveaux dus à la connaissance du niveau intellectuel du sujet) des délires systématisés que nous avons étudiés, vous faudra-t-il faire le diagnostic d'une paralysie générale dont seuls les symptômes physiques, et avant tout l'embarras caractéristique de la parole, vous permettront d'affirmer l'existence.

(1) Voir J. Seglas. (*Progrès Médical*, 27 octobre 1888.)

REVUE DES JOURNAUX ÉTRANGERS

De l'indicanurie chez les nourrissons,
par M. C. Hochsinger.

L'auteur a recherché la présence de l'indican dans les urines de 165 enfants sains et atteints de différentes maladies. L'âge des sujets examinés comprenait une période depuis la naissance jusqu'à six ans.

Ces recherches ont montré que l'urine des nouveau-nés ne contient pas de substance indigogène et que, pendant la première enfance, on ne constate tout au plus que des traces d'indicanurie, tant que l'enfant est sain.

Les simples dyspepsies, les diarrhées vulgaires et la constipation habituelle des nourrissons ne s'accompagnent jamais d'indicanurie; mais, dans le choléra infantile, on voit l'indigo apparaître dans les urines. L'indicanurie s'observe aussi dans les maladies générales graves et surtout dans la tuberculose. La constatation de l'indigo dans les urines d'un nourrisson, en l'absence d'une affection intestinale primitive et de tout autre foyer de fermentation putride, peut donc acquérir, dans certaines circonstances, une valeur diagnostique considérable.

Les enfants plus âgés se comportent au point de vue de l'indicanurie à peu près comme les adultes. (*Wien. med. Presse*, 5 et 12 oct. 1890.)

L'alcool et la créosote comme stomachiques,
par M. G. Klemperer.

Les propriétés stomachiques de la créosote sont admises par tout le monde. On sait, en effet, que chez les phtisiques, chez lesquels la créosote est si souvent employée, cette substance augmente sensiblement l'appétit et améliore la digestion. Beaucoup de médecins croient même que l'influence favorable de la créosote sur les phtisiques ne présente rien de spécifique, ne dépend pas d'une action du médicament sur le bacille de la tuberculose, mais s'explique tout simplement par une amélioration de la digestion.

L'auteur a entrepris une série de recherches sur des malades atteints de dyspepsies et de catarrhe de l'estomac, dans le but de déterminer à quoi est due l'action stomachique de la créosote. Par des expériences dans lesquelles il déterminait, d'abord, l'acidité du contenu stomacal deux heures après un repas d'épreuve, tantôt simple et tantôt suivi d'ingestion de vin créosoté, il a constaté que la créosote n'exerce aucune influence notable sur la réaction du suc gastrique. Ensuite, M. Klemperer a étudié l'action de la créosote sur la fonction motrice de l'estomac.

Aux sujets qui servaient à ces expériences, on introduisait dans l'estomac, préalablement lavé, 150 c. c. d'huile d'olive au moyen de la sonde œsophagienne, puis, deux heures après, on introduisait de nouveau la sonde, on reprenait l'huile et on déterminait la quantité d'huile manquant, c'est-à-dire qui était passée de l'estomac dans l'intestin. Cette quantité servait de mesure de l'état de la fonction motrice de l'estomac. Disons que des recherches antérieures avaient montré à l'auteur que l'estomac sain fait passer dans l'intestin de 70 à 80 c. c. d'huile en l'espace de deux heures.

Ces expériences ont montré que la quantité d'huile qui passe de l'estomac dans l'intestin dans un temps déterminé est très sensiblement augmentée par l'ingestion de la créosote.

Les propriétés stomachiques de la créosote s'expliquent donc par l'action stimulante de cette substance sur la fonction motrice de l'estomac.

De la même façon agit l'alcool à doses modérées, comme M. Klemperer a pu s'en convaincre dans une autre série d'expériences analogues. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XVII, fasc. suppl. 1890.)

NOUVELLES

ÉTATS-UNIS

— L'article 650 du bill Mac Kinley porte que « toutes les eaux minérales non artificielles » entreront en franchise; mais sur la proposition faite par le Comité mixte des deux Chambres, on a intercalé dans ledit bill un autre article qui met un droit de 16 cents (80 centimes) par douzaine de bouteilles d'eaux minérales naturelles et l'on a oublié de faire disparaître l'article 650. Ainsi donc la loi dispose d'un côté que les eaux minérales naturelles seront admises en franchise, et de l'autre qu'elles payeront 16 cents par 12 bouteilles.

RUSSIE

— Tandis qu'on ne compte dans toute l'Europe occidentale que 188,812 aveugles, et 22,402 seulement dans tout le Nouveau-Monde, il y en a 180,872 dans la Russie d'Europe, la Pologne et le Caucase.

Dans la Russie, la proportion est de 21 sur 10,000 habitants, elle n'est que de 25 pour les hommes dans le Caucase et de 14 pour les femmes. Elle se réduit à 7 sur 10,000 seulement en Pologne. Ainsi la cécité est deux fois plus fréquente dans le Caucase et *trois* fois plus dans la Russie que dans la Pologne. Dans ce dernier pays il y a plus d'aveugles à la campagne qu'à la ville, c'est le contraire en Russie et dans le Caucase. Au Caucase il y a plus de femmes aveugles à la campagne qu'à la ville.

Il y a en Russie trois régions où la cécité est prédominante. C'est d'abord à l'extrême nord-ouest, à l'ouest de la mer Blanche, puis dans deux îlots du centre; à l'est auprès de la frontière d'Asie; à l'ouest non loin de la frontière de la Pologne, laquelle est relativement indemne.

Il va sans dire que la principale cause de cette extension toujours croissante de la cécité est due à la propagation de l'ophtalmie purulente des nouveau-nés.