BnF Gallica

Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses : (Salpêtrière, 1887-1894) / Dr J. Séglas ; recueillies et [...]

Source gallica.bnf.fr / Bibliothèque H. Ey. C.H. de Sainte-Anne

Séglas, Jules (1856-1939). Auteur du texte. Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses : (Salpêtrière, 1887-1894) / Dr J. Séglas ; recueillies et publiées par le Dr Henry Meige. 1895.

1/ Les contenus accessibles sur le site Gallica sont pour la plupart des reproductions numériques d'oeuvres tombées dans le domaine public provenant des collections de la BnF. Leur réutilisation s'inscrit dans le cadre de la loi n°78-753 du 17 juillet 1978 :
- La réutilisation non commerciale de ces contenus ou dans le cadre d'une publication académique ou scientifique est libre et gratuite dans le respect de la législation en vigueur et notamment du maintien de la mention de source des contenus telle que précisée ci-après : « Source gallica.bnf.fr / Bibliothèque nationale de France » ou « Source gallica.bnf.fr / BnF ».
- La réutilisation commerciale de ces contenus est payante et fait l'objet d'une licence. Est entendue par réutilisation commerciale la revente de contenus sous forme de produits élaborés ou de fourniture de service ou toute autre réutilisation des contenus générant directement des revenus : publication vendue (à l'exception des ouvrages académiques ou scientifiques), une exposition, une production audiovisuelle, un service ou un produit payant, un support à vocation promotionnelle etc.

CLIQUER ICI POUR ACCÉDER AUX TARIFS ET À LA LICENCE

2/ Les contenus de Gallica sont la propriété de la BnF au sens de l'article L.2112-1 du code général de la propriété des personnes publiques.

3/ Quelques contenus sont soumis à un régime de réutilisation particulier. Il s'agit :

- des reproductions de documents protégés par un droit d'auteur appartenant à un tiers. Ces documents ne peuvent être réutilisés, sauf dans le cadre de la copie privée, sans l'autorisation préalable du titulaire des droits.
- des reproductions de documents conservés dans les bibliothèques ou autres institutions partenaires. Ceux-ci sont signalés par la mention Source gallica.BnF.fr / Bibliothèque municipale de ... (ou autre partenaire). L'utilisateur est invité à s'informer auprès de ces bibliothèques de leurs conditions de réutilisation.

4/ Gallica constitue une base de données, dont la BnF est le producteur, protégée au sens des articles L341-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle.

5/ Les présentes conditions d'utilisation des contenus de Gallica sont régies par la loi française. En cas de réutilisation prévue dans un autre pays, il appartient à chaque utilisateur de vérifier la conformité de son projet avec le droit de ce pays.

6/ L'utilisateur s'engage à respecter les présentes conditions d'utilisation ainsi que la législation en vigueur, notamment en matière de propriété intellectuelle. En cas de non respect de ces dispositions, il est notamment passible d'une amende prévue par la loi du 17 juillet 1978.

7/ Pour obtenir un document de Gallica en haute définition, contacter
utilisation.commerciale@bnf.fr.

Seglas

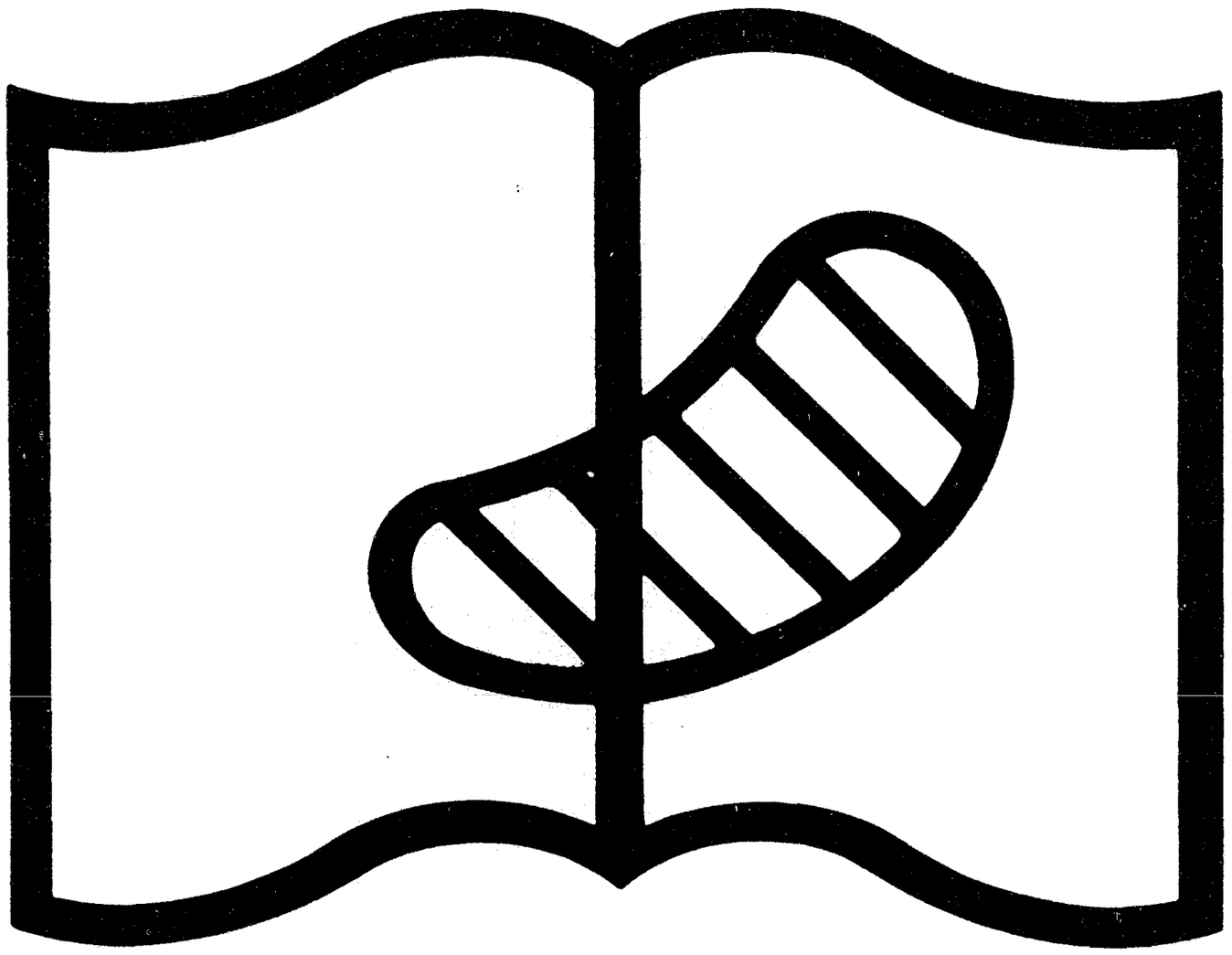
Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses.

(Salpétrière 1887-94).

Asselin et Houzeau

Paris 1895

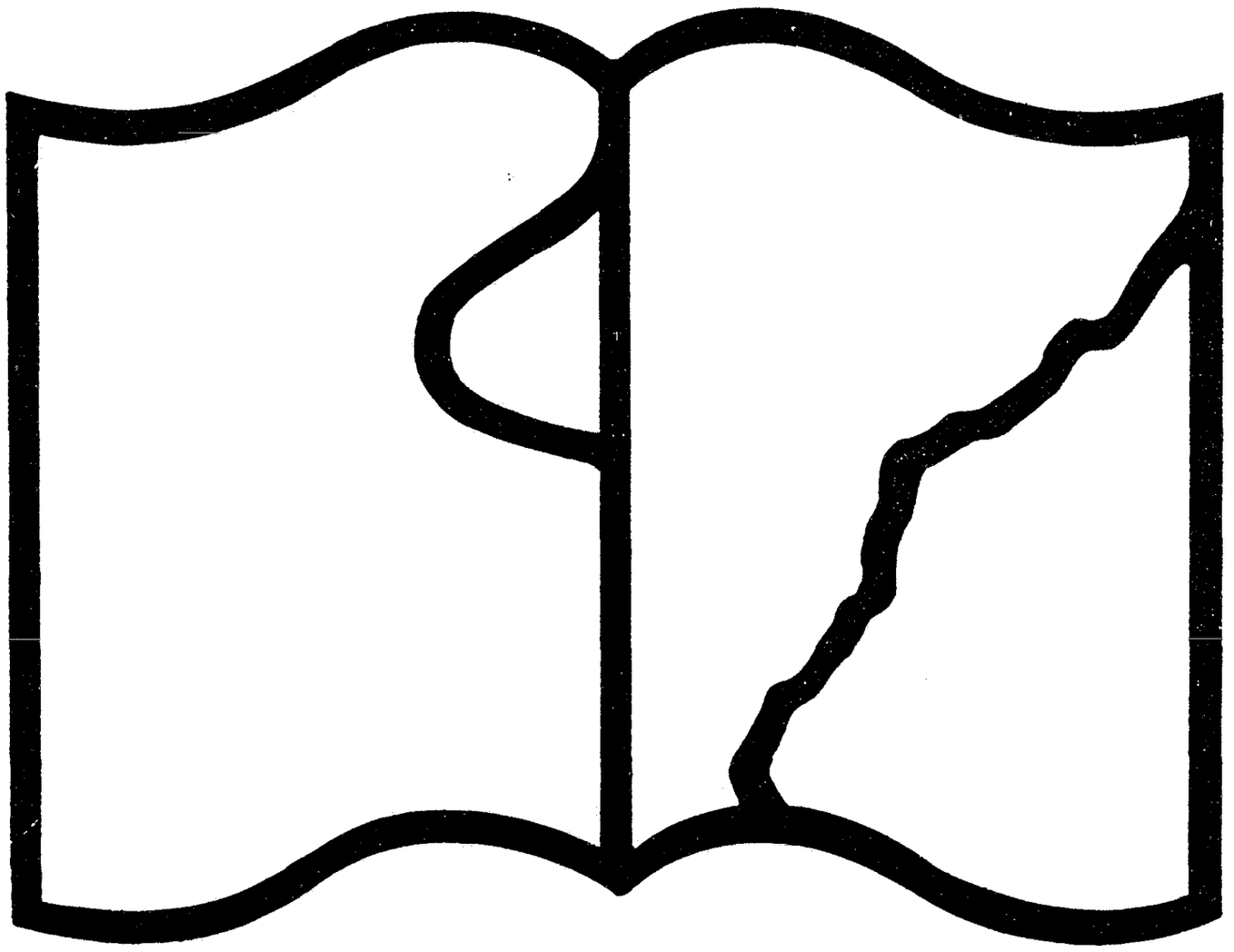
Source gallica.bnf.fr / Bibliothèque H. Ey. C.H. de Sainte-Anne



Symbole applicable
pour tout, ou partie
des documents microfilmés

Original illisible

NF Z 43-120-10



Symbole applicable
pour tout, ou partie
des documents microfilmés

Texte détérioré — reliure défectueuse

NF Z 43-120-11

501-54
81-MM VIII-3
31

LEÇONS CLINIQUES

SUR

LES MALADIES MENTALES

ET NERVEUSES

BIBLIOTHEQUE Henri EY
Tél. : 589-91-80

CENTRE HOSPITALIER
SAINTE-ANNE
1, Rue Cabanis - 75014 PARIS

501-54

Dr J. SÉGLAS

LEÇONS CLINIQUES

SUR

LES MALADIES MENTALES

ET NERVEUSES

(Salpêtrière 1887-1894)

RECUEILLIES ET PUBLIÉES

PAR

LE Dr HENRY MEIGE

BIBLIOTHÈQUE DE PROPHYLAXIE MENTALE
NUMÉRO DU CATALOGUE :
2495
BIBLIOTHÈQUE

PARIS
ASSELIN ET HOUZEAU
LIBRAIRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1895

Depuis 1887, j'ai fait tous les ans à la Salpêtrière, pendant mes périodes de suppléance, une série de leçons cliniques sur *la séméiologie et le diagnostic* des affections mentales ou nerveuses ; enseignement tout à fait libre, sans le moindre caractère officiel.

Chaque année, plusieurs de ces leçons ont été résumées dans différents journaux périodiques par des élèves des services, MM. A. Marie, Béchet, H. Meige. Une série a fourni la matière de mon livre sur *les Troubles du langage chez les aliénés*.

Sur les instances d'auditeurs fidèles, j'ai réuni dans ce volume vingt des dernières leçons, faites en 1893-1894, en reproduisant à leur suite quelques-unes de celles qui avaient été publiées antérieurement.

Elles ont été pour la plupart recueillies par M. H. Meige, qui a bien voulu se charger de les rédiger et de revoir les autres. Il s'est imposé là, par un dévouement tout amical, une tâche ingrate. Je crois qu'il l'a menée à bonne fin.

Malgré tous nos efforts, je ne me dissimule pas les imperfections de ce travail.

Nous avons cherché avant tout à conserver à ces leçons leur physionomie clinique.

Aussi la bibliographie pourra-t-elle sembler restreinte. C'est avec intention que je l'ai limitée à quelques indications ; une leçon clinique n'est-elle pas surtout une démonstration et non une revue critique ?

En revanche, j'ai accumulé et détaillé un certain nombre de faits choisis parmi ceux qu'une pratique spéciale de quinze années m'a permis de recueillir.

A défaut d'autre avantage, ce volume sera tout au moins un recueil de documents.

J'ai toujours cherché à rester aussi simple que possible, à me maintenir strictement au point de vue de l'observation clinique.

C'est, je crois, le principal dans l'étude des aliénés, aussi bien pour la pratique que pour les recherches scientifiques de tout ordre, dont il constitue la base nécessaire et indispensable.

On pourra sans doute me reprocher de m'y être limité d'une façon trop étroite. Les auditeurs qui m'ont fait l'honneur de suivre ces conférences auront certainement constaté par eux-mêmes que s'il était possible de faire mieux, je ne pouvais guère, malgré

toute ma bonne volonté, faire autre chose dans les conditions où je me trouvais placé, avec les matériaux restreints et l'installation précaire dont je disposais.

J'ai tenté d'en tirer le meilleur parti possible ; j'espère qu'on me tiendra compte de mes efforts.

J. S.

LEÇONS CLINIQUES

SUR

LES MALADIES MENTALES

ET NERVEUSES

PREMIÈRE LEÇON

Des Hallucinations[1].

Sommaire. — Définition de l'hallucination. — Théories proposées pour l'expliquer. — Divisions : hallucinations conscientes et inconscientes ; hallucinations élémentaires, communes, verbales.

Genèse des hallucinations. — Hallucinations auditives, élémentaires, communes. — Hallucinations verbales : visuelles, auditives. — Mécanisme de la fonction du langage. — Exemple clinique d'hallucinations verbales auditives.

Hallucinations motrices communes. — *Hallucinations verbales psycho-motrices.* — Le centre moteur d'articulation est le siège des hallucinations verbales psycho-motrices. — Arguments en faveur de cette théorie. — Caractères cliniques des hallucinés moteurs verbaux.

Degrés de l'hallucination verbale motrice : conversation mentale, hallucination verbale motrice, impulsion verbale. — Exemple clinique.

Diagnostic séméiologique des hallucinations. — *Illusion.* — *Interprétation délirante.* — Diagnostic actuel et rétrospectif. — Diagnostic par les signes objectifs : attitudes, mimique, costume, etc.

Messieurs,

Nous allons nous occuper, cette année encore, du diagnostic de la folie.

Un sujet aussi vaste ne saurait être traité au complet

(1) Leçon du 14 janvier 1894, publiée par M. H. Meige, in *Journal des connaissances médicales*, nos 6 et 7, 1894.

dans le petit nombre de leçons que je compte vous faire. Forcément, je dois le limiter.

Je m'attacherai surtout aux questions qui sont à l'ordre du jour en psychiatrie. Ne croyez pas que toutes soient nouvelles ; mais parmi les plus anciennes et les plus discutées, beaucoup ont trouvé aujourd'hui comme un regain d'actualité, qui m'engage à vous en entretenir.

Il n'est pas toujours aisé de les bien concevoir, encore moins de les bien exposer. Aussi procéderons-nous du simple au composé : avant d'aborder la nosographie pure, je ferai donc quelques incursions dans le domaine de la séméiologie.

Je vous parlerai aujourd'hui des *hallucinations*, et, plus spécialement, des *hallucinations verbales* dans leurs manifestations les plus simples.

Il semble qu'une hallucination soit un symptôme toujours facile à reconnaître. Défiez-vous, Messieurs, de cette apparente simplicité. Vous trouverez à ce propos bien des erreurs de diagnostic, et les observations ne sont pas rares où l'on voit, décrits sous le nom d'*hallucinations*, des phénomènes qui n'ont avec celles-ci aucun rapport.

On a multiplié les définitions de l'hallucination. La meilleure, à mon avis, et en même temps la plus simple, est celle qui la présente comme une *perception sans objet*. Un malade a entendu des voix, il affirme énergiquement qu'elles ont frappé son oreille, il répète même ce qu'elles ont dit ; et cependant ce malade était bien seul, sans interlocuteur ; lui-même souvent en fait la remarque. C'est un phénomène purement subjectif; et bien souvent le seul critérium que nous puissions en avoir, c'est l'affirmation du sujet qui *dit* avoir entendu.

L'hallucination a été beaucoup étudiée, et l'on a émis pour l'expliquer bien des théories. On peut les réduire à quatre principales :

La première (*théorie périphérique ou sensorielle*) place dans l'organe des sens lui-même le siège de l'hallucination. Une autre, absolument inverse (*théorie psychique*), considère l'hallucination comme un phénomène purement intellectuel, un phénomène d'idéation.

Puis vient la *théorie mixte* ou *psycho-sensorielle* — celle qu'a défendue Baillarger — et qui est encore admise par certains aliénistes.

Depuis quelques années enfin, une nouvelle conception de l'hallucination a été émise, soutenue surtout par Tamburini : c'est la théorie qui rapporte l'hallucination à un trouble fonctionnel des *centres corticaux*.

Cette dernière, à mon avis, mériterait d'être universellement adoptée. Elle cadre mieux que toute autre avec les données de l'anatomie et de la pathologie cérébrales. Elle permet d'aborder des questions et d'analyser méthodiquement des formes que les autres théories seraient impuissantes à expliquer. Vous aurez, je l'espère, dans le cours de ces leçons, l'occasion d'en apprécier la valeur.

Je n'insiste pas et je passe tout de suite aux divisions qu'on a proposé d'établir entre les hallucinations. Une première distinction permet de les séparer en *conscientes et inconscientes*. Les mots s'expliquent d'eux-mêmes. Dans le premier cas, le malade reconnaît qu'il a affaire à un phénomène pathologique ; dans le second, il en ignore le caractère morbide.

On distingue aussi les hallucinations suivant les sens spéciaux qu'elles affectent ; et vous savez qu'elles peuvent

les affecter tous : vue, ouïe, odorat, goût, toucher, et aussi le sens génital.

Une telle division n'est pas inacceptable ; mais nous ne devons pas en rester là, il faut pousser plus loin l'analyse.

Prenons comme exemple les hallucinations de l'ouïe. — Ce sont les plus communes, et elles nous serviront de guide dans cette étude; vous pourrez appliquer aux autres, en totalité (vue, par exemple), ou en partie, les raisonnements que nous ferons à leur sujet.

Il y a plusieurs sortes d'hallucinations de l'ouïe, car les opérations intellectuelles qui succèdent à une impression auditive sont multiples.

Il y a d'abord la *perception auditive brute*, qui permet de percevoir un son avec tous ses caractères généraux : intensité, timbre, hauteur. Le son est perçu en tant que son, rien de plus.

Un degré plus parfait constitue la *perception auditive différenciée ;* le son perçu est alors mis en rapport avec l'idée de l'*objet* qui le produit. J'entends un *son*, et je dis : ce son est celui d'une *cloche*. Le son qui a frappé mon oreille a réveillé dans mon esprit l'idée de l'objet particulier (cloche) auquel je l'attribue.

Nous avons enfin la *perception auditive verbale*, celle qui nous permet d'entendre le mot prononcé à notre oreille, non seulement comme son, ou assemblage de sons, mais comme sons différenciés en rapport avec l'idée de l'objet auquel il s'applique.

Ces divisions, qui sont couramment admises, peuvent nous permettre d'établir une classification correspondante des hallucinations de l'ouïe.

La pathologie nous a déjà appris que chacun des trois modes de perception des sons pouvait être altéré. On a

distingué ainsi : la *surdité corticale* caractérisée par la perte de son brut ; la *surdité psychique* qui fait perdre la faculté de rapporter un son à l'objet qui le produit ; enfin la *surdité verbale* ou perte de l'audition des mots en tant qu'ils expriment l'idée d'un objet.

En appliquant cette division aux hallucinations de l'ouïe, on peut admettre parallèlement, ainsi que je l'ai déjà exposé dans des travaux antérieurs :

Des *hallucinations auditives élémentaires* amenant la perception de *sons bruts ;*

Des *hallucinations auditives communes* qui font entendre des *sons rapportés à des objets* déterminés ;

Enfin, des *hallucinations auditives verbales,* où les malades entendent des *mots représentant des idées.*

Ces trois variétés d'hallucinations n'ont pas la même valeur diagnostique ou pronostique. De plus, si les deux premières sont relativement fort simples, la troisième est au contraire complexe, la fonction du langage, si compliquée elle-même, intervenant dans le phénomène pathologique.

Eh bien, Messieurs, en clinique, il est facile de retrouver les mêmes divisions, et les malades eux-mêmes s'expriment de façons diverses au sujet de leurs hallucinations. Il en est qui entendent des sons bruts qu'ils traduisent dans leur langage par des onomatopées, ou jugent par comparaison. D'autres perçoivent des sons bien différenciés qu'ils rapportent aux objets qu'ils croient les produire. D'autres, enfin, entendent des voix articulant des mots qui représentent des idées.

Ces distinctions établies, voyons comment se produisent les hallucinations.

Je considère d'abord une hallucination élémentaire de l'ouïe. Pour bien en comprendre la genèse, il importe de rappeler comment se forment dans notre esprit les idées des objets.

Comment avons-nous, par exemple, l'idée de *cloche?* Lorsqu'une cloche vibre pour la première fois à notre oreille, le son vient impressionner le nerf sensoriel de l'ouïe qui transmet cette impression au centre cortical auditif commun. Là, quelques cellules ébranlées par cette impression sont, à partir de ce moment, fonctionnellement différenciées. Elles répondent au son déjà entendu. Et toutes les fois que, pour une raison quelconque (le même son frappant l'oreille, ou rappelé par un souvenir), ces cellules seront ébranlées de nouveau, l'image auditive se réveillera avec ses caractères particuliers, nous reconnaîtrons ce son de cloche, mais en tant que son seulement.

Or, supposez qu'au lieu d'une impression extérieure, un trouble pathologique vienne ébranler ces mêmes cellules auditives fonctionnellement employées à reconnaître ce son particulier, le malade aura la perception de ce son, sans que cependant la cloche l'ait produit; il aura une *hallucination auditive élémentaire.*

Ce n'est pas tout.

Si en même temps que nous entendons le son de la cloche nous voyons celle-ci sous nos yeux, un autre centre cortical sera impressionné en même temps que le centre auditif: c'est le centre visuel où se formera l'image visuelle de la cloche.

Cette nouvelle image va s'associer à la précédente. Et vous pourrez faire le même raisonnement pour les images que nous fournissent les autres sens. C'est de leur groupement et de leur association que résulte l'idée complète que

nous avons d'un objet, de la cloche, dans notre cas particulier.

Et, lorsque le trouble pathologique qui constitue l'hallucination de l'ouïe viendra impressionner de nouveau les cellules corticales, différenciées déjà pour l'impression auditive, mais associées maintenant à d'autres impressions sensorielles en rapport avec un même objet, il réveillera en même temps les autres images, dont l'association concourt à donner l'idée de cet objet qui se présentera ainsi à l'esprit de l'halluciné.

Dans le premier cas, une image auditive isolée étant réveillée, l'hallucination ne pouvait donner qu'une impression de son brut.

Dans le second, l'image auditive étant déjà associée aux autres images de l'objet de la cloche, l'hallucination les réveillera toutes ensemble, et donnera une idée complète de cet objet. C'est l'*hallucination auditive commune*.

Passons à des cas plus complexes, aux *hallucinations verbales*, et pour faciliter l'exposition, supposons que l'hallucination soit un *mot*. Vous pourrez appliquer le même raisonnement à une phrase, à un discours.

Le *mot*, vous le savez, est composé de quatre images associées entre elles. Chacune de ces images est localisée dans un centre spécial de l'écorce cérébrale : les images verbales auditives dans le *centre auditif*, au niveau de la première circonvolution temporale, les visuelles dans le *centre visuel* au voisinage du pli courbe, les motrices d'articulation dans le *centre moteur d'articulation* (circonvolution de Broca). Je n'insiste pas sur ces localisations bien connues. — Nous laisserons également de côté, pour le moment, les images et le centre graphiques.

Vous n'ignorez pas que, suivant la prédominance relative de telle ou telle de ces images, on peut diviser les individus en *visuels*, *auditifs* et *moteurs*. La distinction n'est pas toujours facile à établir; elle est cependant très nette dans certains cas.

Ces images verbales associées entre elles constituent ce qu'on appelle la *fonction langage* et servent pendant la réflexion à donner un corps à notre pensée : c'est le *langage intérieur*.

Entre ce langage et celui qui nous sert à communiquer avec nos semblables, *langage extérieur*, il n'y a au fond qu'une différence : c'est que le premier est une opération intime, et que le second suppose une sensation réelle due à une excitation extérieure (audition, lecture) ou un acte effectif (parole, écriture).

Généralement effacées et peu précises dans le langage intérieur, les images verbales prennent parfois — sous l'influence par exemple d'un état d'excitation des centres corticaux — une intensité plus grande, et deviennent aussi vives que celles du langage extérieur. Elles arrivent ainsi à *s'extérioriser*. Alors, le son d'un mot peut être perçu comme s'il venait de l'extérieur, et, puisqu'il n'existe aucune impression extérieure réelle qui le réveille, ce son rentre dans le domaine des hallucinations. Le malade croit qu'un individu, placé en dehors de lui, a prononcé ce mot : il a eu une *hallucination verbale auditive*.

Celle-ci peut se présenter avec des caractères bien différents. La voix peut être lointaine ou proche; elle peut revêtir des timbres variables; elle peut être affectueuse ou menaçante; une seule oreille la perçoit (hallucinations unilatérales), ou bien les deux. Tantôt c'est un monologue, tantôt un dialogue; c'est un discours qui s'adresse direc-

tement au malade, ou c'est une conversation entre deux personnages différents.

Mais, dans tous les cas, le sujet affirme qu'il entend ces voix absolument comme il entend la vôtre, quand vous lui parlez ; point capital dont vous apprécierez l'importance en clinique. N'oubliez pas non plus que le malade, abandonné à lui-même, et sous l'empire de l'hallucination, prend l'attitude d'une personne qui écoute, et se tourne vers son interlocuteur imaginaire.

Ces hallucinations verbales auditives sont les plus fréquentes chez les aliénés. Cela tient à ce que nous sommes pour la plupart, et naturellement, surtout des auditifs.

D'ailleurs, si l'on n'est pas auditif, on peut le devenir par l'exercice, et l'aliéné lui-même nous en fournit une preuve. Dans certaines formes chroniques où prédomine l'hallucination de l'ouïe, le malade arrive à ne plus pouvoir penser sans *entendre* sa pensée se répercuter en dehors, avant même qu'il l'ait formulée ; vous connaissez tous ce phénomène qu'on désigne en psychiatrie sous le nom d'*écho de la pensée*.

La clinique offre des exemples de toutes ces variétés d'hallucinations auditives ; les plus beaux se rencontrent dans les délires de persécution systématisés à marche progressive.

Messieurs, ce que je viens de vous dire des hallucinations de l'ouïe, je pourrais vous le répéter pour les hallucinations de la vue. Il y a des hallucinations visuelles élémentaires : visions de feu, de flammes, d'éclairs, etc. — Il en est qui se rapportent à des objets bien définis : visions de fantômes, d'assassins, de têtes de mort, etc. — Enfin, il y a des *hallucinations visuelles verbales*, quand le pro-

cessus hallucinatoire intéresse le centre visuel des mots.

J'ai fait connaître moi-même un certain nombre d'exemples de ces dernières. Rappelez-vous l'hallucination historique du festin de Balthazar où les convives *virent* les mots : *Mane, thecel, pharès* écrits sur la muraille. Certains malades voient des lettres, d'autres des mots, comme ce mélancolique mystique qui croyait voir écrits devant lui les mots : *maudit, condamné*, etc.

Il est des cas plus complexes encore. Un malade, que j'ai étudié à Bicêtre, atteint d'un délire de persécution avec idées mégalomaniaques, vit un jour, écrits sur une lampe de porcelaine, les mots : *Je t'aime*. Peu à peu, ses hallucinations s'étant accentuées, il en arriva à *visualiser* sa pensée, ce qu'il exprimait en disant qu'il s'était habitué à « écrire par les yeux ».

« Il lançait les lettres dans l'espace, et les assemblait pour former des mots » ; ces lettres, d'abord jaunâtres, blanchissaient en s'éloignant, et à une certaine distance, il ne pouvait plus les apercevoir. Il croyait, de cette façon, correspondre avec les habitants de régions lointaines, qui pouvaient lire les mots « ainsi écrits par ses yeux ». Ce malade donnait lui-même à ses hallucinations verbales visuelles le nom pittoresque de *photographie* de sa pensée.

Il était, d'ailleurs, visuel à l'extrême ; car il lui suffisait de regarder un objet et de fermer les yeux pour en avoir une représentation visuelle très nette et pouvoir ensuite le « photographier » dans l'espace. Pour lui, ce « pouvoir photographique » était une faveur toute spéciale excitant la jalousie de ses ennemis; il voulait même prendre un *brevet d'écriture par les yeux*.

Vous voyez par ces exemples que les hallucinations verbales visuelles peuvent exister, mais elles sont plus rares

que les auditives ; d'abord, parce que, à l'état normal, les images verbales visuelles sont moins fréquemment usitées que les auditives dans le langage intérieur ; de plus, bien des individus ne savent pas lire, et ceux-là, évidemment, ne peuvent avoir d'hallucinations verbales visuelles.

Avant de pousser plus avant l'étude des hallucinations, permettez-moi, Messieurs, de vous présenter une malade atteinte d'hallucinations verbales auditives.

C'est une femme au verbiage exubérant, persécutée, dit-elle, par les esprits, le spiritisme ; en outre, elle a des idées mégalomaniaques. Elle prétend qu'elle est reine de Hollande, qu'elle possédait des milliards, etc. Son délire est déjà ancien, et cette femme, d'une faible intelligence, un peu sénile d'autre part, présente une certaine dissociation intellectuelle. Il est cependant facile de reconnaître chez elle des hallucinations verbales auditives manifestes.

A nos questions, elle répond en général assez correctement ; mais parfois vous la voyez s'interrompre dans son discours, tourner la tête comme vers un interlocuteur invisible, tendre très manifestement l'oreille comme si elle prêtait attention à une voix qui lui parle, puis répondre à ce personnage imaginaire. Ce dialogue intercalaire terminé, elle revient à la conversation. Elle s'excuse alors et explique qu'elle a été interrompue par un esprit qui lui parlait du côté gauche, mais elle l'entend par les deux oreilles, et d'une façon si nette que nous avons dû, assure-t-elle, l'entendre aussi très distinctement.

Vous voyez même qu'elle peut, presque à volonté, provoquer ses hallucinations de l'ouïe. Elle pose une question à haute voix en se tournant vers un point de l'espace : « Eh bien, parlez, répondez, ajoute-t-elle. » Puis vous la

voyez écouter, en tendant l'oreille, la réponse de son interlocuteur imaginaire. Elle lui ordonne même de nous parler, et refuse de croire que nous n'ayons pas saisi la réponse qu'elle a, elle, si nettement entendue.

Voilà, Messieurs, un bel exemple d'hallucinations auditives. Mais cette malade a encore d'autres troubles hallucinatoires.

Elle en fait elle-même la différence.

Outre cet esprit qui parle à son oreille, d'autres *voix* lui viennent d'ailleurs.

Ses persécuteurs, vous dit-elle, ont mis « un téléphone dans son gosier ». « Cela lui fait remuer la langue. » « Elle n'entend alors aucune voix par l'oreille, et cependant elle comprend très bien ce qu'ils veulent dire. »

Remarquez à ce propos un fait intéressant, sur lequel j'aurai à revenir tout à l'heure.

La malade vous parle; tout à coup la voilà qui s'interrompt pour dire avec colère : « Veux-tu te taire, attends au moins que je m'explique. » S'agit-il, comme tout à l'heure, d'une réponse à une hallucination de l'ouïe? Demandons à la malade elle-même : « Non, dit-elle, ça n'est pas la même chose; il veut parler à ma place, avec ma langue. Cela lui arrive toujours; souvent même je parle, et ce n'est pas moi; le son de ma voix devient alors criard; mais c'est tout différent des voix par l'oreille. »

Devons-nous ajouter foi à cette distinction? Assurément, Messieurs. Et nous allons essayer d'analyser le mécanisme de ce nouveau trouble psychique.

Revenons pour un instant aux éléments constitutifs de la fonction du langage.

Nous avons vu que les centres visuel et auditif pouvaient

être le point de départ de phénomènes hallucinatoires.

Mais il y a encore deux autres centres, tous deux moteurs. Peuvent-ils être, eux aussi, l'origine d'hallucinations? Je crois l'avoir démontré suffisamment depuis les premiers travaux que j'ai publiés en 1888 sur ce sujet (1); et la chose est aujourd'hui généralement admise. Je n'y insisterai donc pas longuement.

Je laisse de côté, pour le moment, le centre graphique, pour n'envisager que ce qui a trait au centre moteur d'articulation. Voyons donc comment se présentent, en clinique, les hallucinations verbales motrices d'articulation.

Il y a déjà longtemps, un aliéniste distingué, Baillarger, avait remarqué que certains malades disaient ne pas percevoir le son d'une voix; ils prétendaient la comprendre *par intuition*, par leur pensée, sans son. Baillarger désigna ce phénomène par le terme d'*hallucination psychique*, et le distingua des hallucinations sensorielles; — ces dernières étant pour lui des *voix extérieures*, et les autres des *voix intérieures*.

Après Baillarger, certains auteurs ont cru reconnaître là des hallucinations auditives; d'autres ont prétendu qu'il ne s'agissait même pas alors d'hallucinations. Dans des travaux plus récents, Ed. Fournié, Max Simon, font intervenir en pareil cas la fonction du langage, ce qu'avait déjà soupçonné Lélut. C'était là justement qu'il fallait chercher l'interprétation des hallucinations de ce genre. Il est logique, en effet, que, dans un trouble hallucinatoire amenant la perception de mots et de phrases, la fonction du langage soit intéressée.

Mais dans quelle partie des éléments du langage faut-il

(1) J. Séglas, *Progrès médical*, 1888, et *Troubles du langage chez les aliénés* (*Bibliothèque médicale Charcot-Debove*, 1892).

chercher cette explication ? C'est encore la clinique qui nous répondra sur ce point.

Interrogez certains aliénés poursuivis par des voix extérieures et intérieures, et insistez pour leur faire analyser les sensations qu'ils éprouvent. Ils feront eux-mêmes la différence.

Une de mes malades formulait très exactement ses impressions : « J'entends mes voix, disait-elle, d'une façon auditive et sensitive : *auditive*, comme un être qui vous parlerait à l'oreille ; *sensitive*, c'est-à-dire qu'on perçoit la sensation d'un être habitant la pensée et parlant avec vous. Et c'est ainsi que j'entends tour à tour. »

Tel aliéné vous dira : « J'entends des voix auditives ; » et tel autre : « Je comprends des voix, je les *sens* me parler. »

Il faut faire grande attention à ces locutions des malades ; elles vous mettront souvent sur la voie du diagnostic.

En effet, Messieurs, n'êtes-vous pas ainsi conduits à penser que ces hallucinations verbales, n'ayant leur siège ni dans le centre auditif, ni dans le centre visuel du langage, procèdent peut-être d'un trouble du centre moteur?

Sans doute, il peut sembler surprenant, au premier abord, qu'un centre moteur cortical donne naissance à une hallucination verbale ; mais rappelez-vous d'abord certains faits qui démontrent l'existence d'hallucinations motrices communes.

Les phénomènes observés par Weir Mitchell chez les amputés sont caractéristiques à cet égard. Tel se figure, longtemps après l'opération, avoir encore le fantôme de son membre fixé à son moignon.

De plus, il y éprouve des douleurs, il le sent se mouvoir

comme malgré lui. Il a même la perception de mouvements volontaires qu'il dirige à son gré. Il dira, par exemple : j'allonge l'index, j'écarte le pouce, je prends une plume et j'écris.

Ce sont là de véritables hallucinations motrices ayant leur origine dans les centres qui président aux mouvements des membres amputés, car elles peuvent se produire, alors même que le membre entier a été désarticulé.

Ces hallucinations motrices communes se retrouvent chez les aliénés. J'ai vu une malade qui croyait être atteinte de mouvements spasmodiques du bras droit. Ce n'était qu'un trouble hallucinatoire survenu après qu'elle eut fait la rencontre d'une choréique dans une salle d'électrothérapie. Elle en était revenue avec la sensation que son bras était agité de secousses convulsives; et, cependant, aucun signe objectif ne venait révéler cet état spasmodique.

Les persécutés ont aussi des hallucinations du même genre, quand ils racontent que la nuit on les secoue dans leur lit ou qu'on leur tire les membres. C'est aussi le cas des sorcières du moyen âge lorsqu'elles se disaient transportées au sabbat à travers les airs.

Vous le voyez, Messieurs, l'existence des hallucinations motrices communes est de toute évidence. Eh bien, celle des hallucinations motrices verbales n'est pas moins certaine, et ces hallucinations ne diffèrent des précédentes que par leur spécialisation à la fonction du langage.

Souvent effacées, à l'état normal, aux dépens des images auditives ou visuelles, les images motrices d'articulation deviennent prépondérantes chez certains individus qui, pendant la réflexion, parlent mentalement leur pensée, au lieu de la voir ou de l'entendre. Cela est tout intérieur;

mais que la représentation mentale devienne plus vive, alors la pensée sera articulée à voix basse, ou même à voix haute. Souvenez-vous des personnes qui parlent *toutes seules*.

Qui de vous n'a croisé dans la rue des moteurs verbaux de ce genre? Cependant, tous ces individus se distinguent par un signe capital : c'est qu'ils ont conscience que les paroles qu'ils prononcent sont bien l'expression de leur pensée.

Or, chez les hallucinés moteurs, nous retrouvons exactement les mêmes phénomènes avec les mêmes degrés, mais avec cette différence fondamentale que les mots qu'ils prononcent ne sont pas en rapport avec leurs idées conscientes; c'est là ce qui constitue la véritable hallucination verbale motrice.

Les exemples n'en sont pas rares.

Je pourrais vous en citer plusieurs parmi ceux que j'ai recueillis et interprétés; les auteurs qui ont repris ensuite cette étude en ont rapporté un certain nombre.

Dès maintenant, vous pouvez conjecturer qu'il faut faire rentrer dans le groupe des hallucinations verbales motrices, celles que notre malade distingue elle-même de ses hallucinations auditives.

Avant d'aller plus loin, Messieurs, permettez-moi de m'arrêter quelques instants sur la théorie des hallucinations verbales motrices. Sa légitimité ne me semble pas contestable. Mais, comme nous aurons l'occasion d'y revenir à maintes reprises, il est bon que vous connaissiez au moins quelques-uns des arguments à l'aide desquels j'ai cru devoir l'étayer et la défendre.

Je vous ai dit que les malades atteints d'hallucinations

verbales de l'ouïe et de la vue étaient déjà des auditifs ou des visuels; j'ajoute que les hallucinés moteurs verbaux sont au préalable des moteurs.

Bien souvent j'ai eu l'occasion d'en faire la remarque. Une jeune fille atteinte d'hallucinations verbales motrices me disait par exemple : « Du reste, tout ce que je pense, cela m'arrive sur la langue et je suis toujours prête à le dire. » Un autre aliéné disait de même : « Je ne puis pas penser bas, cela m'étouffe, et il me faut parler soit bas, plus souvent tout haut quand je pense. » M. Ballet a également vérifié ce fait chez plusieurs de ses malades.

Lorsque des individus sont devenus hallucinés en ce sens, les images motrices d'articulation correspondant même à leur pensée *consciente* acquièrent une vivacité extrême et tendent à s'extérioriser. Aussi beaucoup se plaignent-ils que cette pensée se formule et leur échappe de la bouche, avant même qu'ils aient eu le temps de la prononcer volontairement. C'est ce que Pieraccini appelle, non sans justesse, « la *fuite* de la pensée ». Et ce phénomène est souvent l'origine d'interprétations délirantes variées.

Stricker, de son côté, a fait une constatation importante et qui peut fournir un nouvel argument à notre théorie.

Il avait remarqué que s'il est possible de penser à deux mots différents en même temps, à l'aide de deux images verbales différentes ou même de deux images sensorielles de même nature, on ne peut y parvenir au moyen de deux images motrices simultanées.

Or, vous rencontrerez des malades, atteints d'hallucinations verbales motrices, qui en sont débarrassés lorsqu'ils se mettent à parler. Il en est qui emploient d'eux-mêmes ce subterfuge pour faire taire les voix qui les tourmentent; d'autres lisent à haute voix la journée entière. Il semble

que leurs images motrices occupées à ces discours ou à ces lectures ne puissent plus fournir l'appoint nécessaire pour produire l'hallucination.

Inversement, certains sujets sont tellement absorbés par leurs hallucinations, qu'ils sont dans l'impossibilité de répondre quand on les interroge.

Témoin la malade que je vous ai présentée. Vous avez vu qu'au cours de sa conversation elle s'est interrompue soudain pour dire à son hallucination motrice d'attendre pour parler qu'elle-même se soit expliquée.

Ainsi, l'hallucination absorbe l'image motrice nécessaire à l'élaboration de la réponse, et les malades sont obligés d'attendre que le phénomène ait cessé, pour pouvoir utiliser librement leur centre moteur d'articulation. Dans des cas extrêmes, la persistance de l'hallucination devient un obstacle permanent à l'expression de la pensée même du malade, qui se renferme alors dans un silence absolu.

Les hallucinations motrices, soit dit en passant, peuvent donc s'ajouter aux causes déjà nombreuses du mutisme vésanique.

Voilà déjà, Messieurs, plusieurs arguments qui nous font entrevoir le rôle capital du centre moteur d'articulation dans ces hallucinations verbales motrices. Ce rôle peut aussi être mis en évidence d'une manière indirecte. Je cite un exemple. Une malade, qui avait de ces hallucinations verbales, éprouvait en même temps des mouvements très nets de la langue qu'elle sentait « vaciller ». Elle ressentait également, par instants, des mouvements analogues dans les narines ou les paupières, mais ceux-là ne lui *disaient* rien. Il fallait pour qu'elle les comprît qu'ils fussent accompagnés de mouvements de la langue, les seuls, en effet, qui se trouvaient en rapport avec la fonction du langage.

Certaines habitudes des aliénés viennent aussi confirmer l'existence et la nature des hallucinations verbales motrices. Vous savez que certains hallucinés de l'ouïe se bouchent les oreilles, espérant étouffer ainsi les bruits qui les obsèdent. Les uns emploient du coton, d'autres des coiffures bizarres, de véritables casques en étoffe et en carton, comme une malade que vous avez pu voir dans le service.

Les hallucinés moteurs ne font rien de semblable; mais en revanche, ils prennent des habitudes qui nous indiquent bien la nature et le siège de leurs hallucinations. Ils tiennent leur langue serrée entre leurs dents; ils suspendent leur respiration; ils se bourrent la bouche de cailloux.

Ainsi faisait un malade s'imaginant que les mouvements de sa langue étaient transmis à ses ennemis par l'air des fosses nasales au moyen d'un appareil *télescopephonique*. Les cailloux dont il s'emplissait la bouche avaient pour but de faire cesser les mouvements imaginaires de sa langue.

Il ne faut pas attacher moins d'importance au facies des hallucinés. Les auditifs ont l'air de gens qui écoutent. Les moteurs au contraire remuent les lèvres ou semblent marmotter des paroles inintelligibles. Quelquefois ils se compriment l'épigastre avec la main, s'imaginant que là est le point de départ de leurs voix. Il ne faut pas négliger non plus, toutes les fois que la chose est possible, de faire écrire les malades sous l'empire de leurs hallucinations : on verra les auditifs écrire comme sous une dictée, tandis que les moteurs, en écrivant, feront des mouvements d'articulation des lèvres.

Ces preuves suffiront, Messieurs, je l'espère, pour vous convaincre de l'existence et de la nature des hallucinations verbales motrices. Vous voyez aussi comment on peut ar-

river à les reconnaître. Il faut l'avouer, leur interprétation n'est pas toujours aisée. Il est des cas complexes qu'on ne débrouille qu'à grand'peine, surtout quand les malades ont l'esprit faible ou troublé par une affection mentale déjà de longue date. D'ailleurs, ils ne sont pas toujours bons psychologues, et ils analysent confusément leurs sensations; mais, par une observation prolongée et attentive, on arrive généralement à définir la part qui revient dans leurs hallucinations à l'élément moteur.

Souvent l'hallucination motrice, qui n'existait pas nettement au début de la maladie, apparaît manifeste à la longue. Une de mes malades me disait fort exactement ceci : « Autrefois, je *causais de cœur*, mais maintenant je *cause de bouche* et ma langue est démanchée. »

Au point de vue de leur intensité, les hallucinations verbales motrices sont très variables.

Certains aliénés n'ont que la voix intérieure, et l'observateur ne peut en reconnaître le caractère que d'après les descriptions des patients. D'autres parlent à voix basse ou font seulement de simples mouvements d'articulation avec les lèvres. Enfin l'hallucination peut se manifester à voix haute.

Dans le premier degré, il s'agit d'une simple *conversation mentale*, c'est l'*hallucination verbale kinesthétique simple ;* dans le second, l'*hallucination verbale motrice* est complète. Dans le dernier, on a affaire à une véritable *impulsion verbale*.

Toutes ces variétés, Messieurs, se retrouvent en clinique, et elles méritent d'être bien définies, car elles n'ont pas seulement un intérêt théorique. Une hallucination motrice n'a pas la même signification psychologique, clinique et pronostique, qu'une hallucination de l'ouïe ; et la détermi-

nation des divers degrés d'hallucinations motrices a également son importance.

Je terminerai là cette courte revision séméiologique. Je tenais seulement à vous faire passer en revue, sous leurs aspects les plus simples, les différentes variétés d'hallucinations — surtout verbales — pour que vous puissiez les reconnaître rapidement à l'occasion ; et ces notions pourront aussi nous servir de guide dans l'étude des formes complexes que nous aborderons dans notre prochaine réunion.

Pour revenir à la clinique, je vous présenterai maintenant une malade atteinte d'hallucinations verbales motrices très nettes ; vous retrouverez chez elle la plupart des caractères sur lesquels je viens d'attirer votre attention.

C'est une jeune fille de vingt ans, née de parents très bornés. Son père était presque imbécile; sa mère est bien peu intelligente; elle a un frère qui est presque idiot.

Elle-même est une faible d'esprit. Elle a marché très tard, elle a appris à lire à grand'peine, et, à la suite d'une fièvre typhoïde grave, ses facultés se sont arrêtées dans leur développement. Depuis deux ans, sur cet état de faiblesse mentale se sont greffés des symptômes délirants. Elle dit avoir vu « des images sur le plafond ». S'agit-il là d'illusions ou d'hallucinations de la vue? La chose est difficile à préciser.

Elle a aussi de vagues idées de persécution et elle rapporte à des êtres mal définis qui la tourmentent les hallucinations dont elle souffre.

Mais ce qui a surtout attiré l'attention et ce qui aujourd'hui domine tout le tableau morbide, ce sont des hallucinations verbales motrices. Celles-ci sont visibles pour

tout le monde, et dans le service on connaît cette jeune fille sous le nom de *la malade qui parle toute seule.*

Elle s'exprime à cet égard d'une façon fort explicite :

« Cela lui part du gosier de la bouche. » — « Les autres malades disent : c'est des voix; mais cela ne les fait pas causer comme moi. » — « On me fait quelque chose dans la gorge, sur la langue, pour parler; on croirait que ma langue marche toujours; elle ne reste jamais tranquille. »

Vous reconnaissez là, sincèrement décrite, l'hallucination verbale motrice.

Remarquez aussi ce qu'elle dit quand elle veut faire cesser ses voix : « Je serre les dents pour qu'ils ne me fassent pas causer; mais je ne me bouche jamais les oreilles. »

Enfin, quand elle essaye de lire mentalement, l'hallucination l'interrompt : « Ils me font quitter la lecture, pour me dire des paroles. Je lis haut pour pouvoir lire, sans cela c'est impossible. »

Jusqu'ici, tout se borne au premier degré des hallucinations verbales motrices. Mais regardez attentivement la malade, et vous verrez par instants ses lèvres remuer comme si elle causait à voix basse. Devant un public qui ne lui est pas familier, elle se contient cependant. Mais quand, tout à l'heure, elle sera rentrée dans sa division, elle va prononcer à haute voix des mots violents, des injures, des « choses qu'ils lui font dire et qu'elle ne voudrait pas dire », et dont elle s'excuse. C'est là, Messieurs, un bel exemple d'*impulsion verbale.*

Pour en finir avec cette malade, je vous dirai qu'elle a aussi des hallucinations motrices communes ; ses vagues tourmenteurs (*on* ou *les hommes de voix*) lui remuent, dit-elle, les bras ou les jambes, lui font tourner la tête, etc.

Ainsi, l'élément moteur domine dans tous ses troubles hallucinatoires.

Pour terminer, permettez-moi, Messieurs, de vous donner encore quelques indications à propos du diagnostic séméiologique de l'hallucination.

Il ne faut jamais trop se hâter de conclure à l'existence d'une hallucination. Si simple qu'il paraisse, ce diagnostic n'est pas toujours facile et sa précision présente une réelle importance, aussi bien en clinique qu'en nosographie.

Plusieurs cas peuvent se présenter.

Prenons d'abord le plus simple et supposons-nous en face d'un malade halluciné *au moment même* de l'examen et *répondant* d'autre part aux questions qu'on lui adresse.

Lorsqu'il s'agit d'une hallucination *élémentaire*, le diagnostic est facile : vous pouvez aisément contrôler par vous-même la réalité de la perception accusée par le malade.

Dans le cas d'une hallucination commune, il est deux phénomènes avec lesquels il importe de la distinguer, c'est l'*illusion* et l'*interprétation délirante*.

Tandis que l'hallucination est, comme nous l'avons vu, une perception sans objet, l'illusion est la perception fausse, inexacte, d'un objet existant réellement. C'est ainsi, par exemple, qu'un malade atteint d'illusions, verra dans les plis d'un rideau la silhouette d'un fantôme, d'un assassin, etc.

Dans l'interprétation délirante, la perception est exacte, mais le malade lui attribue un sens particulier en rapport avec ses préoccupations. Une mélancolique, par exemple, entend dans le voisinage le bruit du marteau d'un menuisier réparant une cloison. Elle se rend bien compte de la

nature de ce bruit, mais l'interprète faussement disant : « C'est l'échafaud qu'on apprête pour mon supplice. »

Les mêmes distinctions s'appliquent aux hallucinations verbales. Prenons comme exemple l'hallucination verbale auditive que nous venons d'étudier longuement, et dans laquelle le malade entend des paroles, alors que tout est silencieux autour de lui. Dans l'illusion, il entend encore des mots; mais ces mots prononcés réellement sont mal perçus par lui, comme cela se produisait chez un de nos malades devant qui on parlait de « pièges à loups », et qui entendait « il est jaloux ».

Une autre forme d'illusion est celle dans laquelle un bruit extérieur est perçu par le malade sous forme de mots. C'est ainsi que le bruit du vent, le son d'une cloche, seront perçus sous forme de paroles. Un malade entend son nom dans le bruit du tonnerre. Ces sons qui devraient, en s'adressant aux centres auditifs communs, réveiller seulement l'idée d'un objet, réveillent au contraire chez lui une image verbale emmagasinée dans le centre auditif des mots. Le malade la perçoit comme si elle venait de l'extérieur et la rapporte à un objet déterminé.

Les faits de ce genre sont à distinguer de ceux dans lesquels le malade donne une signification des bruits réels extérieurs qu'il traduit lui-même. C'est ainsi qu'une jeune fille, que nous aurons l'occasion d'examiner plus tard, donne un sens au cri des oiseaux qu'elle entend chanter dans le jardin ; elle pense, par exemple, que, lorsqu'elle sort, ils disent : « Tiens, voilà la petite jeune fille. » Mais, ces mots, elle déclare ne pas les entendre, elle se figure simplement la signification de leurs cris.

Cet exemple se rapproche donc plutôt de l'interprétation délirante se manifestant à propos de phénomènes auditifs,

et dans laquelle la perception auditive se fait très correctement, mais le malade donne à ce qu'il vient d'entendre une portée spéciale, un sens particulier en rapport avec le thème de son délire. Par exemple, un persécuté, que nous eûmes à examiner, entend un jour deux personnes, au cours d'une conversation, prononcer cette phrase : « Que voulez-vous qui les attire ? » Immédiatement il voit là comme une menace; c'est pour lui une preuve qu'il va être en butte à de nouvelles misères.

Les considérations précédentes peuvent s'appliquer aussi bien aux hallucinations verbales intéressant le sens de l'ouïe qu'à celles qui intéressent celui de la vue.

En ce qui regarde le diagnostic des hallucinations verbales auditives avec les psycho-motrices, nous avons déjà suffisamment insisté sur ces dernières pour montrer en quoi les malades qui en sont atteints, bien qu'ils disent entendre des voix, diffèrent de ceux qui ont des hallucinations auditives.

D'ailleurs, à côté des phénomènes subjectifs dévoilés par l'interrogatoire, les hallucinations, lorsqu'elles se produisent au moment actuel, s'accompagnent de symptômes objectifs sur lesquels nous reviendrons tout à l'heure.

Dans bien des cas, on n'assiste pas à la production de l'hallucination, et ce diagnostic doit en être fait *rétrospectivement*. Il reste évidemment le même, mais on ne peut se fonder alors que sur le côté purement subjectif du phénomène ; aussi importe-t-il de préciser exactement les moindres circonstances dans lesquelles il s'est produit, toutes ses conditions, toutes ses particularités, avant de se prononcer sur sa nature véritablement hallucinatoire. On peut le contrôler au besoin par les renseignements de personnes présentes au moment où il a eu lieu.

Jusqu'ici nous avons supposé le cas où l'on aurait affaire à un malade confiant, communicatif, se prêtant à l'examen.

Mais on peut avoir également à déterminer l'existence d'hallucinations chez des aliénés qui *refusent de répondre* à l'interrogatoire et se renferment dans un mutisme obstiné.

Je vous rappellerai même que, parmi les causes du mutisme vésanique que nous avons passées en revue dans de précédentes conférences, figure la présence des hallucinations à différents titres.

Ce peuvent être, par exemple, des hallucinations impératives défendant au malade de parler, ou bien des hallucinations motrices déterminant le mutisme par le mécanisme que je vous ai exposé.

Dans ces conditions, le diagnostic d'hallucinations ne peut résulter que de la notion des symptômes *objectifs* dont je vous parlais tout à l'heure et qui les accompagnent souvent d'une façon plus ou moins nette.

De ces symptômes objectifs, il est quelques-uns, tels par exemple que les modifications du pouls, de la circulation vaso-motrice... sur lesquels je n'insiste pas ; car ils ne valent guère pour le diagnostic pratique, et d'ailleurs sont communs, non seulement à toute espèce d'hallucinations, mais encore à bien des faits psychiques d'un autre ordre.

De plus importants sont ceux qui ont trait aux réactions mimiques provoquées par les hallucinations.

Dans les hallucinations auditives, par exemple, la tête se tourne de façon à porter le pavillon de l'oreille dans la direction d'où semble venir l'hallucination. En même temps on saisit une modification particulière dans l'expression du regard qui devient attentif, de même un léger mouvement de tout le corps, soit pour mieux écouter, soit

pour fuir. En un mot, l'attitude du malade est celle de quelqu'un qui écoute.

Certaines habitudes ou particularités du costume tendant, par un moyen ou par un autre, à intercepter les sons par l'occlusion des oreilles, peuvent également mettre sur la piste d'hallucinations de l'ouïe.

Dans l'hallucination psycho-motrice, le malade ressemble, comme je vous le disais, à quelqu'un qui parle seul ; vous pouvez constater des mouvements des lèvres et retrouver ces attitudes particulières, ces habitudes que je vous signalais, ayant pour but de comprimer le point de départ des voix intérieures, de s'opposer aux mouvements de la langue, etc.

Les signes objectifs de l'hallucination de la vue sont souvent des plus faciles à saisir. C'est d'abord la rotation de la tête, la fixation du regard, les changements de dimensions de la pupille en rapport avec la direction ou la distance de l'hallucination, l'expression émotionnelle du regard, de l'attitude générale du sujet.

On a signalé encore ce fait que les hallucinés de la vue ont souvent des sensations désagréables de corps étrangers, de picotements, qui les portent à se frotter les yeux.

Les hallucinations du goût s'accompagnent de mouvements de dégustation ou de déglutition, de salivation ou de crachotement.

Les hallucinations de l'odorat s'accompagnent fréquemment de mouvements d'expiration nasale. Souvent aussi les malades s'ingénient à se garantir des mauvaises odeurs en s'accoutrant d'une façon bizarre, de manière à se fermer la bouche et les narines.

Les hallucinations du sens génital provoquent souvent des gestes, des attitudes lascives. Quant aux phénomènes

de même ordre désignés sous le nom de *troubles de la sensibilité générale*, ils ne se traduisent guère à l'extérieur que par des soubresauts, des mouvements de fuite, de défense, du grattage, des particularités du costume ayant pour but de protéger la partie du corps où ils se manifestent.

Chez les aliénés chroniques, quelques auteurs, notamment M. Féré, ont signalé encore l'existence de rides perpendiculaires à la direction des fibres des muscles, qui interviennent dans les expressions mimiques en rapport avec tel ou tel ordre d'hallucination.

Telles sont, Messieurs, les notions générales que je tenais à vous remémorer. Je souhaite qu'elles ne vous aient pas semblé trop arides, et surtout qu'elles puissent vous servir de guide dans l'interrogatoire, souvent si difficile, des aliénés. Elles auront du moins l'avantage de nous faciliter l'examen de malades dont je vous parlerai au cours de nos prochaines réunions.

DEUXIÈME LEÇON

Coexistences, associations et combinaisons hallucinatoires [1].

Sommaire. — A. Hallucinations *coexistantes*.

B. Hallucinations *associées*.

1° Hallucinations *communes* associées *entre elles*. — Les images hallucinatoires ont trait chacune à des objets *différents*.

2° Hallucinations *communes* associées à des hallucinations *verbales*. — Rapports de l'*idée* avec le *mot*. — Images verbales : auditive, motrice verbale, visuelle, graphique. — Exemples d'hallucinations communes et verbales associées.

3° Hallucinations *verbales associées* entre elles : auditives, auditives et motrices. — Chaque image hallucinatoire se rapporte à des mots ou des phrases *différentes*.

C. Hallucinations *combinées*. — Les différentes images hallucinatoires se rapportent à un *même* objet ou à un *même* mot.

Hallucinations verbales combinées. — Mécanisme. — Hallucination verbale motrice auditive et auditivo-motrice combinée. — Variétés. — Exemples cliniques. — Écholalie hallucinatoire. — Parole inconsciente. — Hallucination verbale auditive, motrice et visuelle.

Hallucinations *graphiques*. — Elles se combinent surtout aux hallucinations verbales motrices. — Cas cliniques. — Médiums écrivains. — Impulsion graphique.

Localisations attribuées par les malades aux hallucinations verbales motrices. — Excentricité des sensations. — La localisation est généralement en rapport avec une sensation reportée à la périphérie de l'appareil vocal : langue, gorge, épigastre, etc. — Les localisations dans un point quelconque du corps s'expliquent par des associations hallucinatoires.

Messieurs,

Dans notre première réunion, nous avons étudié les hallucinations à l'état simple. Nous avons vu que ce phé-

(1) Leçon du 21 janvier 1894, publiée par M. H. Meige in *Journal des Connaissances médicales*, nos 16, 17, 18, 20, 1894.

nomène pouvait intéresser tous les sens, le malade étant ou non conscient de son caractère pathologique. Je vous ai dit aussi qu'au point de vue du mécanisme psychologique, on distinguait des hallucinations élémentaires, communes, verbales; ces dernières pouvant être auditives, visuelles, motrices, suivant que tel ou tel centre du langage se trouve intéressé.

Dans tous ces cas, nous avons étudié le symptôme à l'état de simplicité parfaite, comme on le rencontre parfois en clinique. Nous allons passer, aujourd'hui, en revue des cas plus complexes, ceux des coexistences, associations et combinaisons hallucinatoires.

A. — Les aliénés hallucinés ne le sont pas toujours et uniquement de la même façon. Chez beaucoup d'entre eux, vous constaterez des hallucinations intéressant plusieurs sens ou appartenant aux diverses catégories que nous avons distinguées. Étudions les rapports de ces hallucinations entre elles; et comme toujours, procédons du simple au composé.

Dans le cas le plus simple, les hallucinations n'ont entre elles aucun rapport *immédiat;* elles ne sont reliées que par le thème délirant. Inutile de nous étendre sur cette catégorie. Le seul intérêt de ces hallucinations est leur *coexistence* chez un même individu.

B. — Dans d'autres cas, déjà plus complexes, il n'y a pas simplement coexistence, mais *association* des hallucinations. Celles-ci, tout en différant de siège ou d'objet, ont un lien *direct* entre elles et, bien que *différentes*, peuvent s'évoquer et s'associer réciproquement.

De telles associations peuvent se faire de différentes manières. Il peut s'agir :

1° D'hallucinations communes associées entre elles ;

2° D'hallucinations communes associées à des hallucinations verbales ;

3° D'hallucinations verbales associées entre elles.

Examinons ces différents cas successivement :

1° *Hallucinations communes associées entre elles.*

Une de nos malades nous dit, par exemple, avoir *entendu un gros boum*, et tout de suite après avoir *senti des odeurs d'eau croupie*. Nous pouvons traduire en disant qu'elle a eu une hallucination auditive élémentaire et une hallucination de l'odorat qu'elle spécifie et rapporte à un objet déterminé. Or, s'il est vrai que ces deux hallucinations n'ont pas trait au même objet, elles ont entre elles plus qu'un rapport de simple coexistence : elles sont associées l'une à l'autre et, dans l'esprit de la malade, l'une est comme le signal de l'autre.

Autre exemple : « Le vendredi à 7 heures du matin, dit la malade, j'entends une espèce de boum. On aurait dit, Monsieur, que ce boum venait sur le toit... Aussitôt on s'est mis à scier du bois très fort et j'ai senti l'odeur de la pisse de chat. »

Ici, outre l'hallucination auditive élémentaire, vous reconnaissez une hallucination auditive commune, rapportée à un objet déterminé, et provoquant l'hallucination olfactive également spécifiée par la malade. Il s'agit, dans ce cas, d'une sorte d'association d'idées différentes, réveillées par l'une quelconque de leurs images respectives, devenant assez vive pour s'extérioriser sous la forme hallucinatoire.

Mais ce qu'il importe bien de spécifier ici, afin d'établir une distinction avec des cas que nous verrons plus loin,

c'est que les images hallucinatoires ont trait chacune à des objets différents.

Et cela est si vrai, que dans certains cas ces hallucinations communes associées peuvent être de sens opposé, antagonistes, comme dans l'exemple suivant :

Une persécutée accuse ses voisins « de lui envoyer des

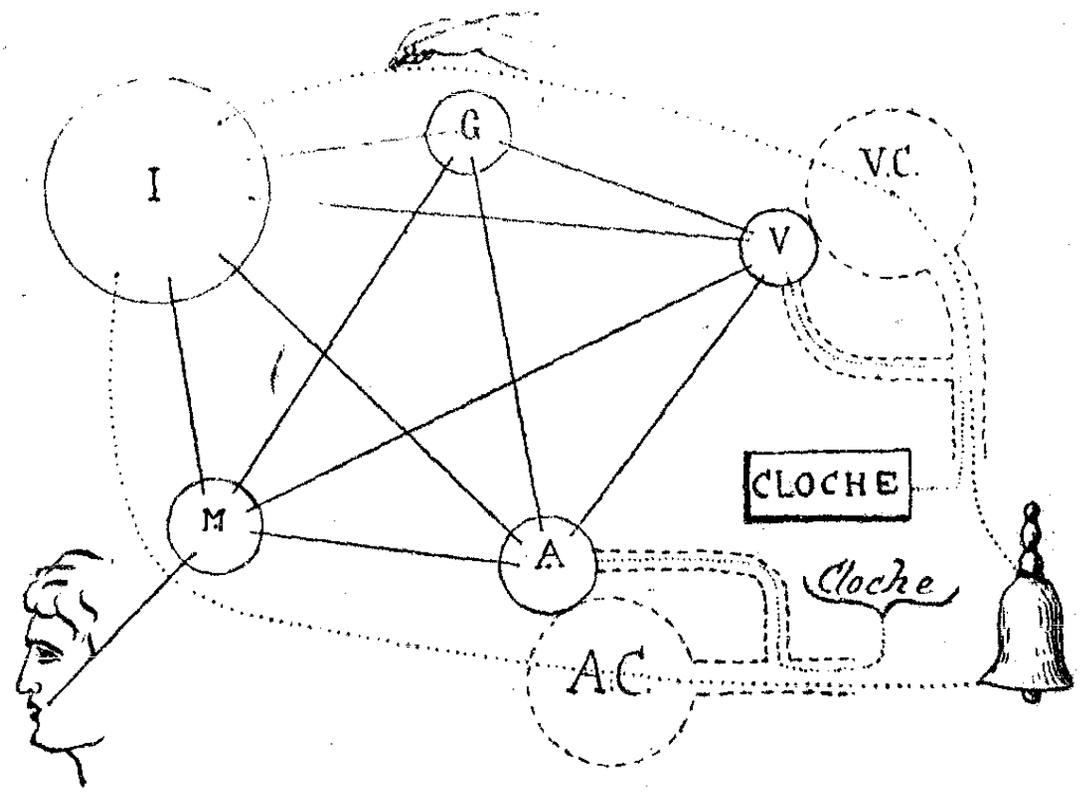


Fig. 1.

poudres dans la gorge, de l'endormir par le chloroforme » ; mais elle sent Mgr Ismaël, qui la protège, la tirer par l'oreille pour la réveiller du sommeil chloroformique.

2° *Hallucinations communes associées à des hallucinations verbales.*

Pour bien comprendre ce nouveau groupe d'associations hallucinatoires, rappelez-vous, Messieurs, les rapports qui, à l'état normal, unissent entre eux l'*idée* et le *mot*.

Le schéma que voici va nous faciliter la démonstration.

C'est celui de M. Charcot, dans lequel les centres corticaux ont été mis en rapport avec leur situation respective (fig. 1).

Il est un fait psychologique généralement admis aujourd'hui : c'est que le mot n'est qu'un auxiliaire de l'idée; autrement dit, l'idée peut exister sans le mot qui la représente et se forme d'habitude avant lui et sans lui.

Rappelons-nous d'abord comment se forme l'idée. Prenons encore par exemple l'idée d'une cloche.

Une cloche résonne à notre oreille. Les vibrations transmises par le nerf sensoriel jusqu'à l'écorce cérébrale dans la partie qui est destinée à percevoir les sons et les bruits, c'est-à-dire le centre auditif commun, s'emmagasinent dans des cellules de ce centre qui sont dès lors fonctionnellement différenciées. Mais cette image auditive toute seule ne peut donner que la sensation ou le souvenir d'un son avec ses caractères généraux; elle peut aussi, comme nous l'avons déjà vu, donner lieu à une hallucination élémentaire.

Pour compléter l'idée de la cloche, il faut qu'à cette première image auditive s'associent d'autres images sensorielles : image visuelle donnant la forme, la couleur de l'objet, image tactile révélant ses contours, etc.; et grâce à ces associations, lorsque l'une des images revêt la forme hallucinatoire, le malade la rattache à l'idée d'une cloche.

L'idée d'un objet résulte donc de l'association de différentes images produites par des impressions sensorielles diverses, localisées dans les centres perceptifs communs.

Mais, en tout cas, cette idée peut se constituer indépendamment du langage. Nous en avons la meilleure preuve chez l'enfant.

Souvent celui-ci, bien que ne parlant pas encore, manifeste par des gestes, par des cris, le désir qu'il a d'un objet bien déterminé dans son esprit. En vain lui en présente-t-on

d'autres, il se détourne, crie plus fort, s'agite, pleure jusqu'à ce que l'on arrive à comprendre ce qu'il veut. Au contraire, en lui donnant l'objet convoité, on voit à sa satisfaction qu'il a obtenu ce qu'il désirait. Cet enfant avait donc bien l'idée d'un objet déterminé, avant de savoir parler.

Cet exemple suffira, je pense, pour vous montrer que l'idée est indépendante du mot.

Plus tard, lorsque ce même enfant commence à parler, c'est par le langage parlé qu'il traduit ses idées; une nouvelle fonction s'est développée, la fonction du langage. Les idées ont désormais une étiquette, et cette étiquette, *c'est le mot*.

Le mot, lui aussi, est constitué par différentes images, qui s'associent d'une part entre elles et d'autre part à celles de l'objet.

Vous montrez, je suppose, une cloche à l'enfant et vous la faites résonner à son oreille en prononçant le mot « cloche ». Ce mot, répété un nombre de fois suffisant, se fixera dans les cellules d'un centre, A — celui de la mémoire auditive du mot — et constituera *l'image auditive du mot*, après s'être associée en I à l'image concrète de l'objet qu'elle pourra réveiller, ou réciproquement.

Bientôt; l'enfant, ayant entendu le mot, essaye de le prononcer à son tour; la première image auditive se répercute sur un second centre M — celui de la mémoire motrice d'articulation — donnant ainsi naissance à une seconde image — celle de la mémoire *motrice d'articulation* reliée désormais à l'image verbale auditive et à celles de l'objet.

Plus tard, lorsque l'enfant apprend à lire, une troisième image se forme — l'*image visuelle du mot* — dans le

centre V de la mémoire visuelle des mots, en rapport avec les précédentes et le centre d'association des idées I.

Enfin, lorsque ce même enfant, apprenant à écrire, copie un modèle placé sous ses yeux, l'impression visuelle du mot se répercute sur le centre G, qui préside aux mouvements coordonnés de l'écriture; l'*image graphique* qui en résulte, par suite des connexions s'établissant entre les centres des autres images du mot et le centre I d'association des idées, pourra désormais être réveillée, non seulement par l'image visuelle, mais par les autres images du mot et par celle de l'objet (1).

Bien que très rapide, cette analyse me semble suffisante pour vous montrer :

Que l'idée se forme avant et sans le mot; elle en est indépendante et le mot n'est que son auxiliaire;

Que le mot, comme l'idée, n'est qu'un complexus d'images mentales;

Que les différentes images du mot sont associées ensemble et à celles de l'idée, et que, par suite, elles peuvent toutes se réveiller l'une l'autre.

Ces différentes considérations nous expliquent d'abord comment se produisent les hallucinations élémentaires et les hallucinations sensorielles communes, éveillant l'idée

(1) Il est intéressant de remarquer que, dans certains cas, on retrouve dans le développement des hallucinations une marche parallèle à celle de la formation des idées et du mot. L'enfant entend d'abord le son d'une cloche, le différencie à l'aide d'autres images sensorielles lui donnant l'idée de cet objet, dont on prononce ensuite à son oreille le nom qu'il ne peut exprimer que plus tard. Le persécuté chronique de son côté entend d'abord des sons indistincts (hallucinations élémentaires), puis différenciés (hallucinations auditives communes), puis des voix extérieures (hallucinations verbales auditives), et n'arrive que plus tard aux voix intérieures (hallucinations verbales motrices).

d'un objet, par le mécanisme que je vous exposais dans la dernière séance; vous voyez aussi pourquoi les hallucinations verbales peuvent être de différentes espèces, suivant que tel ou tel centre du langage est intéressé.

Vous comprenez comment certains aliénés ont des hallucinations communes sans avoir d'hallucinations verbales, l'idée étant indépendante du mot. Enfin, vous rappelant les associations qui existent entre l'idée et le mot, vous ne serez pas surpris de rencontrer des hallucinations communes associées à des hallucinations verbales. Les mêmes raisonnements nous expliqueront plus tard les combinaisons hallucinatoires, puisque l'idée, comme le mot, n'est qu'un complexus d'images mentales.

Eh bien, Messieurs, on peut dire d'une façon générale que tous les modes d'association de ces diverses hallucinations, communes et verbales, sont possibles et même ont été observés en clinique.

On peut les diviser en deux catégories, suivant qu'elles intéressent le même sens ou des sens différents.

Voici, par exemple, un fait d'hallucinations communes et verbales associées, intéressant la vue : « Je *vois*, au même mur de la tête de mon lit, *plusieurs figures* moitié les unes sur les autres et je *voyais sortir les paroles* de leurs bouches. »

Une autre malade a une voix intérieure (hallucination verbale motrice) qui lui dit : « Va là, fais cela; » et alors elle se sent poussée à obéir, comme si elle était électrisée; elle se sent attirée comme si « elle se sauvait de dessus sa chaise » (hallucination motrice commune).

Voici d'autres cas dans lesquels les hallucinations communes et verbales ont une localisation différente.

Une malade possédée entend une voix intérieure (hallucination verbale motrice) qui lui parle, et alors « je suis, dit-elle, comme avec un petit mari » (hallucination génitale). D'autres fois, ce personnage lui annonce, toujours intérieurement, qu'il lui fera voir la Vierge, et « elle voit, dit-elle, réellement la Vierge, les anges, les splendeurs du ciel... »

Sans m'attarder à citer de nombreux exemples analogues, je me contenterai du suivant, où les associations hallucinatoires sont très nombreuses.

« Pendant vingt minutes, raconte une malade, *j'entends* mes meubles craquer (hallucination auditive élémentaire). Un peu après, je *vois* dans une grande clarté Satan avec ses cornes (hallucination visuelle commune) agissant et disant comme une vraie voix (hallucination verbale auditive) : « Je retournerai ton corps de telle manière que tu feras ce que tu ne veux pas faire. » Je ne puis vous dire ouvertement ce que j'ai ressenti alors et que vous comprenez bien sans doute (hallucination génitale), puis j'ai senti comme une grosseur à l'entrée de la matrice et de grandes secousses dans le ventre (troubles de la sensibilité générale). »

3° *Associations entre hallucinations verbales.*

Les hallucinations verbales peuvent être toutes de même nature, auditives par exemple.

C'est le cas des malades qui, au lieu de mots ou de phrases isolés, entendent leurs voix tenir une véritable conversation.

Tantôt cette conversation se fait dans le même sens, ou bien les voix sont dialoguées et s'opposent pour ainsi dire l'une à l'autre. C'est ce que Morel avait appelé la *double voix*. Dans un mémoire sur l'antagonisme des idées déli-

rantes, j'ai rapporté, avec M. Bezançon, de nombreux exemples de cette catégorie (1). Le plus souvent, le malade perçoit par les deux oreilles toutes les hallucinations, fussent-elles antagonistes.

Une persécutée entend « des femmes de persécution, méchantes et ignorantes, qui l'appellent salope, coquine, putain » ; mais d'autres qui la consolent, lui disent « de ne pas les écouter, de ne pas faire attention ».

Il est d'autres cas, plus rares, où les hallucinations antagonistes se cantonnent dans une oreille, chacune de leur côté.

Une malade entend les voix de deux esprits qui lui parlent : le bon esprit lui parle du côté droit, lui donne de bons conseils, l'exhorte au bien, etc. — sa voix ressemble, comme timbre, à celle de son fils. Le mauvais esprit lui dit du côté gauche tout le contraire de l'autre, l'engage à mal faire, à détester ses enfants, etc. — sa voix ressemble à celle de sa fille.

D'autres fois, la conversation que perçoit le malade se fait à l'aide d'hallucinations motrices.

Une aliénée ressent des voix intérieures, l'une qui rappelle des faits passés, une autre qui la gronde. Une voix intérieure lui ordonne de me dire : « Vous avez aimé une femme qui est le diable; » et une autre lui dit qu'elle a mal fait de parler ainsi.

Les hallucinations verbales psycho-motrices sont souvent aussi antagonistes, l'une soutenant le pour, l'autre le contre; cette même malade dit « avoir toujours en elle deux idées qui se contredisent ». C'est, en quelque sorte, la lutte du bien et du mal. Une véritable conversation intérieure

(1) J. Séglas et P. Bezançon, *Annales médico-psychologiques*, 1889.

s'établit alors, participant de tous les caractères des hallucinations verbales motrices, et souvent le malade n'a nullement conscience qu'il intervienne en quoi que ce soit dans cette conversation à laquelle il ne fait qu'assister, et que lui semblent tenir entre eux deux individus ayant pris possession de lui-même.

Le dialogue ou l'antagonisme n'existe pas seulement entre hallucinations verbales de même nature; il peut s'établir entre hallucinations verbales, motrices et auditives.

J'ai déjà publié le cas d'une persécutée chez laquelle « l'attaque » se produisait par l'intermédiaire des hallucinations verbales auditives, les motrices représentant la « défense ».

Une aliénée du même genre entend par les oreilles des voix fortes, nettement articulées, qui lui disent des sottises et des injures. Ces injures sont suivies, après un court intervalle, d'un mot de consolation, d'un compliment, qu'elle n'entend plus par les oreilles, mais par inspiration, « comme si elle se parlait à elle-même ».

Mme L... est poursuivie par les injecteurs qui lui disent à l'oreille toutes sortes d'injures. Mais une petite voix intérieure, qui part de l'estomac, la met en garde en lui disant par exemple : « On cherche à t'empoisonner, ma mère. » Cette petite voix lui fait remuer la langue et ouvrir les lèvres; elle la comprend aux mouvements de sa langue.

Mme S..., persécutée, entend par l'oreille des voix auxquelles elle est irrésistiblement poussée à répondre, au moins par la pensée, et elle sent alors les mouvements de la langue comme si elle allait parler réellement. Elle converse ainsi avec ces voix extérieures, et tantôt la réponse est bien pour elle l'expression de sa pensée qu'elle ne peut retenir, tantôt, au contraire, elle correspond à des mots

étrangers au courant de ses idées, imposés par ses ennemis et qu'elle ne fait que répéter par suite d'une électrisation spéciale de sa langue par ses persécuteurs.

Il s'agit donc dans tous ces cas d'hallucinations verbales diverses, non seulement coexistantes, mais reliées entre elles par des associations directes, et présentant ce caractère capital que chacune d'elles a trait à des mots ou phrases *différentes*, de même que les hallucinations communes associées avaient trait chacune à des idées différentes.

C. — Il n'en est plus de même dans les cas que nous allons étudier maintenant. Il ne s'agit plus d'associations entre hallucinations ayant trait à des choses ou à des phrases différentes ; ce sont de véritables *combinaisons* hallucinatoires relatives à un *même* objet ou aux *mêmes* paroles.

Aussi n'y a-t-il combinaison proprement dite que si les hallucinations sont de même nature, soit communes, soit verbales ; par suite, les hallucinations élémentaires ne peuvent entrer dans le cadre.

Je ne fais que vous citer des cas de combinaison entre hallucinations communes.

Une malade se plaint un jour, en entrant chez elle, de sentir une odeur d'encens et de voir en même temps de la fumée.

Des faits du même genre ne sont pas rares chez les persécutés à idées d'empoisonnement, qui trouvent à leurs aliments un goût et aussi une odeur particuliers.

Il s'agit là d'hallucinations combinées en ce sens qu'elles n'ont trait qu'à un *seul* objet, dont elles intéressent en même temps *plusieurs* images constitutives différentes.

Elles se distinguent ainsi des hallucinations communes

isolées, qui ne font que réveiller l'idée d'un objet en intéressant seulement *une* quelconque de ses images ; elles diffèrent aussi des hallucinations communes associées intéressant bien plusieurs images, mais relatives chacune à des objets différents.

C'est surtout dans le domaine des hallucinations verbales que se rencontrent ces combinaisons hallucinatoires.

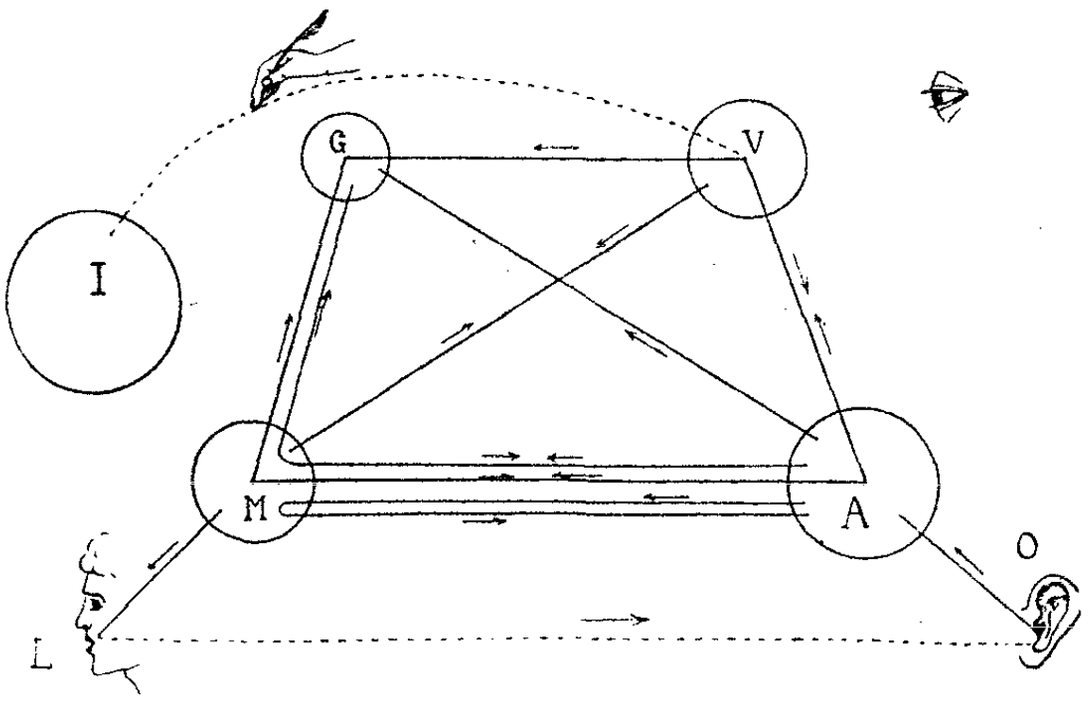


Fig. 2.

Les hallucinations verbales combinées sont celles dans lesquelles le malade perçoit *un même mot* ou *une même phrase* en même temps à l'aide de *plusieurs* images verbales, revêtant la forme hallucinatoire ; c'est ainsi qu'elles se distinguent des cas que nous avons examinés tout à l'heure.

La question des hallucinations combinées dans le domaine de la fonction langage étant assez compliquée, il m'a paru utile, pour nous en faciliter l'étude, de dresser le schéma ci-joint (fig. 2).

Inutile de vous dire que, comme tous ses pareils, ce n'est point un document, une preuve physiologique, mais simplement un procédé de démonstration, un moyen de nous orienter et de fixer nos idées.

Les quatre centres A V M G représentent les centres du langage auditif, visuel, moteur d'articulation et de représentation des mouvements graphiques. Nous laisserons de côté ce dernier pour le moment.

Lorsque le processus d'excitation centrale qui donne naissance à l'hallucination reste localisé à l'un quelconque de ces centres, on a affaire aux différentes hallucinations verbales que nous avons précédemment étudiées, auditives, visuelles ou motrices, se présentant à l'état d'hallucinations *pures* ou *simples*.

De cette façon, on peut classer les hallucinés du langage, tout comme les individus normaux, suivant trois types, auditif, visuel, moteur.

Mais, d'un autre côté, on peut reproduire ici les distinctions établies à propos des aphasies, suivant que les centres du langage sont atteints isolément ou simultanément. Si la prédominance de telle ou telle image localisée dans les différents centres peut être réelle chez certains individus et à un certain âge, ces centres n'en ont pas moins des relations étroites entre eux ; ils s'influencent réciproquement les uns les autres, à des degrés variables, suivant les personnes. Cette subordination respective des centres du langage est bien mise aujourd'hui en relief par la pathologie des aphasies.

Or, de même qu'une lésion localisée à un centre verbal peut entraîner des troubles dans le rappel d'images verbales localisées dans un centre différent; de même, par suite des connexions unissant tous ces centres, le processus d'excita-

tion hallucinatoire qui atteint l'un d'eux peut en actionner un ou plusieurs autres, donnant ainsi naissance à des hallucinations verbales combinées.

Les plus fréquentes sont celles qui résultent de la mise en jeu des deux centres auditif et moteur d'articulation.

On ne saurait s'en étonner si l'on réfléchit que l'image auditive verbale est celle qui se développe la première, et que la plupart des individus sont naturellement des auditifs. D'autre part, le centre auditif est intimement relié au centre du langage articulé ; on le comprend aisément, puisqu'en apprenant à parler nous ne faisons que répéter ce que nous entendons. La pathologie met d'ailleurs bien en relief les relations réciproques des deux ordres d'images qui y sont emmagasinées.

En ce qui concerne les hallucinations verbales auditives et motrices combinées, il y a lieu de distinguer plusieurs variétés.

Dans un premier travail sur les hallucinations verbales (*Progrès medical*, 1888), j'ai déjà fait remarquer que certains aliénés ayant des hallucinations motrices entendent cependant réellement; cette considération m'avait conduit à diviser ces hallucinations en hallucinations verbales motrices pures, et en hallucinations motrices comprenant en même temps un élément sensoriel, étant ainsi à la fois et dans des proportions diverses, auditives verbales et motrices.

J'ai déjà insisté à différentes reprises sur cette distinction et rapporté un assez grand nombre d'exemples à l'appui (1). Ce point particulier a été repris depuis d'une façon plus spéciale en Italie par Pieraccini.

(1) J. Séglas et P. Bezançon, *Annales médico-psychologiques*, janvier 1889. — J. Séglas, *Note sur le dédoublement de la personna-*

J'ai cité bien souvent une observation de M. Charcot, dans laquelle un malade qui avait des voix intérieures et extérieures sentait sa langue se mouvoir malgré lui au moment où parlait la voix intérieure. Or, le malade, en même temps que sa langue remuait, *entendait* sa voix intérieure, et celle-ci avait moins de timbre que l'extérieure.

Une de mes malades, hallucinée de l'ouïe d'une part, avait de l'autre des voix intérieures s'accompagnant de mouvements de la langue. En même temps, elle les entendait et distinguait parfaitement les deux sortes de sensations auditives.

Chez une autre, la voix épigastrique résonne aussi à l'oreille ; un jour qu'elle allait communier, la voix épigastrique a dit « grosse saleté », et en même temps elle l'a entendue.

Un autre disait que « sa voix labiale retentissait à l'oreille comme une voix chuchotée ».

Chez une autre, les voix intérieures se répercutent parfois jusque dans l'oreille, et alors c'est, dit-elle, comme une voix « pincharde », mais elles sont toujours en elle.

M. Régis m'a communiqué aussi l'observation d'un malade ayant des hallucinations verbales motrices avec mouvements d'articulation très nets, répétant sa pensée. Mais en même temps, il entend cette pensée s'échapper par son oreille gauche (otite moyenne de ce côté) et se répandre par là au dehors, d'où sa conviction qu'elle est entendue par les autres (1).

lité, etc. (*Archives de neurologie*, n° 64). — J. Séglas et P. Londe, *Hallucinations dans la mélancolie* (*Archives de neurologie*, n°s 68, 69). — J. Séglas, *les Troubles du langage chez les aliénés*, p. 153, et *passim*.

(1) Régis, *Journal de médecine de Bordeaux*, 1894.

Le même auteur avait déjà rapporté une observation où l'on relève un fait analogue (1).

Dans tous les faits que je viens de vous citer, et qui sont les plus fréquents, l'excitation initiale porte d'abord sur le centre M, pour atteindre le centre A suivant le trajet M A. On a ainsi une hallucination verbale combinée motrice-auditive.

D'autres fois l'hallucination procède de A à M, devenant ainsi auditivo-motrice.

Je vous citerai par exemple le cas d'une malade de M. Breitman (2) que des voix tourmentent en la forçant d'employer des mots grossiers. Les voix, d'hommes ou de femmes, lui dictent les paroles qu'elle ne peut se retenir de répéter.

Les faits de ce dernier genre constituent comme une sorte *d'écholalie hallucinatoire*.

Mais il est des cas plus compliqués. Le même auteur a rapporté l'histoire d'une aliénée qui profère des mots obscènes, parce que des voix venues à travers les murs le lui ordonnent et les lui soufflent à l'oreille. Elle sent alors sa langue se mouvoir dans sa bouche malgré sa volonté. Des personnes méchantes la lui tirent par des fils invisibles et les mots partent malgré elle. De plus, non seulement on la force à dire les mots à haute voix mais encore dès qu'elle les a prononcés, elle les entend répéter.

L'excitation du centre auditif du mot qui a donné lieu à l'hallucination de l'ouïe retentit dans ce cas sur le centre moteur d'une façon assez énergique pour provoquer l'impulsion verbale, laquelle, par une sorte de choc en retour,

(1) Régis, *Encéphale*, 1881.
(2) Breitman, *Thèse de Paris*, 1889.

réveille l'image auditive du même mot. L'hallucination est revenue à son point de départ, suivant le trajet A M A, et résulte en réalité de la combinaison de trois images verbales.

Les cas d'hallucinations combinées des types M A et AMA doivent être bien distingués des suivants qu'on peut désigner du nom de *parole involontaire et inconsciente*.

Lorsqu'une pensée se formule à l'aide des images motrices d'articulation, les mouvements spéciaux qui en résultent peuvent être volontaires et conscients : c'est l'état normal ; ils peuvent être aussi involontaires et conscients, comme cela se produit dans la plupart des cas d'hallucinations motrices ou d'impulsions verbales. Enfin, les mouvements déjà involontaires peuvent devenir inconscients. Cela n'a rien de surprenant, lorsqu'il s'agit de mouvements peu accentués, comme ceux de certains hallucinés moteurs. Mais, fait plus curieux, cette inconscience peut persister quand les mouvements sont assez intenses pour que la parole soit réellement articulée... Que la voix soit basse ou haute, elle a toujours assez de timbre pour frapper l'oreille de l'observateur et du sujet lui-même. Celui-ci a une sensation auditive bien réelle, tout à fait différente des perceptions sensorielles des hallucinés ; alors il méconnaît sa propre voix, il attribue à d'autres personnes les paroles qu'il a prononcées lui-même, et qui ont frappé son oreille. C'est ce que nous pouvons figurer par le trajet M L O A.

Baillarger a cité un fait de ce genre et j'en ai rapporté moi-même un semblable (*Troubles du langage chez les aliénés*, p. 152) observé chez une jeune fille internée à la Salpêtrière. Elle tient ainsi une conversation avec elle-même, répondant à des personnages imaginaires qu'elle est persuadée avoir entendus alors qu'elle seule a parlé à

haute voix, sans en avoir conscience. On a beau lui assurer qu'on a entendu sa voix, qu'on a vu ses lèvres remuer, elle se défend énergiquement d'avoir parlé autrement que pour répondre à ce qu'elle a entendu.

Ce phénomène est absolument semblable à celui, plus commun et mieux connu, de l'écriture involontaire et inconsciente. Les considérations précédentes suffiront à le distinguer des hallucinations verbales motrices et auditives combinées.

Les combinaisons hallucinatoires ne se limitent pas seulement au domaine des centres auditif, verbal et moteur d'articulation ; elles peuvent intéresser aussi le centre visuel des mots.

Nous avons étudié précédemment les hallucinations verbales visuelles simples ; mais il en est de mixtes. J'en ai vu un exemple chez un malade atteint d'hallucinations verbales visuelles sous ces deux formes et qui les distinguait très bien. Tantôt l'hallucination verbale visuelle se présentait à l'état simple — c'était le cas le plus fréquent — d'autres fois il disait qu'en même temps une voix muette, c'est-à-dire une hallucination motrice, lui faisait épeler ce qu'il voyait écrit devant lui. Son hallucination visuelle se répercutait sur le centre d'articulation, suivant le trajet V M.

Une mélancolique, que j'ai longtemps observée, entendait des voix lui dire par l'oreille : « Maudite, » et elle voyait alors ce mot écrit sur la porte ou le mur ; le processus hallucinatoire suivait ici le trajet A V.

Il est des cas, d'ailleurs, dans lesquels l'hallucination verbale visuelle ne pourrait s'expliquer, si elle restait à l'état simple ; c'est quand le malade ne sait pas lire. Pieraccini

rapporte un fait relatif à une malade qui avait ainsi des hallucinations visuelles de caractères écrits, ayant la signification d'avertissements célestes qu'elle comprenait très bien ; cependant elle ne savait pas lire du tout, et ne connaissait que ses lettres (1).

Malgré les affirmations de la malade, disant que ce phénomène n'était accompagné d'aucune espèce de voix extérieure ou intérieure, l'auteur pense ne pouvoir l'expliquer qu'en admettant l'intervention simultanée d'autres images verbales, probablement les auditives (V A). Si l'on veut admettre avec Wernicke, Lichtheim, etc., que les diverses fonctions du langage sont absolument subordonnées à celles du centre auditif verbal, cette explication est possible. Mais, en tout cas, elle n'est pas démontrée péremptoirement. Il est à remarquer, en effet, que cette malade avait d'autre part des hallucinations motrices. Dès lors, ne pourrait-on pas, dans ses hallucinations, admettre plutôt, comme chez notre malade citée plus haut, l'intervention du centre moteur d'articulation (V M), qui a avec le centre visuel des rapports tout aussi étroits que le centre auditif (Ferrier). Ou bien, ce qui est plus probable, s'agissait-il d'une interprétation délirante banale (V I), comme chez les malades qui ne savent pas écrire et qui attribuent cependant un sens aux caractères informes qu'ils tracent.

Tels sont, dans les observations que j'ai pu réunir, les modes de combinaison qui se présentent pour l'hallucination verbale visuelle. Mais je ne prétends pas dire qu'ils soient les seuls possibles.

Ce sont là des points d'analyse psychique que des observations futures pourront peut-être mettre en lumière.

(1) Pieraccini, *Il Manicomio moderno*, 1893.

On peut admettre encore, en ce qui concerne la fonction langage, une dernière espèce d'hallucinations, les hallucinations *graphiques*.

Celles-ci ont été moins fréquemment observées que les autres. On en comprend aisément la raison. Beaucoup d'individus ne sachant pas écrire ne peuvent avoir d'hallucinations graphiques, comme ceux qui ne savent pas lire ne peuvent avoir d'hallucinations verbales visuelles. D'autre part, chez ceux qui savent écrire, les images graphiques ne sont guère employées dans le travail de la pensée. Vous savez aussi que certains auteurs contestent même l'existence d'un centre graphique autonome et indépendant. Mais cela importe peu à notre sujet ; quelque idée qu'on ait sur l'existence d'un centre graphique, il faut bien admettre qu'il y a quelque part, dans l'écorce, peu importe où, un endroit quelconque, soit spécialisé, soit dépendant du territoire moteur général, où s'emmagasinent les images graphiques acquises par l'éducation. Celui-ci peut devenir le siège d'un processus hallucinatoire, et le malade aura la perception exacte d'un mot à l'aide des représentations des mouvements adaptés à l'écriture qu'il accomplirait réellement s'il écrivait le mot.

Il est juste de dire cependant que jusqu'ici, au moins à ma connaissance (si on laisse de côté les faits relatifs à l'écriture automatique et inconsciente), les hallucinations graphiques n'ont guère été constatées à l'état simple. Dans un seul cas, que j'ai rapporté autre part, je n'ai pu saisir la combinaison d'autres images verbales hallucinatoires.

Dans tous les autres, les hallucinations graphiques se montrent à l'état de combinaisons, ce qui n'a rien de surprenant, les images graphiques s'acquérant les dernières et étant ainsi sous la dépendance des autres images verbales.

La combinaison se fait quelquefois avec une hallucination verbale auditive, suivant le trajet AG, comme dans le cas d'un malade de M. A. Marie, qui écrivait malgré lui sous la dictée de ses persécuteurs.

Ce fait s'explique très bien si l'on réfléchit aux rapports qui unissent les images verbales, auditives et graphiques, et qui sont nettement mis en relief dans d'autres circonstances par les faits d'agraphie consécutive à la surdité verbale.

Mais, d'après les observations, l'hallucination graphique semble être plus fréquemment combinée à une hallucination verbale motrice qu'à une auditive. On comprend qu'il en soit ainsi, car il s'agit de phénomènes psychologiques de même nature; à l'état normal, par le fait même de l'éducation, il existe entre les deux images motrices des associations préétablies. Regardez écrire un enfant ou un individu peu exercé; vous les verrez en même temps remuer les lèvres, la langue, souvent même vous les entendrez épeler. Ils font donc appel à l'image d'articulation pour provoquer ou renforcer l'image graphique plus récente, moins stable que la première, créant ainsi entre ces deux images des associations capables de se réveiller l'une l'autre. D'ailleurs, la pathologie de l'aphasie nous montre les rapports étroits qui existent entre les troubles de l'articulation et de l'écriture.

Comme exemple de cette combinaison entre hallucinations verbales motrices et graphiques suivant la voie MG, je vous rappellerai l'observation d'une de mes malades : « elle sent qu'on lui prend la main, elle ressent dedans comme un fluide froid et elle écrit malgré elle. » Quand elle écrit à ses parents, « l'esprit la prend et elle écrit autre chose ». — « En écrivant, l'esprit lui donne la pensée

par l'estomac. La voix épigastrique n'est pas une voix, mais une pensée. C'est comme si elle parlait à elle-même.

M. Régis a rapporté un cas semblable relatif à un malade qui écrit inconsciemment et ne prend connaissance de ses écrits qu'en les relisant. Ces impulsions graphiques ont les liens les plus étroits avec des hallucinations verbales motrices. Non seulement, en effet, elles ne se produisent qu'à titre de continuation — et pour ainsi dire de conséquence — des voix intérieures ; mais encore, lorsque le sujet se livre à l'acte de l'écriture automatique, on le voit exécuter en même temps avec sa langue et ses lèvres d'imperceptibles mouvements d'articulation.

Rappelez-vous certains médiums écrivains : en même temps qu'ils sentent l'impulsion donnée à leur main, ils entendent la pensée suggérée par l'esprit et ils ne l'entendent pas par l'oreille comme les médiums auditifs, ils l'entendent intérieurement. Ce sont les *médiums écrivains intuitifs* ou *semi-mécaniques ;* ils ont, en un mot, une hallucination motrice d'articulation qui semble précéder l'impulsion graphique.

Il est des cas où la combinaison est encore plus complexe et intéresse en même temps les trois centres M, A, G. Ce sont ceux dans lesquels l'hallucination motrice qui se combine avec la graphique, comprend elle-même un élément auditif comme dans les cas M A que nous avons vus tout à l'heure.

Pieraccini cite le cas d'un malade qui avait des impulsions graphiques précédées par les voix intérieures habituelles, renfermant un élément auditif à côté de l'élément moteur prédominant et dictant en quelque sorte les paroles.

Cette combinaison hallucinatoire est à rapprocher d'un phénomène normal bien connu ; certains individus remuent

les lèvres pour répéter, en l'écrivant, le mot qu'on vient de leur dicter.

Enfin, bien que nous ne connaissions pas de cas d'hallucinations graphiques et verbales visuelles associées, nous ne devons pas considérer *a priori* la chose comme impossible. L'individu copierait alors, en quelque sorte, le mot que lui fournirait l'hallucination de la vue (VG). Il est un fait qui pourrait venir à l'appui de cette hypothèse : c'est que, chez beaucoup d'hystériques anesthésiques, l'écriture automatique inconsciente est guidée en quelque sorte par un état de conscience visuel. Les sujets interrogés avec précision affirment presque tous qu'ils se voient écrivant; en d'autres termes, ils se représentent dans leur esprit l'image de leur main qui écrit, ou l'image de la lettre qu'ils écrivent. C'est ce modèle que copie le mouvement graphique inconscient (Binet et Féré).

On sait, d'ailleurs, que l'agraphie peut résulter simplement d'une destruction du centre de la mémoire visuelle des signes graphiques, amenant la cécité verbale.

Messieurs, si vous rapprochez ces faits de ceux dont je vous ai entretenus dans notre dernière séance, vous voyez qu'en résumé la clinique mentale nous apprend à reconnaître des hallucinations verbales pures (auditives, visuelles ou motrices) et des hallucinations mixtes ou combinées.

D'où il semble résulter que les éléments constitutifs de la fonction du langage peuvent affecter une certaine indépendance les uns à l'égard des autres ; mais cette indépendance n'est que relative, ils ont entre eux des relations plus ou moins étroites et peuvent même souvent affecter des rapports de subordination les uns vis-à-vis des autres.

Aussi, la différence psychologique exacte, entre les indi-

vidus des types sensoriels (auditif, visuel) et ceux du type moteur, réside-t-elle surtout dans la part *prédominante*, mais non exclusive, qui revient à l'un ou l'autre élément, soit dans le langage intérieur, soit dans l'hallucination verbale.

Toutefois, les combinaisons des images de nature différente pouvant être très variables dans leur succession ou dans leur intensité, et ces variétés entraînant, par suite, des conséquences différentes, il y a intérêt en clinique, pour mieux déterminer la formule intellectuelle des sujets en observation, à conserver les distinctions et à répartir les faits suivant les catégories que je viens de vous établir.

En terminant, j'attirerai votre attention sur un point particulier que l'étude des faits précédents nous aidera à mieux comprendre dans les cas divers : c'est la localisation attribuée par les malades aux hallucinations verbales motrices. Vous savez déjà qu'elles ont trait à des voix intérieures et que le malade ne les localise pas au dehors, mais bien en lui-même, ordinairement dans l'épigastre, la gorge, la bouche, quelquefois la tête, ou même une partie quelconque du corps.

L'explication de ce fait n'est assurément pas facile. Cependant, rappelez-vous le phénomène physiologique désigné sous le nom d'*excentricité des sensations*. Vous savez que les sensations perçues sont toujours rapportées à la périphérie. La douleur produite par une compression du nerf cubital dans la gouttière épitrochléo-olécranienne est localisée à la partie interne de la main, à l'extrémité cutanée des nerfs. Les malades frappés d'apoplexie cérébrale se plaignent de douleurs périphériques dont la cause est absolument centrale. Les hallucinations sensorielles dont

la cause réside dans l'encéphale donnent lieu à des sensations qui sont rapportées à la périphérie. En somme, quel que soit le point où un nerf est lésé, la sensation est toujours excentrique, et même quand le centre nerveux est atteint, c'est à l'extrémité du nerf en rapport avec le centre que nous localisons la sensation.

Il est très vraisemblable d'admettre qu'un fait analogue se passe dans les hallucinations verbales motrices. Chez les individus normaux du type moteur, lorsque les paroles sont articulées mentalement, c'est le plus généralement dans la bouche qu'elles semblent être prononcées, et souvent même ces individus ont alors la conscience d'une sorte d'effort involontaire comme celui qui se produit lorsqu'on parle à haute voix. Si le phénomène est plus accentué, si cet effort est plus grand (comme dans le chant mental, par exemple), ce n'est plus de la bouche mais de la poitrine, du ventre même que les paroles semblent sortir, donnant la même sensation qu'on percevrait dans la voix dite de poitrine.

Or, les hallucinations verbales motrices ne sont qu'une variété de parole mentale. Il n'est pas illogique de supposer que les malades soient amenés, en vertu du phénomène d'excentricité des sensations dont nous parlions tout à l'heure, à localiser le siège de la voix, soit à la partie périphérique d'où elle semblerait sortir s'ils articulaient réellement, soit dans les régions d'où partent les sensations kinesthétiques diverses qui se produisent dans le langage articulé.

Pour la langue ou les lèvres, la localisation s'explique ainsi d'elle-même ; mais souvent aussi le malade assigne, comme point de départ de la voix, la gorge, l'épigastre, la poitrine, etc.

Dans un certain nombre de cas, cette localisation, bien que singulière en apparence, reste toujours passible de la même interprétation ; elle se trouve toujours en rapport avec une sensation reportée excentriquement à la périphérie de l'appareil vocal. La différence tient à ce que les sensations qui se rattachent aux mouvements des lèvres ou de la langue ne sont pas, dans l'articulation des mots, les seules exclusives ; il faut tenir compte des sensations analogues émanant du larynx, des muscles respiratoires, etc., qui préparent l'articulation proprement dite, et dont l'intervention est nécessaire et indispensable dans l'acte d'ensemble de la parole. Il n'est pas étonnant par suite que ces images motrices diverses, fonctionnellement associées à l'état normal aux images verbales motrices, puissent se réveiller avec elles sous l'influence d'un même processus hallucinatoire, amenant ainsi le sujet à localiser ses voix intérieures dans la gorge, la poitrine, l'épigastre...

Cette interprétation ne peut s'appliquer évidemment qu'aux cas dans lesquels la voix est rapportée à un point de la périphérie de l'appareil vocal envisagé dans son ensemble. Mais d'autres fois la voix est localisée dans une partie quelconque du corps (genou, doigt, etc.). L'explication la plus vraisemblable de cette localisation singulière se trouve justement dans une de ces associations hallucinatoires que nous venons d'étudier. En effet, si l'on examine attentivement les malades, on constate alors qu'au moment où ils perçoivent leur voix intérieure, ils ressentent également une sensation, soit réelle, soit hallucinatoire, dans une partie quelconque du corps; la concomitance de ces deux phénomènes fait qu'ils les localisent tous deux au même point.

Le Dr Angiolella (1) a rapporté à cet égard un fait très curieux : un malade avait des hallucinations verbales motrices fort nettes, qu'il localisait tantôt dans la bouche (excentricité des sensations), tantôt dans d'autres parties du corps ; et c'est alors qu'interviennent les associations hallucinatoires. Quelquefois les voix viennent de la rate et il sent en même temps une douleur au flanc gauche ; d'autres fois, elles partent de l'estomac et il sent alors comme des renvois de viandes ou d'œufs gâtés. Enfin, elles sortent des genoux, des mains, des pieds et il se plaint en même temps de sensations douloureuses produites en ces mêmes endroits par une machine magnétique.

Lorsque les voix intérieures sont localisées au dedans du crâne, on peut admettre également, avec l'hallucination verbale motrice, l'association d'une sensation douloureuse, réelle ou hallucinatoire, portant sur cette partie du corps. Mais il peut se faire aussi — et la clinique le prouve — qu'il s'agisse d'une de nos combinaisons de tout à l'heure, intéressant l'image verbale motrice qui produit l'hallucination motrice et l'image verbale auditive. Cette dernière n'est pas toujours assez intense pour s'extérioriser, mais elle est suffisamment éveillée pour que le malade croie entendre une voix intérieure, dans son crâne, et fixant surtout son attention sur ce phénomène plus naturel d'*audition mentale*, confonde avec lui et rapporte au même point son hallucination motrice.

(1) Angiolella, *Nuova Rivista, Anno I*, 1893.

TROISIÈME LEÇON

L'obsession[1].

Sommaire. — L'obsession. — Indications historiques et synonymie. — Classifications.

Théories : l'obsession stigmate psychique de dégénérescence mentale ou folie neurasthénique. — Opinions mixtes. — On peut admettre une forme *congénitale* ou *constitutionnelle*, une forme *accidentelle* ou *acquise*, et des *cas intermédiaires*.

Étiologie. — Mode et symptômes de début dans les formes constitutionnelle ou acquise.

Période d'état : l'obsession étant généralement rémittente, il y a lieu de considérer des symptômes paroxystiques et interparoxystiques.

Symptômes *paroxystiques* : aura médiat et immédiat. — Symptômes psychiques : idée obsédante pathologique; irrésistibilité de cette idée; état de la conscience; angoisse concomitante; satisfaction consécutive; hallucinations. — Symptômes physiques.

Symptômes *interparoxystiques*.

Différentes formes du paroxysme : crise unique, état de mal, ou accès obsédant. — Périodicité.

Diagnostic de l'obsession; de sa nature, constitutionnelle ou acquise; de la variété, simple ou impulsive, de l'idée obsédante.

Marche. — Pronostic. — Terminaisons.

Traitement, moral et physique, au cours et dans l'intervalle des paroxysmes.

Exemples cliniques : I. Forme constitutionnelle. — II. Forme acquise. — III. Cas intermédiaire.

Messieurs,

J'ai l'intention de vous présenter aujourd'hui des malades qui sont atteintes de ces troubles psychiques désignés sous le nom d'*obsessions* ou d'*impulsions conscientes*.

L'une de ces malades est particulièrement intéressante,

(1) Leçon du 28 janvier 1894, résumée par M. H. Meige, in *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 25 février 1894.

car ses impulsions ont un caractère spécial : elles sont *suicides* et *homicides*. Vous comprenez tout de suite l'importance qu'il y a à bien connaître ces phénomènes, tant au point de vue clinique qu'en raison de leur intérêt médico-légal.

Comme il en est peut-être parmi vous quelques-uns qui ne sont pas encore très familiers avec les interrogatoires des aliénés, je veux, avant de vous présenter les malades, vous donner quelques idées générales sur ce qu'on entend par *obsessions* en psychiatrie, en m'en tenant strictement au côté clinique de la question.

Les obsessions conscientes ont été signalées depuis longtemps par les aliénistes. Esquirol a rapporté des cas très nets de maladie du doute et, dans le traité de Marc, vous pouvez trouver la description de quelques cas, de monomanie homicide, par exemple. Mais toutes ces observations se trouvaient englobées alors dans le vaste cadre des monomanies.

Delasiauve les en a séparées le premier pour les ranger dans ce qu'il appela les *Pseudo-monomanies* (1). Parmi les auteurs qui ont écrit sur ce sujet vers la même époque, je vous citerai en particulier Trélat à propos de la *Folie lucide*, et Billod, dans ses *Lésions de la volonté*.

Je ne vous ferai pas l'historique de la question, cela nous entraînerait trop loin ; mais comme la synonymie est extrêmement riche, je crois utile de vous la rappeler en quelques mots, pour que vous puissiez donner leur juste valeur aux termes que vous rencontrerez dans les différents traités ou mémoires de psychiatrie.

(1) Delasiauve, *Journal de médecine mentale*.

La première division nette a été établie par Morel (1), qui comprend dans son *Délire émotif* les obsessions et impulsions conscientes, telles qu'on les conçoit encore aujourd'hui.

Lasègue (2) semble avoir voulu les décrire dans son *Vertige mental*, car beaucoup de ses observations se rapportent à des cas de folie du doute.

Vous retrouvez aussi les obsessions sous le nom d'*Impulsions intellectuelles* dans les travaux de Ball (3), et M. Magnan les décrit de son côté sous le nom de *Syndromes épisodiques* ou *stigmates psychiques des dégénérés* (4).

MM. Luys, Falret et la plupart des aliénistes français se servent du terme *Obsessions*.

Plus récemment, M. Régis a proposé celui de *Neurasthénie cérébrale* ou *psychique*.

Mais le mot d'*Obsessions* me paraît plus simple et plus général. C'est celui que nous conserverons.

A l'étranger, la synonymie n'est pas moins riche qu'en France. Aux obsessions correspondent les *Peurs morbides* (morbid fears) de Beard, la *Monomanie abortive* (Spitzka, les *Idées qui s'imposent* (Zwangsvorstellungen) de Krafft-Ebing et de Westphal, et les *Psychalgies* de Müller. Le terme de *Paranoia rudimentaire* proposé par Arndt a été adopté par Morselli, en Italie, à la place du terme employé par Buccola d'*Idee fisse* que Tamburini de son côté appelle *Idee incoercibili*.

Vous le voyez, les vocables sont nombreux pour désigner un même phénomène morbide. Je ne m'attarderai pas à en discuter la valeur, mais je tenais à vous les signaler.

(1) Morel, *Archives générales de médecine*, 1866.
(2) Lasègue, *Études médicales*.
(3) Ball, *Encéphale*, 1880.
(4) Magnan, *Leçons cliniques sur les maladies mentales*.

Je ne veux pas non plus, Messieurs, entreprendre de vous énumérer toutes les variétés d'obsessions. Leur nombre est déjà considérable, et tous les jours encore on décrit une nouvelle variété de *manie* ou de *phobie*.

Toute idée, quelle qu'elle soit, qu'elle se rapporte à des abstractions, des mots, des chiffres, des objets quelconques, peut, dans des circonstances particulières, sur un terrain préparé, se fixer dans l'esprit et revêtir la forme obsédante. Mais si les idées diffèrent par l'étiquette que leur donnent les malades, elles restent cependant identiques quant à leurs caractères généraux. Aussi ne faut-il pas les décrire à part. Cependant, il est utile de distinguer parmi elles certaines catégories générales, en raison des symptômes plus particuliers que celles-ci présentent.

C'est ainsi que les aliénistes se plaçant soit au point de vue psychologique comme Tamburini (1), soit au point de vue physiologique comme M. Luys (2), ou clinique comme M. Falret (3), sont arrivés à grouper les obsessions en trois grandes classes : les obsessions *intellectuelles*, *émotives* ou *impulsives*.

Morselli, se fondant sur l'analogie entre les obsessions impulsives et les obsessions émotives où il y a tendance à l'acte, n'admet que deux formes de *paranoia rudimentaire* : l'*idéative* et l'*impulsive*.

M. Régis (4) considérant que les obsessions ne représentent qu'une lésion de la volonté, propose de les distinguer en deux grands groupes suivant que la volonté est lésée dans

(1) Tamburini, *Riv. sp. di fren.*, 1883.
(2) Luys, *Encéphale*, 1883.
(3) Falret, *Congrès international*, 1889.
(4) Régis, *Manuel pratique de médecine mentale*, 2e édition.

sa force d'arrêt ou dans sa force d'action. Dans le premier cas, on aurait les *obsessions impulsives* se subdivisant en : *obsessions-indécisions* telles que la folie du doute simple, *obsessions-craintes*, par exemple l'agoraphobie, *obsessions-propensions* comme les obsessions de suicide ou d'homicide.

Dans le second cas, on aurait affaire aux *obsessions abouliques*, telles que l'impossibilité de se lever (ananastasie) ou de monter (ananabasie) ou cette forme particulière d'astasie-abasie que j'ai proposé de distinguer il y a quelques années sous le nom d'*astasie-abasie émotive*.

Sans m'occuper ici des théories psychologiques sur lesquelles il repose, le classement de M. Régis me paraît assez commode en clinique et vous pouvez l'adopter.

Je proposerais seulement d'y ajouter une catégorie pour les faits d'obsessions qui ont trait à des phénomènes de sensibilité générale ou spéciale. La *glossodynie* pourra vous fournir quelques exemples de celles qui ont trait à la sensibilité générale, de même que les *obsessions dentaires* de M. Galippe (1), les phénomènes douloureux décrits par M. Huchard (2) sous le nom d'*algies centrales* ou *psychiques* des neurasthéniques, les *topoalgies* signalées déjà par M. Blocq (3) chez ces mêmes malades.

D'autre part, comme exemples d'obsessions intéressant la sensibilité spéciale, je mentionnerai celles sur lesquelles j'ai attiré l'attention il y a déjà plusieurs années, et qui relèvent de *troubles hallucinatoires*, se présentant sous l'une quelconque des formes étudiées dans nos précédentes réunions.

(1) Galippe, *Archives de neurologie*, 1891.
(2) Huchard, *Société médicale des hôpitaux*, 1893.
(3) Blocq, *Gazette hebdomadaire*, 1891.

Ces divisions connues, voyons sous l'influence de quelles causes et dans quelles circonstances peuvent naître les obsessions. Les opinions sont divisées à cet égard.

Une première théorie rattache l'obsession à la dégénérescence mentale, et certains auteurs mêmes vont jusqu'à considérer ce phénomène comme un *stigmate psychique de la dégénérescence mentale*.

Ainsi formulée, cette opinion me paraît trop absolue. L'obsession simple peut se rencontrer, très atténuée il est vrai, chez les individus les plus normaux. Si dans d'autres cas, comme lorsqu'elle apparaît chez un individu dit dégénéré, elle s'accompagne d'un cortège de symptômes nouveaux et prend un caractère vraiment pathologique, c'est qu'elle trouve là un terrain psychique déjà altéré sur lequel elle se greffe, un fond particulier préexistant constitué par des anomalies mentales qui sont, elles, la physionomie normale, les vrais stigmates de l'état dégénératif, tandis que l'obsession n'en est qu'une exception, un simple symptôme, un accident.

D'autre part, la clinique nous enseigne que ce singulier stigmate de dégénérescence est, dans sa forme typique, d'autant plus rare que s'accentue l'état dégénératif qu'il devrait caractériser, et qu'il forme l'apanage des dégénérés dits supérieurs, tandis qu'il diminue de fréquence jusqu'à disparaître dans les formes les plus accentuées de la dégénérescence mentale.

Il est à remarquer aussi que les obsessions pathologiques ne sont pas fatales chez ces « dégénérés supérieurs ». Beaucoup d'entre eux n'en ont pas, tandis que d'autre part on peut les rencontrer chez des individus qui se présentent comme parfaitement indemnes de toute tare dégénérative antérieure.

Pour ces différentes raisons, il me semble excessif de considérer l'obsession comme un stigmate de dégénérescence. A ce point de vue, il serait préférable de s'en tenir à la formule donnée par Tamburini, qui admet que l'obsession constitue la forme la plus élémentaire du cadre de la dégénérescence mentale. Ainsi énoncée, cette opinion serait plus admissible.

Une autre théorie considère l'obsession comme faisant partie intégrante de l'état mental des neurasthéniques : c'est la *folie neurasthénique;* ici elle n'a plus rien à voir avec la dégénérescence mentale. C'est l'opinion de Beard, de Tullio (1), d'Apollonio (2) etc.

D'autres, moins affirmatifs, comme Krœpelin (3), tout en faisant rentrer l'obsession dans la folie neurasthénique, la regardent comme plus particulièrement en rapport avec la neurasthénie congénitale.

C'est un acheminement à une opinion mixte, comme celle de Krafft-Ebing (4), qui semble vouloir concilier les deux autres en décrivant l'obsession comme une forme de dégénérescence psychique à base neurasthénique.

Un autre auteur allemand, Koch (5), émet à ce sujet des idées assez particulières. Sous le nom de défectuosités psychopathiques (*Psychopathischen Minderwertigkeiten*), il décrit et classe avec un soin minutieux tous ces faits disparates et confus qui vont de l'état normal aux frontières de la folie et à la folie elle-même. Il essaye ainsi d'introduire un peu

(1) Tullio, *Giorn. di neuropat.*, t. VI, fasc. 3.
(2) Apollonio, *Le Paranoie rudimentarie*, etc., Mantoue, 1889.
(3) Krœpelin, *Compendium der Psych.*
(4) Krafft-Ebing, *Lehrbuch der Psych.*
(5) Koch, *Guide pour l'étude de la Psychiatrie.*

d'ordre et de précision dans le cadre si mal défini de la dégénérescence mentale, qui n'est plus pour lui qu'une variété de ses « défectuosités psychopathiques ». Les idées obsédantes prennent place parmi elles, dans un groupe intermédiaire à la simple prédisposition et à la dégénérescence mentale; et tout en admettant qu'elles puissent être acquises, il leur assigne, dans leur forme typique, une origine congénitale.

Il est enfin une autre interprétation se tenant dans un juste milieu et qui me paraît mériter tous les suffrages, en raison même de sa nature éclectique. C'est celle qui distingue deux formes d'obsession; l'une, la plus fréquente sans conteste, est la *forme dégénérative*, l'autre est la *forme accidentelle*, neurasthénique proprement dite, qui se développerait en dehors de tout état dégénératif. Entre les deux, il est d'ailleurs possible de rencontrer tous les intermédiaires. C'est la thèse que Morselli (1) surtout a soutenue en Italie, où elle a été adoptée par d'autres auteurs, Andriani (2), Ventra (3), etc. En France, MM. Régis, Féré (4), se rattachent à cette manière de voir plus conforme, à ce qu'il me semble, aux données de l'observation.

Aussi admettrons-nous une première forme d'obsessions, la forme dégénérative, que j'appellerai plus volontiers — afin de laisser en dehors cette question si confuse de la dégénérescence mentale — la forme *congénitale* ou *constitutionnelle;* puis une seconde, la forme *accidentelle*, *acquise*.

(1) Morselli, *Bulletin de l'Académie de Gênes,* VI[e] année, et *Riv. sp. di fren.*, XIII[e] année, fasc. 3.
(2) Andriani, *La Psychiatria,* 1885.
(3) Ventra, *Il Manicomio,* 1888.
(4) Féré, *la Pathologie des émotions,* 1892.

Entre ces deux extrêmes, nous pouvons placer toute une série de *cas intermédiaires* dans lesquels l'obsession ne se rattache pas à une constitution psychopathique congénitale, et sans être d'autre part purement accidentelle, nécessite pour son développement une prédisposition plus ou moins accentuée.

Si je suis entré, Messieurs, dans quelques détails sur l'exposé de ces différentes opinions, c'est que je les ai crus de nature à vous éclairer sur l'*étiologie* des obsessions. Reprenons cette question sous une forme plus didactique.

Parmi les facteurs étiologiques, il en est un que son importance doit nous faire placer au premier rang, et qui est quelquefois même le seul qu'on puisse invoquer : je veux parler de l'*hérédité*.

Sa valeur avait été mise en lumière, depuis longtemps déjà, par Morel, dans son travail sur le délire émotif.

Dans toutes ses observations, il insiste sur l'hérédité des malades, et non content d'étudier l'hérédité ascendante, il a considéré aussi l'hérédité descendante. Ce qui n'a rien d'étonnant de la part du créateur de la théorie des dégénérescences dans l'espèce humaine.

L'hérédité peut être alors homologue; le fils d'un individu atteint par exemple de la maladie du doute peut être lui-même un douteur. Ou bien, l'hérédité est dissemblable, de transformation comme l'on dit, et les parents des obsédés sont des aliénés de diverses formes, des épileptiques, etc.

Dans certains cas, la cause héréditaire existe seule ; d'autres fois interviennent des causes fœtales ou infantiles, qui font également de l'individu un être inférieur dans l'espèce, portant les marques, les stigmates, d'une tare psychique constitutionnelle dont le développement est encore bien

souvent favorisé par des influences de milieux, une éducation défectueuse au point de vue intellectuel, moral et physique.

Ces différentes causes sont toujours des plus importantes à rechercher, car elles sont souvent suffisantes pour produire à elles seules l'obsession. D'autres fois, elles sont moins accentuées, ou même les recherches les plus minutieuses et les plus précises semblent nous autoriser à penser que réellement elles n'existent pas. C'est alors que nous verrons intervenir de nouveaux facteurs étiologiques, qui devront être d'autant plus puissants que les premiers le seront moins.

Ces nouvelles causes ont toutes un même caractère : c'est d'être débilitantes, de déterminer un état de fatigue, d'épuisement du système nerveux.

Les émotions dépressives, intenses ou persistantes, les travaux intellectuels prolongés, les longues veilles, les excès sexuels, les traumatismes, tous ces facteurs qu'on retrouve dans l'étiologie de la neurasthénie peuvent provoquer l'apparition de l'obsession.

De même agiront les maladies qui entraînent des troubles de la nutrition générale, les hémorragies abondantes, les maladies infectieuses (fièvre typhoïde, influenza, etc.), et aussi la grossesse, la puerpéralité, car les « envies » bien connues des femmes enceintes, les impulsions des nouvelles accouchées ne sont souvent autre chose que des obsessions conscientes.

Telles sont les causes principales de l'obsession, envisagée en tant qu'affection. Nous aurons à examiner tout à l'heure, à ce même point de vue, l'idée obsédante, comme symptôme particulier.

Comment apparaît l'obsession, quel est le *mode de début de l'affection?*

Dans la forme constitutionnelle, le début est souvent insidieux, se mêlant avec l'histoire du développement psychique anormal. C'est là une des causes de la confusion qu'on fait souvent entre l'idée obsédante et les stigmates de dégénérescence dont la différence est pourtant bien mise en lumière, tant par l'étude clinique que par celle du mécanisme psychologique qui préside à la genèse de l'obsession. Souvent c'est à la puberté, quelquefois même avant, qu'apparaissent les premières manifestations pathologiques (scrupules, terreurs, impulsions) qui sont la forme rudimentaire de l'obsession. Mais déjà on a pu constater un fonds mental particulier révélant la présence des stigmates proprement dits d'une constitution psychique anormale ou, comme l'on dit souvent, d'un état de dégénérescence.

Il faut bien connaître, Messieurs, ce développement anormal de l'individu qui le fera classer dans le groupe dit des dégénérés. Nous pouvons le constater par la recherche des antécédents et des stigmates physiques ou psychiques.

J'ai fait ici, il y a quelques années, une série de conférences, publiées depuis, sur la morphologie des aliénés et les stigmates physiques divers qu'ils peuvent présenter. Je n'y reviendrai pas aujourd'hui, car je n'aurais pas grand'chose de nouveau à vous en dire.

Les stigmates psychiques sont d'ailleurs les plus importants chez les individus que nous étudions; vous les connaissez pour la plupart.

Ils peuvent se traduire par un arrêt ou un retard dans le développement des facultés intellectuelles; ou bien — et c'est généralement le cas des malades que nous avons maintenant en vue — ils se résument dans un développement

inégal, un manque d'harmonie, d'équilibre entre les facultés. Ces individus sont intellectuellement des êtres partiels, incomplets, déséquilibrés. Ils peuvent avoir une mémoire prodigieuse, mais ne peuvent arriver à fixer leur attention. Mobiles et distraits, leur instabilité mentale est parfois extrême.

En même temps, ils sont abouliques, apathiques, avec des accès de grande excitabilité, des « emballements » inexplicables. Ce sont des originaux, des excentriques, des rêveurs d'imagination déréglée, à tendances romanesques.

Enfin ce sont des émotifs, des timides, sensibles à l'excès, impressionnables et susceptibles, égoïstes et orgueilleux.

Et je ne parle pas des perversions morales plus graves, dont la simple énumération nous entraînerait trop loin de notre sujet.

Voilà, Messieurs, les vrais stigmates de cette constitution psychopathique — ou, si vous préférez, de cet état de dégénérescence — qui représente un terrain favorable au développement, possible mais non fatal, des accidents psychiques à forme d'obsessions.

Leur début, vous disais-je tout à l'heure, est alors souvent insidieux, lent, difficile à préciser. Il est toutefois des cas où l'on peut assister à un début plus rapide avec quelques symptômes précurseurs.

Ces différences deviennent de plus en plus nettes à mesure que l'on empiète sur cette série de cas intermédiaires qui nous amènent aux formes non constitutionnelles, acquises, où nous allons retrouver avec un début plus brusque, les mêmes symptômes précurseurs beaucoup plus accentués.

La phase du début se résume alors à une période plus ou moins prolongée, mais cependant de durée assez courte, où apparaissent les signes d'un état neurasthénique. Céphalée en casque, douleurs dans les membres, amyosthénie, troubles dyspeptiques et vaso-moteurs, anxiété, palpitations, troubles des fonctions génitales, du sommeil : voilà pour le côté physique.

L'état psychique est aussi bien spécial.

Les malades deviennent apathiques, indifférents; rien ne les intéresse. La perception extérieure est défectueuse; les objets ou les personnes leur paraissent bizarres, changés. Ils trouvent nombre de choses toutes singulières et restent souvent dans l'incertitude à leur sujet. De même, pour la perception intérieure, ils ne se reconnaissent plus eux-mêmes, ne se trouvent plus comme auparavant. L'attention est très défectueuse, difficile à fixer, facile à fatiguer. Parle-t-on aux malades, ils semblent n'être jamais à la conversation, ils se plaignent de ne comprendre que difficilement ce qu'on veut leur dire et d'avoir la plus grande peine pour exprimer la pensée, qu'ils oublient avant de l'avoir énoncée dans son entier.

La mémoire devient paresseuse et infidèle. De même, la volonté est atteinte dans sa forme motrice et l'aboulie se traduit par une invincible apathie.

Parfois, au contraire, ces malades sont en proie à une excitation insolite. Ils ne peuvent rester en place, s'agitent sans but déterminé, ou bien cette excitation automatique est purement intellectuelle. C'est alors que vous pourrez observer le phénomène bien connu du *mentisme*, sorte d'effervescence intellectuelle particulière, dans laquelle, pour me servir de la définition d'un auteur qui en était atteint lui-même : « Nous voyons, avec un sentiment très

net, des pensées qui nous sont étrangères, que nous ne connaissons pas comme *nôtres*, et qui, s'étant introduites du dehors, pullulent, se meuvent avec la plus grande rapidité... » (Dumont de Monteux.)

Sous ses aspects divers, cet état réalise donc comme une forme légère, atténuée de ce que nous étudierons plus tard sous le nom de *confusion mentale*.

Dans quelques cas mêmes, certains auteurs ont noté une invasion tumultueuse sous la forme d'une véritable période de confusion mentale hallucinatoire d'apparence maniaque ou mélancolique.

Tels sont, brièvement résumés, les différents symptômes de la phase prémonitoire, envisagés surtout dans la forme non constitutionnelle de l'obsession.

Une fois celle-ci apparue, l'état pathologique se trouve réalisé au complet.

L'obsession se présente en général sous une forme rémittente. Il y a donc lieu de considérer, dans une description clinique, des symptômes *paroxystiques* et des symptômes *interparoxystiques*.

Voyons d'abord les *symptômes du paroxysme*.

Celui-ci éclate parfois soudainement; mais souvent aussi il peut être précédé de certains phénomènes qui l'annoncent en quelque sorte aux malades.

Une de mes malades appelait elle-même les troubles avant-coureurs de sa crise : les *préliminaires;* c'est ce que nous pourrions désigner sous le nom d'*auras*.

Ces auras sont de deux sortes : quelquefois, deux ou trois jours avant la crise, le malade éprouve certains phénomènes qui lui annoncent l'arrivée prochaine de l'idée obsédante. Et il s'y trompe rarement.

Ce sont d'ailleurs des troubles variables, mais on peut les caractériser en disant qu'ils sont l'exagération d'un ou de plusieurs des symptômes neurasthéniques dont je vous ai parlé.

Une de nos malades éprouve des phénomènes d'anxiété vague, des étouffements, des maux d'estomac; elle a la plaque douloureuse des neurasthéniques. Elle se sent la tête vide, les idées plus embrouillées. C'est là comme un aura *médiat*.

Dans d'autres cas, l'aura précède de suite l'obsession; c'est l'aura *immédiat;* comme chez cette même malade que vous allez voir et qui se trouve alors comme étranglée et serrée à l'estomac; comme chez une autre qui sent à ce moment « un nœud dans l'estomac, et des bouchons dans les tempes ».

Le paroxysme se déclare enfin; quels en sont les caractères symptomatiques?

Les voici tels qu'on a l'habitude de les présenter : idée obsédante; — irrésistibilité de cette idée; — conservation complète de la conscience (avant, pendant et après la crise d'obsession); — angoisse concomitante; — satisfaction consécutive. Étudions-les, et complétons-les.

Dire que la présence d'une *idée obsédante* est un des symptômes de la crise d'obsession semble au premier abord une naïveté; aussi est-il sous-entendu que cette idée doit être de nature pathologique.

Les idées obsédantes, en effet, ne sont pas rares, chez les individus les plus normaux, dans des circonstances et sous des aspects différents. Où finit l'obsession normale? Où commence l'obsession pathologique? — Entre les deux, la frontière est bien difficile à tracer exactement. Néan-

moins il me semble qu'un critérium d'une validité suffisante est ce qu'on appelle le caractère d'*utilité* (Blocq et Onanoff) (1) et l'obsession morbide pourrait être caractérisée par ce fait qu'elle entraîne des réactions mal adaptées à l'intérêt de l'individu ou de l'espèce (Féré).

Prenons un exemple. Un savant cherche un problème d'une solution difficile; cette idée s'installe dans son esprit en maîtresse, le pousse à des recherches multiples; tant que la solution lui échappera, il en sera préoccupé, obsédé, en proie à une véritable angoisse qui, une fois le travail résolu, disparaîtra pour faire place à un état de satisfaction intime. Nous retrouvons ainsi les symptômes que je viens de vous énumérer dans les crises des obsessions, et cependant ce savant n'est pas sous le coup d'un désordre pathologique de l'esprit. Mais l'idée qui l'obsédait présentait dans ses conséquences un caractère d'utilité, tant par rapport à l'individu que par rapport à la société dont il fait partie.

Il n'en est plus de même de l'idée obsédante pathologique. Les ruminations d'un malade atteint de folie du doute, les calculs d'un arithmomane sont choses absolument inutiles; l'agoraphobie, la kleptomanie, l'impulsion au meurtre s'accusent comme nuisibles pour l'individu et la société.

Je ne veux point aborder ici l'étude du mécanisme psychologique qui préside à la genèse de l'idée obsédante; mais je dois vous dire quelques mots des causes qui déterminent l'apparition et la variété de cette idée.

Il arrive fréquemment que cette idée surgisse à l'improviste, sans aucune cause apparente. Ce sont surtout ces cas

(1) Blocq et Onanoff, *Revue scientifique*, 1890; et G. Danville, *la Psychologie de l'amour*, 1894.

qui ont été envisagés comme types par Westphall. D'autres fois, l'idée obsédante se rattache à une sensation vive ou fréquemment répétée, à un fait extérieur, à un trouble émotionnel plus ou moins violent ; toutes causes pouvant agir au moment même de leur production, ou plus tard, à titre de souvenirs.

Si dans certains cas l'idée obsédante n'a avec elles d'autre lien que le lien étiologique, il en est d'autres où ces causes déterminent en plus la variété de l'idée. La vue ou le récit d'un incendie pourra provoquer ainsi la peur du feu, des allumettes ; un accident de voiture, l'amaxophobie ou l'agoraphobie. — Un malade de la consultation, garçon perruquier, est atteint d'impulsions homicides après avoir su que deux employés de la même maison avaient eu des impulsions de ce genre et que le dernier était mort à Sainte-Anne. — Certains auteurs ont signalé également l'influence des professions, des inclinations antérieures sur la variété de l'idée (1).

Une fois qu'elle est apparue sous une forme déterminée, l'idée obsédante peut être réveillée par certaines impressions qui s'y rapportent (sensations, lectures, conversations, souvenirs...) et qui peuvent être ainsi l'occasion d'une nouvelle crise paroxystique. Vous verrez par exemple que, chez notre malade atteinte d'impulsions suicides et homicides, la vue d'un couteau, de ciseaux, provoque une crise,

(1) Le sexe, l'âge, ont été aussi invoqués, à ce point de vue, mais dans un sens beaucoup plus général. C'est ainsi que les obsessions intellectuelles seraient plus fréquentes chez l'homme ; les émotives et les impulsives chez la femme. Les formes impulsives prédomineraient de même dans l'enfance, les émotives après la puberté, les intellectuelles à l'âge adulte. On retrouverait encore le même ordre de fréquence en rapport avec le degré de développement intellectuel, en allant du plus faible au plus élevé.

généralement plus intense que lorsqu'elle ne résulte que d'une simple représentation mentale.

Il peut se faire que l'idée obsédante reste la même pendant les paroxysmes ou au cours de l'affection. Mais il se peut aussi qu'elle change. Westphall avait bien signalé cette variabilité de l'idée obsédante; et c'est pour cette raison que M. Magnan qualifie l'obsession de syndrome *épisodique*.

L'idée obsédante est toujours *irrésistible*, parfois même à ce point que, chez certains impulsifs, l'acte semble précéder la pensée; le malade lui-même n'a pas le temps de se rendre compte de la perturbation psychique qui se produit en lui.

Je vous citerai, comme exemple, le fait bien connu d'Henriette Cornier, rapporté par Marc sous le titre de monomanie homicide. Accusée d'un meurtre qu'elle avait commis sous le coup d'une impulsion de ce genre, elle fit cette réponse caractéristique : « C'est une idée qui m'a prise comme cela, et je l'ai exécutée. *J'ai eu plutôt fait que pensé.* »

Mais l'idée obsédante n'est pas toujours aussi soudaine et aussi violente; le malade peut essayer de lutter. Au début il peut même vaincre l'idée obsédante; toutefois sa volonté s'épuise bientôt dans la lutte et l'idée morbide reprend le dessus.

Certains malades emploient un procédé tout autre, plus efficace assurément. Ils cherchent à se distraire de leur idée en changeant de milieu, d'occupations, en s'appliquant à un travail capable d'absorber leur attention. Cela leur réussit quelquefois; souvent aussi le soulagement n'est qu'éphémère.

D'ailleurs, ce n'est pas chose facile, au cours d'un paroxysme, de distraire son attention sur un autre sujet que l'idée obsédante qui tend à envahir momentanément tout le champ de la conscience, réduisant ainsi à son minimum l'activité intellectuelle volontaire.

On trouve une preuve de ce fait dans certaines constatations cliniques.

Bien des obsédés nous disent ainsi d'eux-mêmes, comme une de mes malades : « Quand je suis très absorbée dans un travail, je suis débarrassée; de même si je me trouve avec quelqu'un en conversation animée, si j'ai une grande distraction qui m'occupe. Je parvenais bien à cela autrefois, maintenant je ne puis plus m'absorber sur aucun travail. J'ai beau faire, mes idées me prennent malgré tout et m'empêchent de m'appliquer à quoi que ce soit. »

On a souvent remarqué aussi qu'un individu en proie à une idée obsédante ne perçoit que très mal les sensations. Il est pour ainsi dire anesthésique. Et Buccola a constaté expérimentalement que le temps de réaction pour un même malade s'allongeait de moitié au moment de l'obsession.

Un autre caractère de l'obsession est la *conservation de la conscience.*

On dit généralement que celle-ci est *complètement* conservée avant, pendant, et après le paroxysme. J'admettrai volontiers, et encore avec certaines réserves, qu'il en est ainsi *avant* et *après;* mais non *pendant*, ou du moins je pense que la conservation de la conscience ne se fait pas intégralement à ce moment-là. Les constatations cliniques et expérimentales auxquelles je faisais allusion tout à l'heure en sont déjà une preuve.

Qu'en dehors de la crise obsédante, les malades aient

conscience, se rendent compte de la nature maladive de leurs impulsions et des conséquences qu'elles peuvent avoir, c'est généralement vrai ; mais c'est tout... Et lorsqu'on parle de la conservation de la conscience *pendant* la crise d'obsession, je ne crois pas qu'on puisse entendre par là que les obsédés aient la notion complète de tous les éléments psychiques constituant à ce moment leur personnalité individuelle, en un mot qu'ils conservent leur conscience *personnelle*.

C'est plutôt le contraire qui existe, de par la présence même de l'idée obsédante, constituée par un groupement de certains phénomènes psychiques, une synthèse secondaire qui, loin de s'assimiler à la synthèse principale représentant la conscience personnelle, entre en lutte avec elle, et même avec assez d'avantages pour l'obnubiler toujours, l'effacer même parfois tout à fait pendant un instant, soit que le malade cède à son idée, soit que celle-ci revête une forme particulière.

Mais je ne veux pas insister aujourd'hui sur ce point que j'aurai l'occasion de développer plus complètement dans une prochaine réunion, et je passe à un autre symptôme de paroxysme, l'*angoisse concomitante*.

Elle résulte de différentes causes que Westphall (1) a bien mises en lumière. C'est d'abord la violence même que fait l'idée à l'esprit de l'individu. C'est aussi le contenu même de l'idée; par exemple, à intensité égale, l'obsession homicide s'accompagnera d'une angoisse plus intense que l'obsession d'un mot. C'est enfin le non-accomplissement de l'acte commandé par l'obsession ; la preuve en est fournie

(1) Westphall, *Berl. Klin. Woch.*, 1877.

par l'état de bien-être où se trouve le malade s'il cède à son idée obsédante.

A son plus faible degré, ce trouble se manifeste par une simple anxiété morale. Mais souvent aussi, lorsqu'il est plus accentué, il s'accompagne de symptômes physiques : anxiété précordiale, mal de tête, rougeur ou pâleur du visage, sueurs froides, tremblement, palpitations, étouffements, sensation de vertige, dérobement des jambes, menace de syncope, sensation de mort imminente.

A ce propos, nous nous trouvons en face d'une question plus générale.

Quelle valeur convient-il d'attribuer aux phénomènes émotionnels que présentent les obsédés?

Certains auteurs, comme Westphall, considèrent qu'il s'agit là de troubles toujours secondaires, d'une simple réaction sous l'influence de l'idée qui est la première à apparaître, et représente toujours le fait primitif et capital.

Cette opinion est nette et précise; mais n'est-elle pas bien exclusive?

D'autres auteurs en effet sont beaucoup moins absolus. Mais alors nous rencontrons parmi eux une certaine confusion résultant de la diversité des points de vue auxquels ils se sont placés.

Beaucoup se bornent à signaler la présence d'une émotion comme cause de l'obsession; tel Berger (1) qui la regarde comme une névrose émotionnelle.

Il en est qui, en même temps qu'ils indiquent la cause émotive, insistent sur l'importance du fonds émotif dans la genèse de l'obsession, comme Morel, qui la considérait

(1) Berger, *Arch. f. Psych.*, 1878.

comme un délire émotif, Jastrowitz (1), Féré, pour qui elle n'est que la forme systématique de l'émotivité morbide.

D'autres distinguent à côté des idées obsédantes (Zwangswortellungen), des sentiments fixes (Zwansgempfindungen), Psychalgies de Müller (2) ; — ou bien envisageant plus précisément les rapports de l'idée obsédante et du trouble émotionnel, divisent les idées obsédantes en intellectuelles ou émotives, suivant que c'est l'un ou l'autre de ces deux phénomènes qui se présente à l'origine (Tamburini); — il en est encore qui se montrent plus radicaux, comme Friedenreich (3), par exemple, qui admet que l'état émotionnel est en règle générale le fait primitif, que des deux phénomènes, idée obsédante et angoisse, le second est le plus important parce qu'il peut être indépendant de l'autre, représentant un symptôme de l'état neurasthénique qui est à l'origine de toute obsession.

Hans Kaan (4) partage cette opinion, et considère même l'angoisse comme le point de départ nécessaire de l'idée obsédante.

Il est enfin d'autres auteurs qui synthétisent en quelque sorte ces diverses opinions. Schuele (5) distingue ainsi les idées obsédantes en émotives et non émotives, suivant que le trouble émotionnel contribue à la production de l'idée ou en résulte ; et il fait remarquer d'autre part que, si l'angoisse se présente comme une sorte de réflexe, on voit cependant, en général, un état anxieux précéder le retour des accès.

(1) Jastrowitz, *Berl. Klin. Woch.*, 1877.
(2) Müller, *Allg. Zeit. f. Psych.*, B. XXXVI.
(3) Friedenreich, *Neurol. Centralb.*, 1887.
(4) Hans Kaan, *Jahrb. f. Psych.*, t. II, fasc. 3.
(5) Schuele, *Traité des maladies mentales.*

Wille (1) avait fait également ces distinctions et, de plus, signalé que s'il est des cas où l'anxiété précède l'idée obsédante, elle peut même en être indépendante. Il insiste encore sur le fonds émotif et la cause émotive; les troubles émotionnels font pour lui partie intégrante de l'affection.

Je ne veux pas multiplier ces citations; notre but n'est pas de faire de l'érudition, mais de la clinique.

Voyons donc simplement ce que les faits cliniques nous enseignent.

Eh bien, Messieurs, ils se présentent justement à notre observation avec certaines différences qui semblent expliquer les divergences d'opinions des auteurs et justifier les vues diverses que je viens de vous exposer succinctement.

Un premier point, indiscutable, c'est que tous les obsédés, considérés même en dehors des paroxysmes, étaient naturellement, ou sont devenus, d'une émotivité extrême, si bien que le terrain sur lequel se développe l'obsession est véritablement marqué au coin de l'émotivité morbide.

D'un autre côté, l'obsession fait souvent son apparition à la suite d'une secousse émotionnelle, vive ou répétée, qui peut même, avons-nous vu, déterminer la variété de l'idée obsédante.

Enfin, à ne considérer que les symptômes d'anxiété du paroxysme, il est à remarquer que toujours l'idée obsédante amène à sa suite un état émotionnel pénible plus ou moins intense, provoque une sorte de réflexe émotionnel.

Dans certains cas, tout semblerait se borner là, et l'anxiété, d'après les dires du malade, ne résulterait ainsi que de l'idée obsédante elle-même. Il est à remarquer, toutefois,

(1) Wille, *Arch. f. Psych.*, 1882.

que, même alors, elle a souvent comme point de départ des phénomènes particuliers, moteurs, sensitifs périphériques ou viscéraux, vaso-moteurs, qui seraient, pour certains auteurs, des conditions mêmes de l'émotion (W. James (1), Lange (2), Münsterberg, Féré...).

D'autres fois, l'anxiété semble n'être plus vraiment qu'une sorte de choc en retour à la suite de l'idée ayant elle-même sa source dans un trouble émotionnel qui, après lui avoir donné naissance, s'exaspère de son fait.

C'est ainsi que l'angoisse peut être, comme nous l'avons vu dans certains cas, un phénomène précurseur qu'on peut faire rentrer dans l'aura de la crise.

J'ai rapporté aussi ailleurs le fait d'un malade atteint d'obsession-suicide, affirmant nettement que les phénomènes d'angoisse précédaient toujours l'apparition de l'idée qui ne faisait que les accroître.

Dans d'autres cas, on peut saisir de plus entre le trouble émotionnel et l'idée obsédante, un rapport de cause à effet.

Stéfani (3) rapporte ainsi le cas d'une malade présentant des crises d'anxiété neurasthénique simple. A la suite des crises d'anxiété, elle était prise d'idées de doute en dérivant logiquement ; car elle doutait alors d'avoir fait d'une façon satisfaisante ce qu'elle avait accompli au cours de la crise précédente d'anxiété, et ces idées de doute provoquaient alors un retour de l'état anxieux.

Enfin, on voit même quelquefois l'angoisse préexister à l'état indépendant et alterner de même avec les idées obsédantes.

J'ai connu un jeune étudiant en droit qui a présenté des

(1) W. James, *What is an emotion*, Muid, 1884.
(2) Lange, *Ueber Gemuthsbewegungen.*
(3) Stéfani, *Riv. sp. di fren.*, 1891.

phénomènes d'anxiété simple, paroxystiques très intenses, au cours d'une neurasthénie. Plus tard, il est devenu agoraphobe; et cette obsession ayant cessé, il a eu de nouveau des crises d'anxiété simple, paroxystiques, comme au début.

Un autre malade, qui n'avait souffert pendant quelques années que de crises d'anxiété, n'a eu que beaucoup plus tard des idées de doute et des impulsions.

Ventra cite également le cas d'un malade qui, au cours d'accidents neurasthéniques, souffrait de crises violentes d'anxiété paroxystique. Plus tard, il eut des impulsions homicides. Une fois celles-ci disparues, les crises d'anxiété se manifestèrent sous la forme du début de la maladie.

Vous voyez, Messieurs, combien est complexe cette question des rapports intimes de l'obsession et de l'émotion. Au point de vue clinique, retenez seulement que l'obsession repose toujours sur un fonds d'émotivité pathologique; que son début et même la variété de l'idée obsédante se rattache souvent à une émotion quelconque; que cette idée s'accompagne de troubles émotionnels; enfin, qu'en supposant, et c'est là le point principal de la controverse, que ces derniers ne lui soient pas toujours purement secondaires, il est bien certain qu'ils sont du moins toujours exaspérés de son fait.

J'arrive au symptôme qui marque la fin du paroxysme, et qui est la *satisfaction consécutive*, soit que le malade ait cédé à son obsession, soit qu'il ait pu parvenir à la vaincre, ou à en détourner le cours en appliquant ailleurs son attention, ou simplement en recourant à un de ces subterfuges très familiers aux obsédés; comme ce malade de Marc, sujet à des impulsions homicides accentuées, qui se faisait lier les pouces avec un ruban au moment de sa crise. Ce pro-

cédé réussissait parfaitement, et il éprouvait aussitôt un grand soulagement.

Avant d'en finir avec la symptomatologie du paroxysme, je veux vous dire un mot des troubles sensoriels qui accompagnent parfois l'obsession.

Jusqu'à ces dernières années, on a regardé l'absence des hallucinations comme une des caractéristiques des idées obsédantes.

C'est là une erreur, ainsi que je crois l'avoir démontré dans un travail sur ce sujet (1), confirmée d'autre part par les recherches de Catsaras (2). Il me semble qu'on peut à cet égard diviser les obsessions en deux catégories : d'abord celle dans laquelle l'idée obsédante s'accompagne d'une hallucination qu'elle provoque (*obsession hallucinatoire*).

C'est le cas du malade bien connu de Tamburini, dominé par l'idée incessante de connaître l'origine, le pourquoi des billets de banque, et qui, par suite de la répétition et de l'intensité de cette idée, finit par avoir devant les yeux l'image même de ces billets de banque, avec toutes les apparences de la réalité.

Une seconde catégorie comprend les cas où l'hallucination a une existence indépendante avec tous les caractères communs aux obsessions. C'est l'*hallucination obsédante*.

Elle peut se présenter sous l'une quelconque des formes que revêtent les hallucinations, communes ou verbales. On retrouve même la forme motrice. Un de mes malades atteint de folie de doute craint de dire des mots grossiers, parce qu'il se *sent les articuler* si bien, quoique mentale-

(1) J. Séglas, *Annales médico-psychologiques*, 1892.
(2) Catsaras, *Annales médico-psychologiques*, 1892.

ment, qu'il se demande par moments s'il ne les a pas réellement prononcés.

Je crois d'ailleurs ces hallucinations verbales motrices très fréquentes chez les obsédés, surtout à forme impulsive, qui disent souvent, en décrivant leurs idées, que cela leur vient à l'esprit comme si quelque chose le leur disait intérieurement ou comme s'ils se parlaient à eux-mêmes, etc.

A côté de tous ces symptômes psychiques, il ne faut pas oublier, Messieurs, que les obsédés présentent, au cours de leurs paroxysmes, des symptômes *physiques*.

Déjà nous en avons vu quelques-uns en parlant de l'angoisse.

D'une façon plus générale, nous pouvons dire que les plus ordinaires sont des symptômes neurasthéniques, parfois très accentués : sensations douloureuses diverses, fixes, ou erratiques, modifications de l'appétit, troubles digestifs, constipation, phénomènes d'auto-intoxication, etc.; le sommeil devient souvent très mauvais, et la nuit, les malades sont la proie de l'idée obsédante ou du mentisme.

Lorsque les obsédés sont des individus déjà atteints de maladies par troubles de la nutrition (diabétiques, albuminuriques, goutteux), on voit souvent une recrudescence des désordres qui les traduisent survenir au moment des paroxysmes obsédants.

Messieurs, nous venons de passer en revue les principaux caractères des phénomènes paroxystiques de l'obsession.

Je n'ai pas à vous parler longuement des troubles qu'on observe *dans l'intervalle des paroxysmes*.

Dans les formes constitutionnelles, vous retrouvez alors le fond habituel de déséquilibration mentale; dans les

autres, les symptômes neurasthéniques dont je vous ai déjà entretenus à propos du début de la maladie.

Et cette constatation vous montre encore une fois que ce sont là les vrais stigmates de la maladie. L'obsession n'est qu'un accident dans le tableau morbide, comme l'attaque convulsive dans celui de l'hystérie.

Je vais encore vous parler des *formes* que peuvent revêtir les paroxysmes obsédants.

Tantôt la crise est *unique;* c'est une idée obsédante qui passe, et tout rentre dans l'ordre.

Tantôt, au contraire, les crises sont subintrantes, elles semblent empiéter les unes sur les autres. C'est un véritable *état de mal* obsédant analogue à l'état de mal épileptique ou hystérique.

Cet état peut se prolonger pendant des heures, des jours, ou même des semaines ou des mois. Il revêt alors les apparences d'un véritable *accès* vésanique.

Vous allez voir des exemples de ces formes diverses chez les malades que je vais vous présenter, et dont l'une sort d'un accès ayant duré deux mois, sans aucun moment de calme.

On a observé quelquefois dans les paroxysmes une véritable *périodicité*... Chez une de mes malades, ils se présentent très régulièrement tous les jours à cinq heures de l'après-midi et durent jusqu'à sept heures du soir. J'en ai vu deux autres, qui toutes deux avaient un accès prolongé de cinq à six semaines, l'une au mois de mars, l'autre au mois de novembre.

Je passe maintenant au *diagnostic* de l'obsession?

Certaines formes d'obsessions, de celles par exemple

que M. Régis appelle *les obsessions abouliques*, peuvent être confondues avec la mélancolie dépressive simple, avec conscience. L'analogie n'est toutefois qu'apparente, ainsi que nous le verrons en étudiant plus tard cette forme vésanique. Je vous dirai simplement aujourd'hui que la différence capitale réside dans ce fait : que, dans la mélancolie, les symptômes d'inaction, comme tous les autres d'ailleurs, sont continus, persistants; tandis que l'obsession aboulique n'est qu'un syndrome intermittent et paroxystique. De plus elle se limite à un certain groupe de faits, tandis que l'aboulie du mélancolique est générale. Elle s'accompagne enfin d'un effort de lutte, qui n'est pas sans contraster singulièrement avec les troubles de la volonté, tandis que le mélancolique ne fait rien pour triompher de son aboulie et reste dans l'inertie complète.

Lorsqu'il s'agit de crises subintrantes, prolongées sous forme d'accès, le diagnostic n'est pas toujours facile, et je ne vois guère qu'une forme morbide avec laquelle on puisse le tenter : c'est la mélancolie anxieuse. Comme j'ai l'intention de consacrer ultérieurement quelques-unes de nos réunions à l'étude de la mélancolie, vous saisirez ainsi plus facilement les points qui peuvent servir à ce diagnostic différenciel.

Mais l'obsession étant reconnue, il importe de faire tout de suite le diagnostic de la nature constitutionnelle ou non de la maladie. C'est surtout par la recherche des antécédents, du mode de début, des stigmates dont je vous ai parlé, ou des symptômes neurasthéniques que vous arriverez à être fixé sur ce point. D'après Morselli, dans la forme acquise, l'idée obsédante n'aurait pas le caractère épisodique, mais serait constamment uniforme. M. Régis pense,

de son côté, que les variétés qu'il décrit sous le nom d'*abouliques* seraient plus fréquentes dans les mêmes circonstances.

Il faut aussi rechercher quelle est la nature de l'idée obsédante, notamment si elle est *simple* ou *impulsive*. Celle-ci, d'autre part, peut se présenter de diverses façons.

L'idée d'un acte comporte toujours des images motrices, mais elles peuvent être prédominantes ou effacées devant d'autres images sensorielles ayant trait au même acte.

C'est là un point sur lequel insistait fréquemment M. Charcot. Si l'on interroge, disait-il, avec soin, un certain nombre d'individus sur la façon dont ils se représentent l'acte de la danse, on s'aperçoit que la plupart se *voient*, plutôt qu'ils ne se *sentent* réellement danser.

Eh bien, la même distinction existe à propos des idées impulsives.

J'ai cité déjà un malade qui avait l'obsession de tuer sa femme, et, pendant la crise, il *voyait* intérieurement la scène du meurtre, mais jamais il ne s'est senti agir. Ce malade visualisant son impulsion était bien moins dangereux que s'il avait eu une représentation motrice, comme la malade que je vais vous présenter, qui, elle, se *sent* poussée, toute prête à accomplir l'acte, suicide ou homicide, ainsi qu'elle en témoigne par une mimique fort démonstrative.

L'idée d'un acte, a-t-on dit, c'est déjà un acte qui commence. Et quand, dans cette idée, prédominent les images motrices, l'acte est bien près d'être exécuté réellement.

Aussi ne saurais-je assez insister sur l'importance qu'il y a à faire ces distinctions parmi les idées obsédantes, surtout au point de vue médico-légal.

La *marche* des obsessions est essentiellement rémittente; parfois rémittente et progressive, les paroxysmes devenant alors plus intenses, plus prolongés, les intervalles plus courts, si bien qu'à la fin la maladie tend à revêtir une forme presque continue, mais n'aboutit toutefois pas par elle-même à la démence.

Le *pronostic* dépend surtout de la forme de la maladie. La forme constitutionnelle ne guérit jamais; les autres peuvent guérir. La curabilité de la maladie dépend surtout de l'état morbide sur lequel est venue se greffer l'obsession.

Quant à la variété de l'idée obsédante, elle est en général peu importante pour le pronostic; toutefois les variétés impulsives semblent être d'un pronostic plus sérieux.

Un autre mode de *terminaison* est quelquefois le *suicide*, alors même que les malades n'ont pas d'obsession-suicide, mais parce qu'ils ne voient pas d'autre moyen pour se débarrasser des tortures de l'obsession que de se donner la mort. C'est logiquement, et par suite d'un raisonnement, qu'ils mettent fin à leurs jours.

Les obsédés deviennent parfois des hypocondriaques délirants, ou commencent un délire systématique, souvent des persécutions.

L'interprétation nosologique de ces faits est aujourd'hui encore très discutée. Tandis que certains auteurs ne voient là qu'une simple association morbide, d'autres admettent une évolution de l'obsession qui, de l'état de paranoia rudimentaire, est ainsi passée à celui de paranoia (folie systématique) confirmée.

Quand un obsédé devient ainsi délirant, on peut voir s'établir une véritable combinaison entre l'obsession et le délire. Une de nos malades, avant de délirer, a eu des obsessions simples, comme de refaire trois fois une même chose.

« Ils ont repris cela en théologie, » dit-elle en parlant de ses persécuteurs, qui lui suscitent des préoccupations analogues concernant par exemple certaines lettres. Si elle ne trouvait pas la réponse, elle serait, dit-elle, « plus agitée que toutes nos agitées ». Elle éprouve alors en effet un grand malaise, des crispations, des tremblements, des étouffements, du vertige. Elle ne sait plus que son obsession est un phénomène pathologique, et elle la fait rentrer dans son délire; l'obsession s'est *combinée* au délire des persécutions.

Je ne vous dirai que quelques mots du *Traitement*, toujours complexe, comportant des indications multiples suivant chaque malade.

L'isolement, parfois nécessaire, est souvent contre-indiqué.

Du côté moral, un premier point est de gagner la confiance du malade, qui souvent est honteux de son état et cherche à le cacher le plus qu'il lui est possible. Aussi est-il nécessaire de toujours prendre ses confidences au sérieux, de ne pas considérer ses obsessions comme des manies ridicules et puériles, mais au contraire de le rassurer, de lui montrer que l'on comprend ses souffrances et qu'il peut trouver ainsi auprès de vous un appui pour sa volonté toujours défaillante, et dont lui-même déclare souvent ressentir le besoin.

Ce qui importe surtout dans les paroxysmes, c'est de distraire les malades de leur idée obsédante, plutôt que de les faire entrer en lutte avec elle et de les exposer ainsi à une défaite presque certaine. Si la fixation de l'attention est difficile, la distraction impossible à provoquer, rappelez-vous qu'une simple affirmation catégorique, une défense

brève, un mot d'encouragement, suffisent parfois à couper court à la crise. Mais gardez-vous bien de favoriser l'emploi de ces *trucs* si familiers à certains malades, à l'aide desquels ils pensent combattre victorieusement leur idée obsédante et qui, au contraire, ne font que l'entretenir.

En dehors des paroxysmes, le traitement moral ne devra jamais être négligé.

Dans les formes constitutionnelles, il repose surtout sur l'éducation des malades reconnus atteints des tares particulières que je vous ai rapidement énumérées. Dans les autres il est nécessaire, pour tâcher de rétablir une certaine cohésion entre les facultés, d'exercer par tous les moyens possibles l'activité intellectuelle, l'attention, la mémoire, la volonté, mais cela d'une façon régulière, méthodique, modérée, en ayant bien soin d'éviter la fatigue.

Au physique, le traitement général est celui des épuisements nerveux, ou des états diathésiques, s'il en existe des manifestations. Une hygiène sévère est nécessaire; les exercices physiques sont souvent utiles, mais à la condition d'être réglés et de ne pas aller jusqu'à la fatigue. Le sommeil doit être surveillé avec le plus grand soin, surtout au moment des crises.

Outre les traitements usités d'ordinaire dans les états anxieux et applicables aux paroxysmes, on peut de plus trouver parfois une indication thérapeutique dans la constatation de certains phénomènes paraissant reliés directement à la crise obsédante; comme chez une de mes malades diabétique, dont les crises coïncidaient avec une augmentation considérable de la glycosurie et disparaissaient lorsqu'elle venait à s'atténuer. Chez un autre, fils de parents arthritiques, atteint lui-même d'accidents neurasthéniques très prononcés : céphalée en casque, plaque sacrée, troubles

dyspeptiques, constipation, et alternatives de diarrhée, eczéma des orifices, etc., les crises d'obsession étaient toujours annoncées par des troubles gastriques, de la constipation, des poussées eczémateuses, et des urines sédimenteuses. La fin de la crise au contraire coïncidait avec des débâcles diarrhéiques, une abondante diurèse et une excrétion exagérée d'acide urique.

Quoi qu'il en soit, et sans entrer ici dans plus de détails, il est un fait à retenir : c'est que le traitement physique ou moral s'adressant d'une part à l'état général du malade, de l'autre aux manifestations pathologiques elles-mêmes, peut aboutir souvent, chez les obsédés, à un résultat favorable, parfois même à la guérison ; et je résumerais volontiers les opinions que je viens de vous développer par cette phrase d'un de nos distingués collègues, M. Féré : « Considérer tous les états émotifs comme des stigmates de dégénérescence, nécessairement inaccessibles au traitement, constitue une doctrine, non seulement erronée, mais néfaste. »

Nous allons passer maintenant à l'examen de nos malades ; vous y retrouverez la plupart des faits que je viens de vous exposer.

Il s'agit, dans le premier cas, de la forme constitutionnelle de l'obsession.

I. — Mme G..., âgée de cinquante ans, avait un père devenu goutteux très jeune ; sa mère, un peu exaltée, est morte paralysée à quatre-vingts ans. Elle a des frères, un peu exaltés également. Elle-même a eu cinq enfants, dont un est mort à trois mois, l'autre à quatre mois.

Au point de vue des antécédents personnels, nous savons qu'elle a commencé à marcher à dix-huit mois seulement,

qu'elle n'a été propre que très tard. Dès l'enfance, elle a manifesté un caractère emporté; elle a toujours été très peureuse; à l'école, elle avait la mémoire facile, mais la conception peu aisée; elle a toujours eu du mal à s'appliquer, toujours irrésolue, indécise, apathique, avec des accès d'exaltation, une imagination vagabonde, des idées romanesques. Toujours « maniaque », au sens qu'on attribue vulgairement à ce mot, elle voulait que les objets fussent à la même place, les choses faites de la même manière.

Sa maladie, dit-elle, date de naissance; elle avait le *germe de l'idiotisme*. Réglée à onze ans, elle a eu la rougeole à douze ans et neuf mois; « et, à la suite, dit-elle, je suis retombée en enfance, plus bête encore qu'auparavant. »

Il est à noter cependant que cette affection n'a pas provoqué l'apparition des obsessions, car la malade en avait déjà eu auparavant. Elle est très explicite à ce sujet, et cite même deux idées obsédantes, l'une relative à « Croquemitaine », l'autre dans laquelle elle croyait toujours avoir derrière elle un cercueil.

Depuis cette époque, elle a toujours eu des obsessions, de plus en plus nombreuses et variées. Elle a eu, par exemple, du délire du toucher; étant toute jeune, elle prenait sa robe pour ouvrir les portes, par crainte du vert-de-gris, et cela lui arrive encore maintenant de temps en temps.

Elle eut également la peur des places dont elle faisait le tour, la peur des voitures, de la folie du doute, la peur des aiguilles et des épingles; cette dernière a même toujours été l'obsession principale. Une fois, elle a tenté de se suicider avec un rasoir, sous le coup d'une impulsion irrésistible. Une autre fois, elle a essayé de s'étrangler; mais cette fois-là, dit-elle, « ce n'était pas la même chose, je n'étais pas poussée malgré moi, c'était raisonné ».

Comme la plupart du temps, la maladie suit ici une marche rémittente et procède par paroxysmes, dans l'intervalle desquels la malade se trouve bien portante, ne présentant qu'une émotivité générale très accentuée et les stigmates mentaux exposés au début.

Les paroxysmes s'annoncent par ce que la malade appelle *les préliminaires*. « Le jour où cela va me prendre, je sens, dit-elle, comme des bouchons dans les tempes, un nœud dans l'estomac, je n'ai pas d'appétit. Cela me prend quelques heures avant que l'idée n'arrive. »

Une fois déclarés, les paroxysmes se présentent sous des formes différentes. Tantôt ils sont très courts, passagers, constitués par une seule idée obsédante. C'est le cas le plus rare et la malade peut alors lutter contre son idée.

D'autres fois, les idées obsédantes se succèdent sans relâche, comme subintrantes, et cela quelquefois pendant une ou même plusieurs journées. C'est comme un état de mal obsédant.

Mais la durée peut être encore plus longue et s'étendre jusqu'à un mois et plus. C'est ainsi que nous venons d'assister à un véritable accès qui a duré deux mois.

Pendant ces longs accès, les obsessions, l'angoisse, sont incessantes, même la nuit, et la malade ressemble alors tout à fait à une mélancolique anxieuse.

Dans ces derniers cas, toute lutte est impossible, et la malade qui, dans les intervalles de calme, a parfaitement conscience de la nature de ses obsessions, de l'inanité de ses craintes et raconte si bien ce qu'elle ressent, même dans ses accès, ne peut, durant leur cours, arriver à s'en rendre compte. Tous les raisonnements qu'on tente de lui faire pour la rassurer restent sans effet ; elle ne cesse de s'inquiéter, d'errer dans une sorte d'anxiété automatique témoi-

gnant bien du trouble de sa conscience à ce moment.

Remarquons, en terminant, que cette malade présente de l'asymétrie faciale et des anomalies du pavillon de l'oreille.

Voici un second fait, qui représente l'autre forme de l'obséssion, celle qui, en l'absence de toute tare psychique antérieure, se développe accidentellement sur un fonds neurasthénique.

II. — J'ai soigné, il y a déjà plusieurs années, un jeune homme de trente ans, d'une intelligence fort distinguée, qui, depuis un mois environ, présentait des obsessions conscientes.

Sept ou huit mois auparavant, il avait fait des excès de travail à l'occasion d'un concours très difficile dont dépendait son avenir, mais sans que sa santé s'en fût aucunement ressentie. Le succès avait d'ailleurs couronné ses espérances et il avait obtenu la situation qu'il ambitionnait. Il était sur le point de contracter un mariage qui eût définitivement assuré son avenir, lorsqu'il fut pris d'une affection aiguë (probablement une pneumonie). La convalescence fut assez lente et marquée par l'apparition de symptômes neurasthéniques, tels qu'affaiblissement général, faiblesse des jambes, céphalalgie occipitale, spermatorrhée, digestions difficiles, paresse intellectuelle, mentisme. A ce moment, le mariage sur lequel il comptait fut rompu ; il en fut vivement affecté, et c'est alors qu'apparurent les obsessions.

Elles se manifestaient toujours sous la même forme. Le malade se sentait comme poussé malgré lui à s'agenouiller, « dans un délire de soumission », devant les femmes qu'il

rencontrait, dans quelque endroit que ce fût. Cette obsession n'était pas constante, mais se présentait seulement à de certains moments. Elle était, en quelque sorte, annoncée par un mal de tête très violent et un sentiment d'inquiétude indéfinie. Son apparition provoquait un sentiment d'angoisse plus caractérisé, très pénible, et le malade avait beaucoup de peine à résister à cette impulsion, à laquelle il n'a d'ailleurs jamais cédé. La crise était en général très courte, ne durant que quelques minutes au plus, et suivie d'une sorte de détente.

Ce jeune homme ne présentait aucune tare physique, et malgré une enquête minutieuse, je n'ai rien pu relever de particulier dans ses antécédents, soit héréditaires, soit personnels.

Sous l'influence d'un traitement approprié, l'obsession a disparu définitivement au bout de peu de semaines. Sa durée totale n'avait guère été que de trois mois à peine. J'ai appris depuis que la guérison s'était parfaitement maintenue jusqu'ici. Est-elle définitive? — L'avenir seul pourra le démontrer.

Notre dernière malade pourrait prendre place entre les deux précédents et représente comme un intermédiaire. Elle apparaît plutôt comme une simple prédisposée chez laquelle le développement de l'obsession a nécessité des causes occasionnelles, indépendantes de l'évolution intellectuelle.

III. — Mlle L... est aujourd'hui âgée de vingt-trois ans. C'est une jeune fille d'apparence robuste, bien constituée, sans tare physique d'aucune espèce. Son grand-père maternel buvait beaucoup; son père buvait également par intervalles. Les renseignements que j'ai pu recueillir ne

m'ont rien révélé de bien intéressant sur ses antécédents personnels. Ce fut une enfant de santé délicate, mais précoce ; élevée à la campagne, elle fut réglée à seize ans. Elle n'a guère reçu d'instruction, mais elle comprenait assez bien ce qu'on lui enseignait. Elle a toujours eu un caractère impressionnable, peu expansif, un peu sauvage. Pas d'accidents physiques ou intellectuels antérieurs ; elle se trouvait très bien, sans scrupules pathologiques, sans manies d'aucune espèce.

En décembre 1889, elle eut une atteinte assez violente d'influenza avec fièvre, étourdissements, céphalalgie violente, vomissements, et qui dura une huitaine de jours.

A la suite, la malade resta comme courbatue, elle se sentait les jambes faibles, avait comme des vertiges ; elle souffrait de la tête comme d'un poids très lourd au niveau du vertex, elle n'avait plus d'appétit, digérait difficilement, souffrait de l'estomac, dormait mal. En même temps, elle avait le « cerveau troublé » ; elle trouvait « tout drôle », choses ou personnes. Elle-même se trouvait comme changée et ne pouvait croire que c'était elle qui était devenue ainsi. Elle était anéantie, hébétée, ne pouvant prêter attention à rien, ni rien retenir. Quand on lui parlait, elle faisait répéter, parce qu'elle ne comprenait pas bien et n'était jamais à ce qu'on lui disait. Quand elle voulait parler elle-même, elle perdait le fil de ses idées ; elle avait beau chercher, cela ne revenait pas. Il lui était impossible de lire, la fatigue venait tout de suite, et d'ailleurs elle ne comprenait pas.

Cet état durait ainsi depuis près de trois semaines, lorsque apparurent un beau jour les idées obsédantes.

Ces idées se présentent sous la forme impulsive. Ce sont presque exclusivement des impulsions au suicide et à l'homicide.

Quand elle épluchait des légumes, elle était obligée de lâcher le couteau et de s'en aller, parce qu'elle *sentait sa main diriger* le couteau contre elle-même. Quand elle secouait des tapis par la fenêtre, elle *sentait comme quelqu'un qui la poussait* dans le vide. Si elle marchait sur un pont, elle sentait quelque chose qui la poussait vers l'eau et ne pouvait marcher qu'au milieu de la chaussée; à la vue d'une voiture, elle se sentait poussée à se précipiter sous les roues.

De même la vue d'un couteau, de ciseaux, la poussait à tuer sa mère ou la petite fille de ses maîtres, qu'elle aimait cependant beaucoup ; c'était *comme si on l'attirait* malgré elle. Dans la rue, elle se sentait entraînée à frapper les passants, à casser des carreaux, etc.

Ces idées la rendaient tellement malheureuse qu'elle a fait une tentative de suicide par le charbon, au cours de laquelle elle se fit des brûlures aux pieds, ayant nécessité un traitement de deux mois. Il est à remarquer que la malade est très affirmative pour dire que ce suicide n'a pas été accompli sous le coup d'une de ses impulsions habituelles, mais combiné et exécuté volontairement, *pour en finir*.

A la suite de cette tentative de suicide, elle fut deux jours sans connaissance ; mais il n'y eut pas d'amnésie consécutive. En revanche, les impulsions augmentèrent encore.

Ces impulsions, qui la prenaient autrefois toute la journée et même la nuit, sont beaucoup moins fréquentes aujourd'hui. Sans disparaître jamais totalement, elles reviennent surtout par intervalles et se montrent alors notamment l'après-midi.

La malade pressent parfaitement leur arrivée. Dans ses intervalles de calme, elle se trouve bien, dit-elle, malgré

quelques symptômes neurasthéniques, tels que courbature au réveil, surtout dans les jambes, tête lourde, digestions paresseuses, constipation fréquente, tendance à être toujours distraite. Menstruation régulière.

A de certains moments, ces symptômes s'accentuent, la tête devient douloureuse, les idées embrouillées; cette femme trouve tout changé, perd le fil de ses pensées, souffre de l'estomac. C'est comme la période préparatoire du paroxysme obsédant. Deux ou trois heures auparavant, la fatigue augmente; elle éprouve une inquiétude vague, elle se sent étouffée, serrée à la gorge ; puis elle a tout d'un coup la sensation de « quelque chose sur le cerveau », et l'idée éclate d'elle-même, ou réveillée par la vue d'un objet en rapport avec la nature particulière de ses impulsions.

Il est à noter que, dans les périodes interparoxystiques, la vue de ces objets, tout en émotionnant la malade, ne produit pas les mêmes phénomènes, à moins qu'elle ne soit réitérée ou prolongée. Il lui suffit de se détourner de l'objet, de s'éloigner, pour rentrer dans le calme parfait.

Les idées obsédantes sont nettement impulsives, liées à des images motrices bien nettes. « Je sens comme le mouvement, dit la malade, je suis prête à le faire. » Et sa mimique expressive confirme bien ses paroles.

L'apparition de cette idée s'accompagne d'un redoublement des douleurs de tête, surtout à la région postéro-supérieure, d'étouffement, de serrement à la gorge, poids à l'estomac, envie de pleurer, brouillard ou lumière devant les yeux. Ces phénomènes d'angoisse augmentent d'autant plus que la malade lutte avec son idée, sans grand succès d'ailleurs. La crise est, au contraire, moins pénible, moins longue, lorsqu'elle peut — ce qui arrive bien quelquefois, mais rarement — distraire son attention en s'éloignant de

l'objet qui a réveillé l'idée, soit qu'elle aille autre part, soit qu'elle essaye de s'occuper à quelque chose. Mais cela lui est difficile, car elle se sent alors, dit-elle, la tête tout à fait embrouillée.

Puis, la crise prend fin, et, dit la malade, « je me trouve bien après !... Si c'était toujours ainsi !... »

Ces crises paroxystiques sont souvent isolées ; mais parfois aussi, dès qu'une finit, une autre commence, et l'on voit se succéder quelquefois trois ou quatre crises en quelque sorte subintrantes.

Ajoutons, en terminant, que cette malade ne présente aucun signe d'hystérie.

QUATRIÈME LEÇON

L'obsession (SUITE).

SOMMAIRE. — I. Exemple clinique. — Obsessions apparaissant au cours d'un état de neurasthénie tardive, à la suite d'une attaque de ramollissement cérébral.

II. De l'*obsession hallucinatoire* et de l'*hallucination obsédante*.
Exemple clinique.

III. Des *troubles de la sensibilité générale* dans l'obsession.
Ils peuvent coexister avec des hallucinations. — Exemple clinique.
Ils peuvent exister seuls.
Ils sont alors provoqués par l'idée obsédante — Exemple clinique.
Ou bien, ils se montrent à l'état indépendant, déterminant à eux seuls la crise. — Exemples cliniques.

MESSIEURS,

I. — Dans notre dernière réunion, nous avons jeté un coup d'œil rapide sur l'aspect clinique général de l'obsession. Je vous ai aussi rapporté une observation et présenté deux malades qui vous ont permis d'abord de vérifier la plupart des particularités que je vous avais signalées; en outre, elles justifiaient la division de l'obsession en deux formes, l'une *constitutionnelle*, l'autre acquise, avec une série de cas intermédiaires.

Permettez-moi, avant d'aller plus loin, de vous citer encore un fait que j'ai observé il y a quelques années (1), et qui vient à l'appui de cette manière de voir.

(1) Observation présentée à la Société médico-psychologique (*Annales médico-psychologiques*, juillet-août, 1891).

Il s'agit d'un homme chez lequel les obsessions ont apparu à un âge avancé, au cours d'un accès de neurasthénie tardive, survenu lui-même à la suite d'une attaque de ramollissement cérébral.

Je n'ai pu me procurer de renseignements détaillés sur les ascendants de ce malade; je sais seulement que son père est mort à un âge avancé, soixante-quinze ans environ, d'une attaque d'apoplexie; la mère était migraineuse. Mon malade est fils unique; sa femme, hystérique, obèse, est morte paralysée à l'âge de cinquante ans. Ils ont eu trois enfants. L'un est mort de convulsions en bas âge; une fille, âgée de vingt-cinq ans, intelligente, d'une santé faible, a un caractère un peu romanesque et présente les symptômes atténués de la maladie du doute. Un fils de vingt ans, d'une intelligence moyenne, est d'un caractère extrêmement mystique; il a une asymétrie faciale des plus prononcées.

M. A..., qui n'a pu me renseigner sur sa première enfance, assure n'avoir jamais été malade. D'une taille assez forte et *régulièrement constitué, il était encore très vigoureux* et portait assez allégrement ses soixante ans. D'un caractère doux, très probe, intelligent et instruit, occupant une situation assez élevée dans une grande administration de l'État, un peu méticuleux dans l'exercice de ses fonctions, il n'a jamais eu cependant, jusqu'à ces derniers temps, de « manies » spéciales.

Quatre ans environ auparavant, c'est-à-dire à l'âge de cinquante-six ans, M. A..., à la suite d'une période de surmenage intellectuel, fut pris de symptômes neurasthéniques très accentués.

C'était, dans l'ordre physique, une céphalée sus-orbitaire, produisant une sensation de constriction et de pesan-

teur, des douleurs rachialgiques surtout au cou et au sacrum, de la faiblesse des jambes, surtout le matin au réveil, de l'insomnie persistante, des vertiges peu intenses mais presque permanents et rendant la marche très difficile, des troubles dyspeptiques, tels que lenteur de la digestion, ballonnement de l'estomac, éructations. Du côté intellectuel, fatigue rapide, compréhension difficile, paresse de la mémoire.

Ces différents symptômes se sont bientôt amendés sous l'influence d'un traitement approprié, et le malade a pu reprendre ses fonctions comme auparavant.

Deux ans et demi plus tard (à l'âge de cinquante-huit ans et demi), il eut une perte de connaissance de peu de durée, à la suite de laquelle il constata un peu d'engourdissement et de faiblesse dans le côté gauche du corps. Il ne s'en inquiéta guère; cependant il a remarqué que, depuis ce temps, sa jambe gauche est devenue de plus en plus faible.

A cinquante-neuf ans et demi, six mois à peu près avant que je le visse, à la suite de travaux intellectuels excessifs et d'émotions provoquées par des deuils de famille, il recommença à souffrir des malaises qu'il avait éprouvés, il y a quatre ans, et d'autres symptômes qu'il n'avait pas encore ressentis.

Au moment de mon examen, il se plaint, lorsqu'il marche, non seulement d'avoir les jambes faibles, mais de sentir parfois une sorte d'oscillation sous les pieds. Il accuse également une céphalée en casque des plus nettes, les points les plus douloureux se trouvant à la nuque et au-dessus des sourcils; il a aussi des douleurs le long de la colonne vertébrale. En outre, ses digestions se font mal; après les re-

pas, il est somnolent, son estomac est gonflé, il a des éructations fréquentes, mais pas de vomissements; constipation. Il se plaint de ne pouvoir travailler, de ne pouvoir même lire une lettre ou quelques lignes d'un journal, tant est grande et rapide la fatigue que cause le moindre effort d'attention. Il se sent incapable de prendre la moindre détermination; pour exécuter les actes les plus simples, il est assailli de doutes et de scrupules, qui, devenant parfois très intenses, s'accompagnent d'un sentiment d'angoisse très prononcé et d'une douleur dans la région précordiale (dont le malade, d'ailleurs, se préoccupe beaucoup). C'est, en somme, une véritable folie du doute.

J'ai été témoin de plusieurs accès de ce genre; je ne citerai qu'un fait, il est caractéristique. Un jour, le malade, venu à ma consultation, était sorti et descendait l'escalier. Quelques minutes après, on sonne et l'on me dit que la personne qui vient de sortir désire me parler de nouveau. « Je vous demande pardon, me dit M. A..., de vous déranger encore, et vous allez vous moquer de moi, sans doute. Mais en descendant l'escalier, l'idée m'est venue que la porte de votre appartement n'était peut-être pas fermée, et je n'aurais pas été tranquille si je n'étais pas venu de nouveau sonner pour la faire ouvrir, afin de me convaincre qu'elle était bien et dûment close. C'était plus fort que moi. Excusez-moi, je vous prie ; je me retire, car maintenant je suis rassuré. »

M. A... a également peur des voitures, et c'est pour lui un réel supplice que de traverser une rue. Il est aussi agoraphobe et ne peut franchir une place sans angoisse, que s'il en fait le tour. Ces différents symptômes sont tout récents; ils ont débuté à la suite de la seconde rechute. Jamais antérieurement M. A... n'avait éprouvé rien de semblable.

J'ajouterai que ce malade se rend parfaitement compte de son état; il s'en montre même très affecté; il se décourage, craint de ne pas guérir et de ne pouvoir plus se livrer aux travaux intellectuels. Il a aussi des préoccupations hypocondriaques sur l'état de sa santé physique, mais est néanmoins accessible aux consolations et aux exhortations qu'on lui prodigue.

Je vous signalerai enfin les troubles de la mémoire, qui sont assez complexes, en ce sens que les uns sont conscients et les autres inconscients. Ainsi le malade constate lui-même qu'il a beaucoup de mal à se rappeler ce qu'il lit, ce qu'il fait, certains noms, certains événements. Et même, à ce qu'il dit, ce serait là souvent l'origine d'accès d'angoisse, lorsque, par exemple, il ne se rappelle pas exactement s'il a fait telle ou telle chose, fermé sa porte, mis ses allumettes en lieu sûr, fermé sa caisse, etc. Lorsqu'il parle, même dans les moments de calme, il répète souvent plusieurs fois de suite la même chose, et cela inconsciemment, ou bien il oublie la réponse qu'on lui a faite, et lorsqu'on le lui fait observer, assure de la meilleure foi du monde qu'on ne lui a pas répondu.

Au point de vue somatique, on constate une diminution considérable de la force musculaire du bras et surtout de la jambe gauches. Pas d'exagération des réflexes tendineux. Dans la marche, la jambe gauche est un peu traînante, se soulève moins facilement du sol et fléchit sous le poids du corps. Les artères radiales et temporales sont sinueuses et un peu dures. Au cœur, on peut constater à la base un léger claquement du second bruit aortique. Les urines sont normales. Cataracte double commençante.

J'arrive au diagnostic.

La neurasthénie me semble évidente chez ce malade, et nous en trouvons la preuve dans la céphalée spéciale, la rachialgie, les vertiges, la sensation de faiblesse des jambes, les troubles dyspeptiques, etc.

D'un autre côté, on ne peut nier l'existence d'une affection organique qui peut être rattachée au ramollissement cérébral, si l'on en juge par l'état du système artériel. Rappelez-vous cet ictus qui a laissé à sa suite une parésie très nette de la jambe gauche.

Au point de vue intellectuel, vous reconnaissez sans peine les idées obsédantes dont je vous ai entretenus; mais il y a plus : parmi les troubles psychiques, les uns, comme les obsessions, sont conscients, exemple l'inaptitude au travail, l'incapacité de fixer l'attention, l'aboulie, la paresse de la mémoire, la difficulté de retenir certains faits. D'autres phénomènes sont inconscients : ce sont les défaillances de la mémoire qui se traduisent surtout par des répétitions dans la conversation. Les premiers paraissent justiciables de la neurasthénie; les seconds me semblent surtout imputables au ramollissement cérébral.

Quant aux préoccupations hypocondriaques, elles appartiennent plutôt au domaine de la neurasthénie, car elles se rattachent directement aux troubles neurasthéniques et aux obsessions. Notre malade, comme beaucoup de neurasthéniques hypocondriaques, présente aussi ce caractère particulier qu'il se laisse, au moins sur le moment, assez facilement convaincre de l'exagération de ses craintes.

Résumons-nous, Messieurs. Antécédents héréditaires peu significatifs, d'après nos renseignements ; dans les an-

técédents personnels, rien d'alarmant en tout cas, jamais d'obsessions.

A l'âge de cinquante-six ans environ, première atteinte de neurasthénie ; deux ans et demi après, ictus apoplectique léger, mais ayant cependant laissé à sa suite une hémiparésie notable, surtout dans la jambe gauche, et de la faiblesse intellectuelle. Un an et demi plus tard, seconde atteinte de neurasthénie s'accompagnant cette fois d'obsessions conscientes (folie du doute, peur des espaces, des voitures).

Le fait qui me paraît mériter toute votre attention, c'est l'apparition des obsessions à un âge avancé, chez un individu n'ayant jamais présenté aucun symptôme de ce genre. L'éclosion de ces obsessions peut être, dans le cas actuel, vraisemblablement rapportée aux accidents neurasthéniques.

Vous savez l'importance étiologique de la neurasthénie dans la genèse des idées obsédantes. Sans le surmenage intellectuel, sans les émotions qui l'ont assailli et qui l'ont fait verser dans la neurasthénie, il y a tout lieu de supposer que mon malade, malgré ses antécédents héréditaires, et eu égard à son âge avancé, eût pu continuer de vivre sans devenir un obsédé. D'un autre côté, il est à remarquer que les idées obsédantes ne sont survenues qu'au second accès de neurasthénie, et que, dans l'intervalle, il y a eu un ictus apoplectique dû sans aucun doute à un travail de ramollissement cérébral. Celui-ci peut-être n'a pas été sans jouer également un rôle dans l'apparition des obsessions au second accès de neurasthénie, en portant atteinte à l'équilibre intellectuel.

Ne vous semble-t-il pas que ce nouveau fait peut prendre place, sinon dans les formes absolument acquises de l'ob-

session, au moins dans les cas intermédiaires — les renseignements héréditaires incomplets m'imposent cette réserve? A tout prendre, ce cas ne se présente pas sous l'aspect d'une forme constitutionnelle, et justifie les divisions que je vous ai exposées à cet égard.

J'ai continué à suivre ce malade. Son état neurasthénique s'est d'abord considérablement amélioré sous l'action d'un traitement approprié, et les obsessions ont disparu complètement au bout de quelques mois (1891).

Il en a été ainsi pendant deux ans environ. Mais dans le courant de l'année dernière (1893), M. A... a eu de nouvelles attaques de ramollissement cérébral, dont la dernière l'a laissé hémiplégique droit et aphasique. Sa jambe gauche s'est aussi affaiblie de plus en plus, et il ne peut marcher aujourd'hui qu'avec la plus grande peine.

II. — Je reviens, Messieurs, à l'étude de l'obsession, et j'aborde une question assez controversée : *la présence des hallucinations* chez les obsédés.

D'après la grande majorité des auteurs qui ont écrit sur les obsessions, les hallucinations seraient exclues du cadre de ces phénomènes psychopathiques. Au dernier Congrès international encore, l'absence des hallucinations était présentée comme un fait caractéristique des obsessions avec conscience par le rapporteur, M. Falret; et malgré quelques objections de M. Charpentier, cette conclusion fut votée par le Congrès (1).

Ainsi que j'ai déjà eu l'occasion de vous le dire, cette opinion me semble absolument erronée. En me fondant sur quelques observations recueillies dans les auteurs et sur

(1) *Compte rendu du Congrès international de médecine mentale*, Paris, 1889.

un certain nombre de cas que j'avais observés, j'ai tenté de démontrer, dans une communication à la Société médico-psychologique (1), que l'hallucination ne doit pas être exclue du cadre des obsessions. Elle peut être alors tantôt secondaire à l'idée obsédante, tantôt primitive. Dans le premier cas, l'idée obsédante s'accompagne d'une hallucination qu'elle provoque (*obsession hallucinatoire*) ; dans le second, l'hallucination a une existence indépendante, avec tous les caractères communs aux obsessions en général (*hallucination obsédante*). Dans ces circonstances diverses, l'hallucination peut intéresser soit seulement les centres perceptifs communs, soit aussi les centres de la fonction langage; elle peut être verbale, auditive, visuelle, motrice d'articulation ou même motrice graphique; toutes ces hallucinations verbales, obsédantes et conscientes, prenant ainsi place à côté des autres variétés déjà décrites d'onomatomanie.

Depuis, d'autres exemples confirmatifs ont été rapportés, notamment par Catsaras (2), et j'en ai recueilli moi-même un certain nombre.

Voici d'ailleurs une malade de la consultation externe qui, entre autres obsessions, présente celle de la mort.

C'est une femme âgée de trente-quatre ans.

Sa mère avait des attaques de nerfs, vraisemblablement hystériques.

Son père, buveur, est mort à soixante et un ans, comme paralysé, tremblant et pleurant tout le temps. La femme d'un oncle maternel est devenue folle à la suite d'une couche, et notre malade s'en est beaucoup frappée.

(1) J. Séglas, *Annales médico-psychologiques*, 1892.

(2) Catsaras, *Annales médico-psychologiques*, 1892. — Voir aussi Ch. Féré, *Pathologie des émotions*, obs. XXXVI.

Elle-même eut des convulsions dans l'enfance. Elle fut toujours peureuse et impressionnable. Dès l'âge de quatre ou cinq ans, à l'occasion du moindre bobo, elle demandait tout de suite si elle allait mourir. Toute sa vie, elle a eu peur de la mort,; mais cette peur n'est devenue véritablement obsédante que depuis dix ans, à la suite d'une perte abondante survenue pour une fausse couche de trois mois. Dès ce moment, elle ne se sentit plus la même, elle était tout étourdie, « comme si elle n'avait plus de cerveau ». Elle mangeait peu, dormait mal; mais continuait cependant de travailler, sans grand courage, car elle se sentait très faible et se demandait si elle s'en remettrait jamais.

Un jour, au milieu de son travail, elle entend soudain comme une *voix intérieure*, dans sa gorge, lui disant: « C'est pas la peine, tu vas mourir. » En même temps, elle est tout angoissée, elle étouffe, le sang lui monte à la tête. Cela n'a pas duré longtemps, et elle a pu, bien que fort émue, se remettre à son travail. Mais depuis lors, à tout propos, cette voix intérieure se fait entendre, et si elle veut travailler, s'occuper de son ménage, causer même, elle entend intérieurement : « A quoi bon! tu vas mourir. » Et la voilà « toute tournée », rouge, angoissée, etc., réduite à l'inaction malgré tous ses efforts pour lutter et sous peine de voir la crise recommencer à sa première tentative d'occupation.

Cet état dura dix-huit mois. A plusieurs reprises, les crises furent même plus intenses et s'accompagnèrent d'*hallucinations visuelles*. Ainsi une fois, tout d'un coup, elle eut une vision « comme si la sainte Vierge lui apparaissait à travers le ciel entr'ouvert », en même temps qu'elle lui disait intérieurement : « Tu vas mourir. »

A plusieurs reprises aussi, elle s'est vue elle-même cou-

chée dans un cercueil, blême comme une morte; cela, toujours au moment des crises que provoquaient les voix intérieures. Son angoisse était telle alors qu'elle ne savait plus où elle était, se sentait vraiment défaillir, « le cœur lui manquer ». Au moment de ces crises, elle n'avait pas, dit-elle, le moyen de bien se rendre compte de ce qui lui arrivait, tellement elle était inquiète; mais à mesure que la crise finissait, elle se rendait compte de tout, reconnaissait que tout cela n'avait pas le moindre fondement, et se demandait seulement si elle n'allait pas « tomber tout à fait folle ».

Au bout de dix-huit mois, les crises s'atténuèrent et s'espacèrent, mais sans disparaître complètement. Sa santé physique était bonne. Cependant, souvent, et surtout au moment des règles, elle se sentait reprise par l'idée de la mort; alors elle avait beau lutter, « cela la poursuivait sans cesse ». Elle ne pouvait voir un prêtre, entendre le glas d'une cloche, ni même les mots d'enterrement, de cimetière, etc., sans que la voix intérieure lui dise : « Tu vas mourir! » « Je ne puis vous expliquer, disait-elle, ce que cela me faisait au cœur; cela dansait, je tremblais de partout, je me sentais rougir... J'avais beau me raidir, *il le fallait!...* »

Malgré tout, la vie lui était possible; à la suite de deux nouveaux accouchements, survenus l'un il y a huit ans, l'autre il y a cinq ans, il y eut pendant quelques mois une recrudescence des crises. Puis survint une période de rémission et, dit-elle, elle souffrait beaucoup moins de ses « idées » lorsqu'elle vint à Paris il y a trois ans. Elle eut alors beaucoup à travailler, « trop peut-être, ajoute-t-elle, et cela l'a reprise ». A tout propos, elle entendait la voix intérieure lui répéter : « A quoi bon, puisque tu vas mourir. »

En même temps sont survenues d'autres obsessions; quand elle voit une fenêtre, elle se sent poussée malgré elle à se jeter dans le vide. Elle ne peut aller chez le boucher, parce qu'elle y voit des couteaux et qu'alors elle se sent prise de la peur de commettre un assassinat. La lecture, le récit d'un crime lui produisent le même effet. Ces diverses obsessions s'accompagnent des mêmes symptômes d'angoisse que l'idée de la mort, alternant avec elle ou plus fréquentes à de certains moments.

J'en aurai fini, Messieurs, avec l'histoire de cette femme, quand je vous aurai dit qu'elle ne présente aucun symptôme d'hystérie. D'ailleurs, elle a une asymétrie faciale manifeste; les lobules des oreilles sont adhérents.

Voilà, vous n'en doutez pas, une malade atteinte d'obsessions, et les crises par lesquelles elles se manifestent, sans que le reste du complexus symptomatique soit d'ailleurs changé, s'accompagnent d'hallucinations. Ce sont presque constamment des hallucinations verbales motrices, auxquelles à plusieurs reprises se sont associées des hallucinations visuelles. Et ces hallucinations, ainsi que vous avez pu le voir, sont tantôt indépendantes de l'idée obsédante (*hallucination obsédante*), tantôt provoquées par elle (*obsession hallucinatoire*).

Les hallucinations verbales motrices sont ici les plus ordinaires et revêtent aussi une forme des plus nettes. Je crois, d'ailleurs, comme je vous l'ai déjà dit, que ce genre d'hallucinations particulières est très fréquent chez les obsédés, qui disent souvent en décrivant leurs idées que « cela leur vient à l'esprit comme si quelque chose le leur disait intérieurement, ou comme s'ils se parlaient à eux-mêmes ».

Les différentes espèces d'hallucinations, verbales ou communes, sensorielles ou motrices, que nous avons étudiées au début de ces conférences, peuvent se présenter au cours des paroxysmes de l'obsession ; je ne puis, faute de temps, vous en citer davantage. Vous en trouverez des exemples dans le travail que j'ai présenté à la Société médico-psychologique.

III. — Un autre groupe de faits méritent d'être rapprochés des précédents : ce sont ceux dans lesquels les fausses perceptions ne sont plus du domaine de la sensibilité spéciale, mais se rapportent à la *sensibilité générale*.

Les hallucinations motrices, communes ou verbales, par l'élément kinesthétique prédominant qu'elles renferment, sont déjà comme un exemple de faits intermédiaires.

Ces troubles de la sensibilité générale se conduisent alors vis-à-vis de l'obsession comme les autres hallucinations, se présentant dans le paroxysme soit *isolés*, soit *provoqués* par l'idée obsédante.

Le malade que nous allons examiner maintenant sera la confirmation de ce que j'avance. Chez lui, vous allez voir que l'idée obsédante *provoque à la fois* des hallucinations sensorielles et des troubles de la sensibilité générale.

Ce jeune homme, âgé aujourd'hui de vingt-huit ans, est issu d'une famille de névropathes. Assez mal équilibré lui-même au point de vue intellectuel, il n'avait cependant présenté aucun trouble ressemblant à une obsession, lorsque le 10 mars de l'année dernière, en se promenant avec son père et sa mère, il eut peur d'un chien enragé, qui passa non loin de lui, mais ne le toucha même pas.

A dater de ce moment, le père, la mère et lui-même eurent la crainte obsédante de la rage.

Je laisse de côté l'histoire du père et de la mère, sans grand intérêt d'ailleurs.

Pour lui, cet événement l'impressionna très fort et le laissa dans un état de malaise indéfinissable, les jambes brisées, ne pouvant manger ni dormir, rêvant de chiens, ressentant comme un poids à l'estomac, qui l'empêchait de respirer et d'avaler.

Au bout de plusieurs jours, il fut pris de la crainte de devenir enragé, en se rappelant que, plusieurs années auparavant, il avait été mordu légèrement par un chien et que ce chien *aurait pu* être enragé.

Cette crainte, d'abord vague, se précisa bientôt, s'accompagnant de phénomènes d'anxiété de plus en plus marqués, et revenant à intervalles de plus en plus rapprochés, pour atteindre son maximum au bout d'un mois environ.

C'est alors que nous voyons apparaître les symptômes sur lesquels je désire attirer votre attention. A ce moment, l'idée de la rage, qui n'était qu'une sorte de crainte vague réveillée par la vue d'un chien, le mot rage, etc., vint à s'accompagner de symptômes nouveaux. Lorsqu'elle se présentait à l'esprit du malade, *il ressentait en même temps une sensation douloureuse* très violente à la jambe droite, à l'endroit où il prétendait avoir été mordu autrefois, et où il n'existe d'ailleurs, vous le voyez, aucune trace de cicatrice. En même temps, il avait comme *une envie de mordre* et d'égratigner si violente, qu'il croyait mordre réellement et se regardait parfois dans la glace *pour s'assurer que ses mâchoires restaient immobiles.*

Ces nouveaux symptômes se reproduisirent désormais à chaque crise. En outre, il lui est arrivé parfois *de voir* en même temps comme écrit ou *d'entendre* bourdonner à ses

oreilles le mot : « Rage... rage... rage... » D'autres fois, lorsque la crise le prenait dans ses nuits sans sommeil, il voyait des chiens dans sa chambre. Un jour même, sa crise l'ayant pris dans la rue, il se mit à s'enfuir devant un chien enragé imaginaire *qu'il croyait voir* à ses trousses; il cria, ameuta les passants ébahis qui ne voyaient rien du tout pour leur part.

Parallèlement, les symptômes d'angoisse devenaient plus intenses; le malade les écrivait lui-même alors : « Malaise général indéfinissable, bourdonnements d'oreilles, obscurcissement de la vue, vertige, resserrement de la poitrine, nausées, dyspnée extrême, secousses dans tout le corps. »

Ces crises devinrent bientôt presque continuelles, entretenues sans cesse par la douleur de la jambe, devenue persistante, bien que plus sourde entre les paroxysmes, au moment desquels elle s'exaspérait toujours.

Cela dura ainsi jusqu'au mois d'octobre, puis les crises s'espacèrent, s'atténuèrent. La crainte de la rage s'effaça, mais une nouvelle crainte survint, celle de l'épilepsie.

Je m'en tiendrai à la première partie de cette histoire. Vous y voyez, en effet, la preuve que des troubles de la sensibilité générale peuvent être provoqués par l'idée obsédante aussi bien que les hallucinations sensorielles, puisqu'ici ces différents symptômes se montrent *concurremment*.

Mais les troubles sensitifs peuvent se manifester à l'état *isolé*, *dans les mêmes circonstances*.

J'ai suivi pendant longtemps à la consultation externe un homme âgé de trente-six ans, forgeron, qui, entre autres obsessions, fut atteint de la peur de la rage. Un jour, à 2 heures du soir, il conduisit à Alfort, dans une petite voi-

ture, un chien qui avait été mordu à 7 heures du matin. Lui-même n'avait été mordu en aucune façon; cependant il fut vivement impressionné, et quelques jours après il fut obsédé par la crainte de la rage. Comme ses autres idées obsédantes, celle-ci se présentait par crises, venant petit à petit, et annoncées « par une douleur de tête, des tremblements, un point de côté au cœur ». Elles avaient ceci de particulier qu'elles s'accompagnaient d'une *sensation très douloureuse à la main gauche,* dans un endroit où le malade s'était égratigné avec un morceau de fer, six semaines environ avant qu'il conduisît son chien à Alfort, et à ce moment, dit-il lui-même, cette égratignure était déjà complètement guérie et ne le faisait nullement souffrir.

Il va sans dire que lorsqu'une sensation douloureuse de ce genre et une idée obsédante se trouvent ainsi une fois associées, elles peuvent se réveiller l'une l'autre, l'idée provoquant la sensation ou réciproquement. Elles font corps ensemble.

Il est d'autres cas, enfin, où les troubles de la sensibilité générale, cœnesthétiques, sont *indépendants* d'une idée obsédante quelconque, et déterminent à eux seuls la crise.

On pourrait déjà invoquer à l'appui de cette opinion les faits dans lesquels on observe, sans idée obsédante, quelques-uns des symptômes habituels de l'angoisse dans le paroxysme, se présentant d'une façon indépendante tout en gardant leurs autres caractères.

Mais je préfère laisser de côté ces exemples pour considérer ceux dans lesquels un trouble cœnesthétique, spécial et déterminé, existe à l'origine de la crise obsédante.

Ils ne sont pas rares, d'ailleurs.

Un de mes malades, présentant déjà de la folie du doute,

de l'agoraphobie, voyait quelquefois les crises occasionnées par ces obsessions remplacées par d'autres crises semblables, mais uniquement déterminées par ce fait qu'il se sentait tout d'un coup allonger ou grossir.

Un autre, également douteur, avait des crises de symptomatologie identiques à ses crises de doute, mais déterminées par une sensation spéciale. Tout d'un coup, n'importe où, dans la rue, il était obligé d'enlever son chapeau, parce qu'il sentait sa tête devenir énorme, et, comme le précédent, il ne pouvait arriver à corriger ces fausses sensations.

Une dame, atteinte d'idées obsédantes très variées (folie du doute, délire du toucher, impulsions diverses, etc.), tombait souvent dans une crise angoissante, parce qu'elle sentait sa tête devenir démesurément grosse, et cela d'une façon si nette, qu'il lui fallait se tâter longtemps avec les mains, se regarder dans une glace, avant d'acquérir une certitude qui mît fin à son angoisse.

Dans cet ordre d'idées, nous pouvons invoquer à titre d'exemples un *certain nombre* des faits relatifs à la glossodynie, aux obsessions buccales ou dentaires, ou plus généralement aux algies psychiques, à la topoalgie.

Chez une des malades de la consultation externe, obsédée par la peur de l'eau, des voitures, des ponts, des grandes places, la crise est souvent amenée aussi par une sensation douloureuse qu'elle éprouve sur le côté et à la base de la langue. Cela la pique, la gêne, « absolument, dit-elle, comme si elle avait une épingle, une arête de poisson dans la bouche » ; et elle tousse, crache pour s'en débarrasser. La sensation douloureuse disparue, le calme revient.

L'histoire des perversions sexuelles fourmille aussi de faits analogues.

J'espère, Messieurs, que les différents exemples que je viens de vous fournir ont pu vous convaincre qu'il ne fallait rayer de la symptomatologie de l'obsession, ni les hallucinations, ni même les phénomènes analogues qui se produisent du côté de la sensibilité générale.

CINQUIÈME LEÇON

L'obsession (SUITE).

SOMMAIRE. — De la *conservation de la conscience* dans l'obsession. — Les obsédés, pendant leurs crises, ne conservent pas toute leur conscience personnelle. — Ce qu'il faut entendre par un *état de conscience :* il implique la *notion de la personnalité.* — L'obsession peut être considérée comme une sorte de *dédoublement de la conscience personnelle.*

De la division de la conscience dans les différentes variétés d'obsessions. — Son étude dans l'obsession en général, conditions favorables à la mettre en évidence.

Elle se montre déjà quand les obsédés luttent sans succès contre leurs idées obsédantes, ou essayent de les chasser en fixant leur attention sur un travail déterminé. — Exemples cliniques. — État de l'attention dans l'obsession : *hypertrophie de l'attention involontaire* au détriment de l'attention volontaire, réduite ou impossible. — *Tous les obsédés sont des abouliques.*

Le *contraste psychique.* — Exemple clinique. — Tendance irrésistible à la contradiction. — Exemples cliniques.

Existence de *troubles de la sensibilité générale*, cœnesthétiques. — Ils se rencontrent dans nombre de cas où l'on ne pense pas à les rechercher : agoraphobie, folie du doute, impulsions. — Exemples cliniques.

Obsessions dites *abouliques :* troubles de la perception personnelle amenant l'impossibilité d'accomplir certains mouvements. — Ce fait s'observe aussi dans des obsessions décrites sous d'autres noms, délire du toucher, agoraphobie. — Exemples cliniques.

Obsessions *impulsives.*

Obsessions *intellectuelles.* — Exemple clinique, folie du doute. — Les troubles de la perception personnelle peuvent porter tantôt sur les faits actuels, tantôt sur les souvenirs de faits passés, devenant ainsi la source des interrogations.

Certains obsédés en arrivent à méconnaître leur propre personnalité, et même leur existence. — Exemples cliniques.

Chez les obsédés qui cèdent à leurs idées, à leurs impulsions, ou recourent à des subterfuges pour s'en débarrasser, l'idée pathologique a envahi tout le champ de la conscience.

La présence des hallucinations dans l'obsession montre également bien l'obnubilation de la conscience.

De l'état de la conscience dans les crises prolongées et les obsessions de longue date.

Conditions physiques et psychiques de la division de conscience chez l'obsédé. — Exemple clinique, auto-observation d'un obsédé. — Les troubles de la conscience interparoxystiques. — La diathèse d'incoercibilité psychique de Tanzi.

Les caractères de la division de conscience, de la désagrégation psychologique dans l'obsession.

En résumé, « *l'obsédé est conscient d'un côté qu'il est inconscient de l'autre* ».

MESSIEURS,

Notre dernière réunion a été consacrée à l'étude d'une particularité de la symptomatologie de l'obsession : la présence des hallucinations.

Il en est une autre que je vous ai signalée en passant et que je désirerais analyser de plus près avec vous, avant d'en finir avec ce sujet : je veux parler de la *conservation de la conscience* dans l'obsession.

Tous les auteurs sont d'accord pour attribuer une valeur spéciale à l'état de la conscience chez l'obsédé.

Mais le terme de *conservation de la conscience*, que l'on emploie en général, est-il vraiment exact ? Est-il bien vrai de dire que la conservation de la conscience reste *toujours complète* chez l'obsédé, *avant*, *pendant* et *après* les paroxysmes ?

Pour ma part, Messieurs, je ne le pense pas ; et je vais essayer de vous présenter les arguments qui ont décidé de ma conviction.

Il s'agit tout d'abord de bien délimiter la catégorie des malades à étudier. Nous envisagerons uniquement les obsédés qui n'ont que des obsessions rentrant dans le type clinique que je vous ai décrit. Nous laisserons de côté ceux qui présentent en même temps un délire quelconque, de

persécution, hypocondriaque, etc., associé ou combiné avec leurs obsessions.

Que les obsédés, dans les intervalles de calme, *aient conscience*, comme on dit couramment, de la nature pathologique des symptômes obsédants qu'ils éprouvent, le fait est indéniable; encore verrons-nous tout à l'heure qu'il est bon de faire à ce sujet quelques réserves.

Que, sous l'influence de la crise, ils continuent à se rendre exactement compte des troubles psychiques qui les assaillent, cela est déjà plus discutable. Sans doute, un très grand nombre d'entre eux constatent et discutent leurs obsessions, même en pleine crise. Mais cela prouve-t-il que la conservation de la conscience reste complète? Nullement, à mon avis.

Dire que la conscience reste complète, parce que le malade semble assister en spectateur aux phénomènes morbides qu'il éprouve, parce qu'il cherche à combattre par tous les moyens dont il dispose un état de choses qui lui semble étranger et insupportable, me paraît un raisonnement quelque peu contradictoire.

En effet, cet état de choses, qui lui *semble* étranger, est un fait tout subjectif, survenu dans l'intimité même de son être psychique. Or, par cela même qu'il semble étranger au malade — tellement étranger qu'il lutte sans cesse et vainement contre lui pour le réduire ou l'éliminer — eût-il la notion la plus exacte possible de son caractère anormal, il n'en est pas moins vrai que ce malade n'a pas la notion complète de tous les éléments constituant, à ce moment donné, sa personnalité individuelle; en un mot, qu'il n'a pas conservé intacte sa *conscience personnelle*.

Revenons, pour préciser davantage, à l'idée obsédante, et voyons comment elle nous apparaît, en dernière analyse, à cet égard, avec son cortège de symptômes habituels, le syndrome obsession.

L'idée obsédante, a-t-on dit depuis longtemps, naît de *l'inconscient*.

Comment peut-elle s'y élaborer? Je ne veux pas entrer ici dans des détails psychologiques qui sortiraient du cadre de nos études. Je vous ferai simplement remarquer que cette élaboration se fait sans nul doute de la même façon, d'après les mêmes lois que celle de toutes nos idées ordinaires conscientes. Il est certain, d'autre part, que dans des conditions absolument normales, un grand nombre d'états de conscience ont le même point de départ.

Mais voici où siège la différence : c'est que dans ce dernier cas, tous les éléments psychiques tendent à se réunir en une synthèse ou un système cohérent dont il est possible de suivre la filiation et qui, après réduction ou élimination de quelques-uns d'entre eux, se fond harmoniquement dans la conscience personnelle.

Je m'explique.

Nous pouvons nous figurer un état de conscience comme le résultat d'une opération en deux temps : — d'abord, l'existence d'un certain nombre d'éléments psychiques, par exemple des sensations diverses visuelles, auditives, kinesthétiques, etc., simultanées, isolées les unes des autres, pouvant même avoir une source différente; — en second lieu, une opération mentale active — perception personnelle — par suite de laquelle ces éléments simples, isolés (sensations élémentaires, états affectifs, phénomènes subconscients, comme il vous plaira de les appeler), viennent à se réunir, se combiner entre eux et surtout avec la masse

des notions antérieures qui constituent la personnalité individuelle, la conscience personnelle.

Ils aboutissent ainsi à un état unique auquel souvent l'un d'eux, principal, donne sa couleur, mais sans que pour cela cette synthèse définitive ressemble à aucun de ses éléments constituants. Ainsi a pris naissance ce qu'on appelle un *état de conscience* qui peut être une perception, une émotion, une volition claires, précises, bien définies, et dont le caractère principal est l'adjonction, l'assimilation à la *notion de la personnalité*.

Voilà, bien sommairement, ce qui se passe à l'état normal. En est-il de même dans l'obsession? Assurément non.

Dans cet état pathologique, sans doute par suite de l'aboulie, de la faiblesse de l'attention qui préexiste toujours chez l'obsédé, la synthèse reste imparfaite. Au lieu d'aboutir à une synthèse unique et définitive, les éléments psychiques restent isolés ou forment entre eux de petites synthèses secondaires plus ou moins complexes, mais ne sont jamais qu'incomplètement assimilés aux acquisitions antérieures figurant dans la conscience du sujet, constituant la notion de sa personnalité.

Parfois même ces synthèses partielles, secondaires, fonctionnant pour leur compte, comme autant d'automatismes, entrent en lutte avec elle et avec assez d'avantages pour accaparer à leur profit un certain nombre de ses éléments, arrivant ainsi à l'obnubiler, quand elles ne l'effacent pas tout à fait.

L'obsession n'est donc, en résumé, qu'un état particulier de la désagrégation psychologique, *une sorte de dédoublement de la conscience*.

Nous n'examinerons pas, à cet égard, toutes les variétés d'obsessions; elles sont innombrables, et leur étude nous entraînerait beaucoup trop loin. D'autre part, ces variétés sont bien artificielles. Leur dénomination ne dépend guère que du symptôme prédominant, et l'on réunit sous un même titre : folie du doute, délire du toucher, agoraphobie, onomatomanie, etc., des obsessions dont les éléments composants sont en réalité assez divers.

De même, ce serait, je crois, sans grand profit que nous nous occuperions successivement des obsessions intellectuelles, émotives, impulsives. Si les éléments psychiques qui entrent dans leur composition sont variables, il n'en est pas moins vrai qu'une idée, une émotion, une volition, envisagées dans leurs rapports avec la conscience personnelle, se présentent sous un jour identique. Plus accentués dans les impulsions, les troubles de la conscience sont moins évidents dans les obsessions intellectuelles; par suite, ils nous apparaîtraient seulement avec des différences d'intensité, non de nature.

Aussi me paraît-il préférable, pour étudier la division de conscience dans l'obsession, d'envisager ce syndrome en général, tout en insistant sur les conditions plus particulièrement favorables à la mettre en évidence.

Cette division de la conscience est extrêmement nette chez certains malades.

Elle se montre déjà, sous sa forme la plus atténuée, dans les cas les plus favorables, alors que le malade assailli par une idée obsédante pathologique entre en lutte avec elle, la raisonne, la discute et finit par la réduire à sa valeur normale ou la repousser. A ce moment, le calme renaît, la crise est passée. Mais il reste évident que pendant sa durée,

le malade a dû mettre en jeu toutes les notions enregistrées dans sa conscience personnelle pour faire face à une idée qui ne cadrait pas avec elles, qui semblait en quelque sorte étrangère.

D'ailleurs, bien exceptionnels sont les cas dans lesquels cette lutte contre l'idée obsédante donne de bons résultats. Toute idée que l'on discute tend, par ce fait même, à devenir plus nette dans la conscience, c'est-à-dire à accaparer à son profit un plus grand nombre d'éléments psychiques; et cette tendance sera d'autant plus accentuée qu'il s'agira d'une idée obsédante, irrésistible et envahissante de sa nature. N'oublions pas non plus que l'obsédé, toujours primitivement aboulique, voit vite ses forces intellectuelles s'épuiser dans la lutte, ne peut plus se raisonner lui-même et en arrive à implorer souvent l'assistance des autres. Encore celle-ci est-elle souvent impuissante.

Mais les troubles de la conscience peuvent être encore plus accusés.

La malade que voici vous fournira de nombreuses preuves des faits que nous allons passer aujourd'hui en revue.

Je ne vous exposerai pas son observation en détail, de peur d'abuser de votre attention, et aussi pour éviter des digressions oiseuses.

Cette dame, qui aujourd'hui a passé la quarantaine, est issue d'une famille comptant plusieurs aliénés. Elle est atteinte elle-même de la forme constitutionnelle de l'obsession. Ses idées obsédantes remontent à l'âge de quatorze ans; elles n'ont fait que se développer progressivement depuis cette époque, malgré quelques périodes de rémission plus ou moins prolongées, et elles se sont toujours

présentées sous trois aspects : folie du doute, délire du toucher, impulsion à frapper.

C'est une femme très intelligente, analysant bien les symptômes qu'elle éprouve. Or, écoutez ce qu'elle nous dit lorsqu'elle parle de ses idées obsédantes :

« Je me fais l'effet d'être *double,* je me sens comme *deux* pensées se combattant : une qui est bien la mienne, qui cherche à raisonner, mais sans succès ; une autre qui me serait en quelque sorte imposée et que je subis toujours. Dans tout cela, je finis par ne plus me reconnaître, mes idées s'embrouillent et je ne puis plus démêler le vrai du faux. »

On ne peut pas décrire d'une façon plus caractéristique la division de la conscience dans la crise obsédante.

En voici une nouvelle preuve, et c'est la même malade qui va nous la donner.

Je vous ai dit, dans notre dernière réunion, que les obsédés, remarquant eux-mêmes qu'ils sont plus tranquilles lorsqu'ils sont distraits par un travail absorbant, essayent souvent de faire trêve à leur idée morbide en s'appliquant à quelque occupation. Ce procédé, vous ai-je fait observer, réussit souvent. On le conçoit sans peine : la fixation entière de l'attention dans un sens déterminé a comme effet de faire converger vers un même but tous les éléments psychiques renfermés à ce moment dans la conscience personnelle, c'est-à-dire de provoquer une seule synthèse mentale très cohérente et volontaire.

Mais ce résultat, vous disais-je encore, n'est pas toujours atteint, d'abord parce que l'obsédé est déjà aboulique et que son attention se fatigue vite ; ensuite parce que l'obsession vient mettre obstacle à la systématisation mentale et substituer la division à l'unification.

Écoutez ce que dit notre malade : « Mes *idées* m'arrivent beaucoup moins quand je suis bien occupée, et le mieux que j'aie à faire pour être tranquille, c'est de m'occuper à un travail qui m'absorbe l'esprit. Mais cela n'est pas aisé, parce que je m'applique difficilement maintenant; je n'ai plus de mémoire, et bien que je fasse ce que je puis pour être bien attentive à ce que je fais, je n'y suis jamais tout entière. Bientôt voilà que ma tête repart dans mes idées et mes ruminations. En même temps que je suis là à faire tous mes efforts pour comprendre, raisonner ce que je veux faire, il y a dans mon esprit une *autre* pensée comme étrangère qui s'impose à moi, me distrait, m'empêche de faire ce que je voudrais, ee à quoi elle arrive toujours. Car bien vite je ne comprends plus rien à ce que je fais, je suis absorbée par mes ruminations sans pouvoir raisonner et me rendre un compte exact de rien. »

Un jeune homme, atteint de folie du doute, me disait de même : « Au début de ma maladie, je pouvais encore m'occuper, et alors mes idées me laissaient tranquille. Il m'était possible de m'en distraire en m'occupant à autre chose sans trop de difficulté. Maintenant, je ne puis plus m'absorber sur rien, je ne puis plus même lire; mon attention s'éparpille aux moindres faits, je ne comprends ni ne retiens rien. » — Il s'était toujours beaucoup occupé de littérature, de musique. « Aujourd'hui, ajoute-t-il, au théâtre ou au concert, je suis continuellement distrait; malgré tous mes efforts, je ne puis suivre le spectacle, je regarde sans voir, j'écoute sans entendre; et pendant tout ce temps, mes idées me travaillent, partant du programme que j'ai à la main pour arriver au Kamtchatka, et cela n'a pas de raison de s'arrêter. »

Les obsédés nous apparaissent ainsi sous le même aspect que les personnes qui, concentrées sur un travail absorbant, ne perçoivent plus, ou perçoivent incomplètement les excitations du monde extérieur. A cet égard, ils sont comme eux en quelque sorte anesthésiques, et le fait est confirmé par les recherches expérimentales de Buccola, dont je vous ai parlé l'avant-dernière fois (p. 75).

J'observe actuellement une jeune onomatomane en proie à des obsessions presque constantes; elle est absorbée en elle-même et reste insensible à toute excitation extérieure. Si on lui parle, il faut la secouer pour la faire répondre; elle paraît alors s'éveiller comme d'un rêve, n'ayant même pas entendu ce qu'on lui a dit. Puis, rapidement elle retombe dans son état d'absorption intérieure.

Il y a cependant une différence entre l'obsédé et le travailleur absorbé dans ses occupations. Chez ce dernier, la distraction vis-à-vis des choses extérieures est provoquée par ce fait que l'attention s'exerce *volontairement* dans une certaine direction, dénotant ainsi une activité réelle de l'esprit. Chez l'obsédé inattentif à ce qui se passe autour de lui, il ne s'agit plus que de phénomènes d'*automatisme;* l'effort volontaire d'attention est réduit au minimum, tandis qu'il y a au contraire fixation sur un point et développement exagéré de l'attention spontanée, *involontaire.*

Cette distinction, Messieurs, est importante à bien des égards; il faut bien s'entendre lorsqu'on dit que l'obsession correspond à une hypertrophie de l'attention. Cette *hypertrophie de l'attention* ne porte que sur l'attention *involontaire*, spontanée, au détriment de l'attention volontaire, réfléchie ; cette dernière se trouve, au contraire, considérablement réduite, parfois impossible. L'idée obsédante arrive à s'imposer à la conscience, à l'envahir par

une sorte d'effraction de la volonté, malgré l'attention.

L'obsession n'est pas une exagération de la volonté sous sa forme intellectuelle, c'est-à-dire de l'attention, pas plus que l'impulsion n'est une exagération de la volonté sous sa forme motrice. Obsédés comme impulsifs, tous sont des abouliques, tous présentent cet état de dissociation psychique que nous cherchons en ce moment à définir.

Messieurs, les exemples que vous venez de voir ont déjà pu, je l'espère, vous convaincre ; or, ce sont là des cas tout à fait ordinaires. Il en est d'autres, et non pas des plus rares, où la dissociation psychique est encore plus manifeste.

C'est d'abord lorsque l'idée obsédante est en contradiction directe avec les tendances individuelles du sujet, produisant ce qu'on a appelé quelquefois le *contraste psychique* (Raggi).

Vous savez, par exemple, que les impulsifs homicides sont souvent portés à frapper les personnes pour lesquelles ils ont le plus d'affection ; telle la malade que nous avons examinée ensemble dans notre avant-dernière réunion.

Voici un autre exemple où le contraste psychique est plus évident encore.

Une jeune fille, d'une famille névropathique, commença, vers l'âge de douze ans, à avoir des scrupules religieux qui, par la suite, firent place à une véritable folie du doute, portant sur l'accomplissement des devoirs religieux, des conséquences que cela pouvait avoir, etc. A l'âge de vingt-trois ans, obsédée plus que jamais par ses ruminations maladives, la malade fit le vœu de se faire religieuse. Dès lors, elle alla mieux et fut pendant deux ans à peu près

débarrassée de ses obsessions. A cette époque, sa sœur tombe assez gravement malade ; voilà notre obsédée poursuivie par cette idée que cette maladie résulte de ce qu'elle n'a pas encore accompli son vœu. Elle le renouvelle formellement et se trouve calmée. Sa sœur guérit. La malade songe alors sérieusement à se faire carmélite. Mais chaque fois qu'il s'agissait de mettre à exécution ce projet, elle était prise malgré elle d'idées absolument contradictoires, rêvant du monde, de fêtes, d'aventures romanesques, etc., cet état s'accompagnant d'une angoisse extrême. « Et, dit-elle, plus je voulais me faire religieuse, plus il me venait de *ces idées contraires*. »

En même temps, elle avait des impulsions également angoissantes. A l'église, elle se sentait poussée à blasphémer, à faire des gestes inconvenants, des grimaces devant l'autel. *Elle n'est même pas bien certaine*, malgré tous ses efforts, de ne pas s'être laissée aller à ces impulsions. Si elle allait à confesse, au lieu de s'humilier, elle avait, dit-elle, des envies de raconter toutes sortes de choses pour se rendre intéressante et qu'on pense très bien d'elle. Elle avait également par instants du délire du toucher, de l'arithmomanie, etc. ; enfin, elle présentait des symptômes très accentués de neurasthénie.

Dans ce même ordre d'idées, nous pourrions placer un certain nombre des faits de manie blasphématoire de Zani et de Verga.

Il en est aussi de beaucoup plus simples et qui, en raison même de cette simplicité, mettent mieux en lumière le contraste psychique et la division de conscience.

Ce sont ceux où l'obsédé est irrésistiblement poussé à se contredire lui-même.

Raggi (1) rapporte aussi l'observation d'un jeune homme de vingt ans, névropathe héréditaire, qui par instants ne pouvait ouvrir la bouche sans être forcé de faire les raisonnements les plus absurdes, et souvent même de dire tout le contraire de ce qu'il eût voulu. Et cela le prenait surtout à propos de questions sérieuses. Il se rendait compte de cet état qui l'affectait beaucoup. Mais malgré tous ses efforts, il ne réussissait pas à se dominer, cette impulsion étant toujours plus forte que la contrainte qu'il s'imposait.

J'ai vu moi-même un fait de ce genre dont voici la relation sommaire.

Un jeune homme âgé de dix-neuf ans, fils d'un père obsédé, d'une mère hystérique, étant lui-même d'une intelligence très moyenne, d'un caractère taciturne, romanesque, avait toujours été enclin à la contradiction; étant tout enfant, il suffisait qu'on lui dît une chose pour qu'il fît tout le contraire.

Vers douze ans, à la première communion, idées mystiques, scrupules religieux exagérés, doute.

A dix-huit ans, excès de travail, veilles, pratiques religieuses exagérées, jeûnes amenant un état de neurasthénie très prononcé, maux de tête, palpitations, accès d'angoisse précordiale sans motif. Au bout de quelques mois, agoraphobie, puis idées obsédantes très particulières.

A de certains moments, pendant un temps plus ou moins long, quelques jours en général, M. C..., lorsqu'on lui parle, fût il de l'avis de son interlocuteur, se sent irrésistiblement poussé à le *contredire*, ce qui souvent l'amène à *nier* les faits les plus évidents, comme le son d'une cloche voisine, la couleur d'un objet à distance de vision distincte

(1) Raggi, *Archivio italiano per le malattie nervose*, 1887.

et sans qu'il ait de daltonisme. Il reconnaît lui-même que c'est absurde, mais ne peut s'en empêcher. Ce qui le peine le plus, c'est qu'il lui arrive aussi par moments *de se contredire lui-même* et, au moment où il veut exprimer une idée, de dire tout le contraire de ce qu'il veut.

Les obsessions dans lesquelles existent ces *troubles de la sensibilité générale* sur lesquels j'ai appelé votre attention dans notre dernière conférence, mettent aussi en évidence la désagrégation psychologique chez les obsédés. En effet, ces sensations étranges, venant de la cœnesthésie, modifient le complexus de faits psychiques englobés sous le nom d'état cœnesthétique. Or, celui-ci, comme vous le savez, constitue la base fondamentale de l'idée de la personnalité. Toutes ces causes, capables déjà d'altérer l'homogénéité de la conscience personnelle, peuvent se relier encore à toute une série de nouveaux phénomènes psychiques, qui ne lui restent aussi qu'imparfaitement assimilés.

Rappelez-vous les exemples que je vous ai déjà cités, où ces troubles se montrent à l'état isolé (p. 113 et suiv.).

On les retrouve également dans nombre de cas d'obsessions bien vulgaires, où l'on ne pense jamais à les rechercher.

C'est ainsi qu'on englobe sous le nom d'agoraphobie des faits certainement disparates.

Si, dans la plupart des cas, l'agoraphobie est bien réellement la peur de l'espace, il en est d'autres où elle n'est qu'une forme d'obsession aboulique pure — je vous en citerai un exemple tout à l'heure — ou en rapport avec un de ces troubles cœnesthétiques dont je viens de vous parler.

Un de mes malades, par exemple, est pris d'une crise anxieuse chaque fois qu'il doit traverser une place. Sans

doute, cette place lui fait peur, il redoute de la franchir ; mais pourquoi ? C'est qu'à ce moment il ne sait plus comment s'y prendre pour marcher, pour faire mouvoir ses jambes. L'une d'elles, en effet, la droite, lui semble comme dédoublée (*sic*) ; il se sent comme trois jambes et parfois il voit même cette troisième jambe à côté des deux autres, et s'il ne peut traverser la place, c'est qu'il ne sait comment il doit faire pour marcher avec trois jambes au lieu de deux.

Voici un autre cas dans lequel l'agoraphobie semble de même être surtout en rapport avec un trouble de la perception personnelle des sensations internes, cœnesthétiques.

Je connais une dame qui, à de certains intervalles, se trouve condamnée à rester cloîtrée chez elle et ne peut descendre dans la rue sans être prise d'une crise angoissante. Agoraphobie, direz-vous ? — Soit ; mais est-ce simplement la peur de l'espace qui l'angoisse ? — Non pas. « Au bout de quelques pas, dit-elle, il me semble que je me *dédouble*. *Je perds la conscience* (*sic*) de *mon corps* qui est comme en avant *de moi*. Je marche, j'ai bien conscience que je *dois* marcher, mais je n'ai pas conscience de ma propre identité, que *c'est bien moi* qui marche. Je fais des efforts pour me prouver que c'est bien moi, et souvent il me faut interpeller un passant, entrer dans un magasin pour parler, demander quelque chose afin de me donner une nouvelle preuve que *je suis bien réellement moi*. »

Ces faits si caractéristiques me dispenseront, Messieurs, de plus amples commentaires, et je reviens à la malade que je vous ai présentée tout à l'heure ; nous allons la voir accuser, dans des conditions analogues, des troubles psychiques tout à fait identiques.

Je vous ai dit déjà qu'au nombre de ses idées obsédantes

figurent des impulsions à frapper, surtout les enfants. Lorsqu'elle en rencontre un sur son chemin, elle se sent poussée malgré elle à le frapper, et en même temps elle éprouve dans le bras droit la même sensation que si elle frappait réellement. Cela est si net, qu'elle prend toujours la précaution de maintenir son bras, tant est grande sa peur de frapper. Cependant, malgré cette précaution, quand cette hallucination kinesthétique motrice, vient à se produire, cette femme ne sait plus exactement si oui ou non le mouvement a été réellement exécuté, et dans le désarroi mental de la crise qui survient alors — comme elle a aussi de la folie du doute — elle se demande si elle n'a pas réellement frappé. Elle se rappelle que sa main, dont elle a senti le mouvement, tenait un sac renfermant des objets pesants. N'aurait-elle pas blessé l'enfant qui passait?

L'hallucination motrice domine ainsi la conscience personnelle, détourne à son profit les événements psychiques qui lui sont contemporains, si bien que la malade n'a plus une conscience exacte de leur valeur, reste dans l'incertitude ou arrive même à la conclusion qu'elle a bel et bien frappé, que l'enfant est blessé, etc.

Au nombre des idées de doute multiples que présente cette même malade figure au premier rang la *crainte de tromper* — ou même, comme nous le verrons dans un instant, d'avoir pu tromper malgré elle son mari.

Ce doute angoissant la prend souvent le matin au réveil, parce qu'elle se sent alors, en bonne neurasthénique qu'elle est, toute courbatue, anéantie, éprouvant la même sensation générale qui suivait autrefois les rapports conjugaux. Aurait-elle donc trompé son mari la nuit, sans s'en rendre compte? C'est en vain qu'elle ferme ses portes et ses fenêtres le soir avec toutes sortes de précautions, qu'elle

a même été jusqu'à y mettre des scellés, qu'elle constate le matin que tout est bien en place, qu'elle n'a pu sortir, que personne n'a pu entrer. Elle ne peut arriver à se raisonner, à se débarrasser de ses craintes, en présence de la fatigue et des troubles cœnesthétiques qu'elle éprouve, et elle n'aboutit qu'à cette solution singulière — ou plutôt à cette nouvelle interrogation — la possibilité d'un état de somnambulisme inconscient.

Les troubles de la perception personnelle ressortent encore de l'analyse de ces obsessions, dites quelquefois plus particulièrement *abouliques*, et consistant dans l'impossibilité d'accomplir tels ou tels actes ; cela, non par suite d'un sentiment, d'une idée pathologiques reliés à cet acte même, mais simplement par un défaut de synthèse des différents éléments psychiques commandant l'exécution même de l'acte.

S'il est des cas où, existant seules, elles se présentent sous une forme très nette, ayant pu leur mériter une dénomination spéciale (ananabasie, anesthie, anupographie, etc.), il en est d'autres où elles se trouvent englobées sous un même titre avec des faits quelque peu différents.

Par exemple, dans certains cas de *délire du toucher*, ou mieux du contact *passif*, le malade ne peut toucher ou supporter le contact d'un objet, parce que cette sensation tactile s'associe chez lui à l'idée d'une substance malpropre, nuisible, à des craintes d'empoisonnement qui le poussent à éviter le contact de ces objets. Il ne touchera, par exemple, des allumettes, un bouton de cuivre, des pièces de monnaie qu'avec des gants ou en prenant un pan de son vêtement.

Mais d'autres fois, le délire du toucher devient *actif* en quelque sorte. Le malade ne peut toucher un objet, simple-

ment parce qu'il est incapable à un moment donné de combiner ce mouvement, de synthétiser les différents facteurs psychiques nécessaires à sa production. Et ce qui le prouve, c'est qu'une fois ce mouvement devenu familier, se reproduisant dans des circonstances identiques, il peut s'exécuter automatiquement. L'acte ne nécessite plus une synthèse active, un travail de perception personnelle, mais résulte d'une simple association (1).

« Ce que je fais naturellement, disait fort bien Montaigne, si je m'ordonne de le faire par une expresse et prescrite ordonnance, je ne sçay plus le faire. Cette tyrannie rebute mes membres... ils se croupissent d'esfroy et de despit ! »

Des faits identiques se présentent chez certains agoraphobes, dont l'agoraphobie ne se manifeste que dans certaines circonstances déterminées, comme lorsqu'ils se trouvent en face d'un endroit inconnu ou simplement nouveau à de certains égards. J'ai observé un malade de ce genre qui ne pouvait arriver à traverser une place qu'il ne connaissait pas; pour les autres, il avait son chemin tout tracé dont il ne devait pas s'écarter sous peine de crise. Malgré la nouveauté de certains faits inhérents à chaque traversée, il avait alors, comme il le disait lui-même, « un certain nombre de points de repère », assurant un automatisme suffisant pour l'exécution de l'acte. Au contraire, la traversée dans une diagonale opposée était un fait nouveau, nécessitant l'assimilation d'un nombre très grand de données psychiques qui lui était impossible; il était alors comme une personne égarée dans un pays inconnu, ne

(1) Voir P. Janet, *Revue philosophique*, 1891 ; Raymond et Arnaud, *Annales médico-psychologiques*, 1892.

sachant où diriger ses pas. Et il remarquait lui-même que ce n'était qu'une affaire d'habitude, « de mise en train ».

Déjà faciles à apercevoir dans ces obsessions abouliques, les troubles de la conscience personnelle sont encore plus nets dans les impulsions irrésistibles commandant au malade des actes ridicules ou nuisibles qu'il est invinciblement poussé à accomplir malgré tous ses efforts. Alors même qu'elles ne sont pas suivies d'effet, les choses restent les mêmes. Je vous ai déjà rappelé la phrase bien connue : « L'idée d'un mouvement, c'est déjà le mouvement qui commence. » Or, vous l'avez vu, chez ces malades, l'idée du mouvement est tellement nette qu'elle détermine même parfois une hallucination motrice.

Il en est encore ainsi, Messieurs, dans les formes d'obsessions purement intellectuelles. La folie du doute nous en offre en particulier des exemples nombreux, et notre malade encore vous semblera, je l'espère, démonstrative à ce point de vue.

Je vous disais tout à l'heure que souvent ses idées de doute se traduisent par l'inquiétude qu'elle a d'avoir pu tromper autrefois son mari. Un des faits auxquels elle rapporte aujourd'hui le plus souvent ces craintes est, comme tous les autres, parfaitement insignifiant par lui-même. Maintenant encore, la malade dit se bien souvenir qu'à l'époque où ce fait s'est passé, il y a vingt ans, elle *était sûre* de n'avoir rien à se reprocher, ce qui n'empêche pas qu'aujourd'hui elle n'est plus sûre de ce qui a pu se produire. A force de ruminer sur ce qui aurait pu se passer alors dans l'hypothèse où elle se place aujourd'hui, elle en arrive à se demander si cela ne s'est pas passé réellement

de la façon qu'elle redoute, si elle n'aurait pas été coupable inconsciemment, sans s'en être rendu compte autrefois.

Les troubles de la perception personnelle, intéressant les images qui sont la base des *souvenirs*, introduisent ainsi dans les préoccupations obsédantes une sorte d'élément amnésique qui est comme le pivot des interrogations.

Mais ces interrogations peuvent souvent faire place à des *certitudes* par une sorte de confusion entre le souvenir réel qui reste incertain et les associations d'idées qu'il réveille actuellement.

Notre malade, par exemple, qui ne peut arriver à être sûre de l'exactitude des faits qu'évoque sa mémoire, se dit : « Mais pourquoi donc ai-je peur que ce fait se soit passé? Si j'ai peur, c'est qu'il y a bien eu quelque chose. » Et alors cette chose qu'elle redoute se précise petit à petit et devient si nette dans son esprit qu'elle finit par *affirmer :* « Je me souviens. » Elle ne sait plus alors qu'il s'agit d'une simple association d'idées nouvelles à propos d'un fait ancien, mais « elle se la représente comme on se représenterait une chose qui serait *vraiment* arrivée » (*sic*). Cela est tellement net qu'elle ne doute plus. Quelques jours après la crise, elle juge sainement les choses et se dit : « Suis-je assez bête d'avoir eu ces préoccupations ; » ce qui ne l'empêche pas d'être reprise par d'autres toutes semblables, qu'elle n'apprécie pas mieux que les précédentes à leur juste valeur.

Sans s'adresser aux faits du passé, le défaut de synthèse psychologique peut n'intéresser que des *faits de perception actuels*.

Nous en avons vu des cas dans les obsessions abouliques, portant sur l'exécution de certains actes ; et le même fait

se retrouve tout aussi bien lorsque cette aboulie est purement intellectuelle. Tels ces individus qui, obsédés par la crainte du vol, comptent et recomptent leur monnaie sans se décider à la prendre; tels ceux qui, pour mettre une lettre à la poste, vérifient le timbre, l'enveloppe, l'adresse et se mettent à genoux sur le trottoir pour souffler dans la boîte aux lettres.

Ce fait est encore absolument net chez notre malade, surtout lorsqu'on envisage les notions d'espace et de temps.

Ainsi, elle se trouve incapable de localiser un bruit à sa distance réelle. Si elle entend marcher dans la rue, elle croira volontiers que c'est à côté d'elle, et la voilà reprise de ses craintes d'adultère inconscient.

Si son mari la quitte un instant, pour passer dans une autre pièce, pour descendre de tramway avant elle, elle ne peut arriver à se rendre compte du temps que cette absence a duré. Une minute lui semble des heures qui auraient pu être remplies par une série d'événements ; et elle reste impuissante à juger aussi bien de la durée qu'ils eussent exigée pour s'accomplir, que de celle du temps réel.

Ce sont là, vous le comprenez, autant de causes qui interviennent d'autre part pour augmenter ses craintes rétrospectives. Lorsque la perception actuelle des faits est aussi défectueuse, leur évocation par la mémoire ne peut qu'être empreinte d'une incertitude encore plus grande.

Mais ces troubles de la conscience personnelle peuvent être encore plus étendus, à tel point que le malade arrive à *méconnaître sa propre personnalité*.

Ainsi cette dame, toujours tourmentée par des scrupules de conscience, en est même arrivée plusieurs fois, à la nouvelle d'un crime retentissant, à être obsédée par la crainte

qu'elle pouvait en être l'auteur, perdant assez la notion des faits réels enregistrés dans sa conscience personnelle à ce moment pour pouvoir douter de son innocence et s'affirmer coupable ; tout en étant incapable, d'ailleurs, de reconstituer et d'affirmer les événements qui auraient marqué son crime imaginaire.

Dans des cas plus accentués encore, le malade n'a plus aucune notion de son identité, de sa *propre existence*.

Je soigne en ce moment un jeune enfant d'une douzaine d'années, atteint d'obsessions à forme constitutionnelle. Ce petit malade présente au plus haut degré cet état d'instabilité mentale dont je vous ai parlé précédemment.

Tout effort d'attention lui est impossible et provoque même souvent une série de phénomènes réactionnels d'automatisme, revêtant presque l'apparence d'une crise convulsive. Il se prend à tousser, à rire d'une façon excessive, parle avec volubilité, chante, se livre même à des mouvements désordonnés, dès qu'il vient de faire un effort pour fixer son esprit sur un sujet quelconque.

Cet état spasmodique, qui suit les tentatives d'attention, est bien connu chez les malades de ce genre, et M. Pierre Janet en fait une étude très complète, à propos des troubles de l'attention chez les hystériques (1). Mais chez l'enfant en question, ce n'était qu'un phénomène lié à son état constitutionnel d'instabilité mentale.

Au bout d'un certain temps, il fut pris d'accidents tout différents, d'idées obsédantes, notamment de folie du doute avec délire du toucher. Puis survinrent certains épisodes

(1) P. Janet, *État mental des hystériques; les stigmates mentaux.* Bibliothèque Charcot-Debove.

qui sont, je crois, de nature à bien vous faire saisir l'obnubilation de la conscience pendant l'obsession.

Parfois, en se promenant, comme il restait un peu en arrière de son précepteur, celui-ci le rappelait vers lui. L'enfant accourait aussitôt ; et après l'avoir rejoint, tout à coup il s'écriait qu'on l'avait abandonné, laissé en arrière, qu'il fallait retourner le chercher, qu'il était perdu. Et il fallait longtemps au précepteur stupéfait pour le rassurer, lui persuader qu'il n'en était rien et que cet abandon n'avait jamais eu lieu.

Une autre fois, voyant passer une voiture cellulaire, il aperçut le garde municipal à la lucarne. La voiture passée, le voilà pris soudain d'une grande peur, craignant d'avoir été emmené par le garde qui l'aurait regardé en passant.

Enfin, un jour qu'il jouait au « gendarme et au voleur » avec son maître, celui-ci tire sur lui un coup de pistolet avec un de ces jouets d'enfants qu'on charge d'une amorce, et en même temps, il lui dit : « Vous êtes mort. » Subitement l'ardeur de l'enfant se calme, le voilà pris d'un paroxysme d'angoisse ; il demande très sérieusement s'il est tué ou non, exigeant de plusieurs de ses parents l'assurance réitérée qu'il est bien encore en vie.

En face de tels faits, Messieurs, que penser de la conservation de la conscience pendant la crise d'obsession ?

Mais sans recourir à ces exemples que vous pourriez peut-être qualifier d'exceptionnels, l'obnubilation de la conscience n'est-elle pas tout aussi accentuée dans les cas les plus vulgaires, alors que le malade cède à son obsession ; ou bien emploie pour s'en débarrasser, à ce qu'il croit, certains « trucs » plus ou moins ingénieux qui ne sont réellement

qu'une sorte de concession, de satisfaction donnée à l'idée obsédante?

Alors l'obsédé s'est complètement adapté à son idée pathologique. Le processus morbide qui la constitue est devenu tellement envahissant qu'il absorbe à son profit presque tout le champ de la conscience.

Le dipsomane qui cède à son impulsion, abandonnant sa famille, ses affaires, vendant ses vêtements pour boire jusqu'à l'ivresse et même l'alcoolisme; le délirant du toucher qui se lave indéfiniment les mains pour avoir effleuré un bouton de porte ou rencontré un enterrement, peuvent-ils passer pour avoir eu à ce moment la conservation de toute leur conscience?

Évidemment non, Messieurs. Alors qu'ils se laissent aller à la satisfaction de leur penchant, c'est qu'ils s'y sont totalement adaptés. La vaste synthèse psychique, qui constituait leur conscience personnelle, s'est trouvée effacée un instant devant la synthèse nouvelle correspondant à l'idée obsédante, de plus en plus précise et absorbante. Si, pour un moment, tous les éléments psychiques ont convergé vers un même but, s'ils semblent s'être groupés en une seule synthèse, un état de conscience unique, celui-ci n'est justement que le dernier terme d'épanouissement de la synthèse pathologique, la manifestation la plus nette de l'asservissement et de l'éclipse momentanée de la conscience personnelle chez un sujet qui, pour un instant plus ou moins long, fut un véritable délirant.

Les cas d'obsession dont je vous ai parlé, où figurent des *hallucinations*, nous montrent également, d'une façon très évidente, combien la conscience peut être obnubilée au moment du paroxysme.

Tandis que dans l'hallucination consciente simple, l'individu se rend un compte très exact du symptôme qu'il éprouve, le discute, l'analyse, le juge à sa valeur, l'halluciné obsédé n'apprécie toujours que très difficilement — souvent même pas du tout — le caractère morbide de ses hallucinations au moment du paroxysme.

Un malade dont j'ai déjà rapporté l'histoire, poursuivi par des hallucinations obsédantes de l'odorat, ne se rend exactement compte des symptômes dont il souffre qu'après sa crise. Au moment même, il ne peut se raisonner; l'odeur lui semble parfois tellement forte, il la sent si nettement, qu'il *croit même s'apercevoir* que les personnes qui l'entourent la sentent aussi.

Ceux qui ont des hallucinations motrices croient souvent de même avoir réellement entendu ou prononcé des paroles, accompli des mouvements. Nous en avons vu ensemble plus d'un exemple.

Si, dans certains cas, la crise passée, le malade juge exactement le phénomène morbide qui vient de l'assaillir, dans d'autres, il reste impuissant à le faire; et c'est souvent là l'origine d'une crise nouvelle d'obsession, témoin notre malade lorsqu'elle est sous le coup de son impulsion de frapper les enfants.

L'autre jour encore, cette dame, en descendant dans sa cave, se sent poussée et croit voir un individu caché dans l'ombre. Elle remonte effrayée, et alors affirme qu'elle a *vu* cet individu aussi nettement que cela est possible dans l'obscurité, qu'il y était réellement, et la voilà reprise alors de la crainte d'avoir commis avec cet être, imaginaire en réalité, un acte d'adultère.

Le même fait est fréquent d'ailleurs chez bien des obsédés, qui, en dehors de toute hallucination, gardent le souvenir du

paroxysme, mais ne peuvent arriver à expliquer, sinon confusément, ce qui s'est passé en eux à ce moment, tout en pouvant reconnaître ensuite que ces phénomènes inexplicables sont « de la maladie ».

Il est à remarquer d'autre part que, dans les crises prolongées sous forme d'accès presque continus, le malade ne se rend qu'un compte entièrement vague de son état; témoin la première de celle que je vous ai présentées l'avant-dernière fois (1). De même, à la longue, à mesure que l'obsession dure, que les crises ou accès se répètent ou se prolongent, que l'affection tend à revêtir une forme presque continue, la conscience s'obscurcit de plus en plus. Tous les auteurs sont à peu près d'accord sur ce point. « Le malade, dit Schuele (2), accepte l'idée obsédante qui prend place au milieu de ses autres pensées; la séparation disparaît, et l'idée obsédante devient un délire véritable. » L'obsession a tourné à la « manie » — en employant ce terme dans le sens usuel, extra-médical; — elle est devenue une habitude, que le malade ne raisonne plus, qui fait partie intégrante de son être psychique.

J'espère, Messieurs, que ces différents exemples ont pu vous montrer la division de conscience qui correspond à l'idée obsédante.

Mais ce n'est là qu'une simple interprétation de ce phénomène, une analyse et non une explication. Il faudrait, pour compléter la théorie de cet accident psychopathique, en rechercher le mécanisme, examiner à fond l'état mental particulier en vertu duquel il peut se produire, ainsi que

(1) Voir page 92.
(2) Schuele, *Traité des maladies mentales*.

les conditions physiques auxquelles cet état mental se rattache lui-même.

« Tous les hommes, disait fort justement Condillac, ne peuvent pas lier leurs idées avec une égale force ; les raisons qu'on en pourrait donner sont toutes physiques. »

C'est là un sujet qui mériterait une étude approfondie ; je regrette de ne pouvoir l'aborder maintenant. Je vous rappellerai seulement que, dans la description rapide que je vous ai tracée de la symptomatologie de l'obsession, vous retrouverez cet enchaînement de symptômes : — faiblesse, épuisement, déséquilibration du système nerveux, symptômes neuro et psycho-asthéniques (émotivité, aboulie motrice et intellectuelle [aprosexie], impulsivité ou plus généralement tendance à l'automatisme psychologique) — aboutissant en dernier terme à l'obsession.

Pour terminer, Messieurs, permettez-moi de vous rapporter une dernière observation particulièrement caractéristique à cet égard et qui, je l'espère, pourra suppléer à toute description.

M. X..., âgé de trente ans, est le fils d'une hystérique qui a même présenté des troubles mentaux caractérisés. Il ne sait rien de son enfance. Jusqu'à l'âge de dix-huit ans, il n'a rien éprouvé d'anormal ; en tout cas, rien qui ressemble aux symptômes qu'il accuse aujourd'hui. Il est d'ailleurs fort intelligent et a reçu une éducation des plus complètes.

Vers l'âge de dix-huit ans, il se préparait à concourir pour l'École normale supérieure, lorsqu'il fut pris, au cours de travaux excessifs et de veilles prolongées, de symptômes neurasthéniques : céphalée occipitale et en casque, faiblesse des jambes, spermatorrhée, troubles digestifs, paresse des

digestions, vapeurs à la tête, narcolepsie, etc. En même temps apparurent des symptômes psychiques (simple paresse intellectuelle d'abord, avec fatigue rapide pour le moindre travail) qui, progressivement et très rapidement, se sont développés sous l'aspect qu'ils ont encore aujourd'hui.

En bon psychologue, il a fait lui-même une analyse consciencieuse de son état mental. « Toutes mes facultés, dit-il, se sont affaiblies, mais je crois que ma maladie est surtout une maladie de l'attention. Du moins, c'est là ce qui m'est le plus pénible. Je ne puis pas fixer volontairement mon attention sur quelque chose ; car, d'un autre côté, ma pensée est entraînée malgré moi dans un courant d'idées que je ne puis refréner. Tout travail intellectuel m'est à peu près impossible ; quand je commence quelque chose, au bout de peu de temps je ne puis plus y prêter attention, et la distraction volontaire par le travail est tout à fait insuffisante pour maîtriser le courant des idées étrangères qui se pressent malgré moi dans mon esprit. Pour un travail très simple même, mon attention s'éparpille, je ne vois pas l'ensemble et je me perds dans les détails.

« L'affaiblissement de la mémoire me frappe aussi beaucoup. Que je ne retienne rien de nouveau, cela ne m'étonne guère, car je ne comprends pas grand'chose à quoi que ce soit. Mais d'un autre côté, je n'évoque que difficilement les faits anciens. Je ne puis me rappeler les choses que je cherche, me représenter mentalement les personnes que j'ai connues, les endroits que j'ai parcourus.

« Je constate aussi que chez moi toutes les impressions des sens ou morales ne se font pas du tout comme devant. Ainsi les impressions esthétiques, musique, peinture, ne sont plus les mêmes ; et pour ce qui regarde les impressions

sensorielles, les sens sont plus sensibles qu'auparavant et les objets ne me produisent plus le même effet qu'autrefois. Je puis dire que *si j'ai les mêmes sensations, je n'ai plus les mêmes perceptions*... Et en même temps que j'ai l'impression présente, j'ai le souvenir de l'impression passée. *Je vis comme si j'étais double*, et par moments, je suis dans une sorte d'état de rêve. Si par exemple je passe dans une rue (bien que je ne puisse volontairement voir mentalement les choses), malgré moi je me rappelle ce que j'y ai vu quand j'y suis passé la dernière fois, et le souvenir est plus net que l'impression actuelle du moment ; souvent même, il l'efface, et ensuite je m'éveille comme d'un rêve... »

Je ne veux pas prolonger outre mesure ces différentes citations. Il me semble qu'elles suffisent pour donner une idée très nette de l'état mental habituel particulier de notre malade.

Au début, tout se bornait là ; mais depuis cinq ans à peu près, il présente d'autres symptômes, et ceux-là ne sont plus constants, mais paroxystiques. Ce sont des obsessions.

Le malade a remarqué lui-même qu'elles se montraient toujours lorsque les symptômes neurasthéniques dont il souffre venaient à s'accentuer, et en particulier lorsque « son estomac va plus mal ».

Les idées obsédantes sont variables. C'est le plus souvent une sorte de folie du doute qui le pousse malgré lui à rechercher les causes et les conséquences de n'importe quoi ; — ou bien, lorsqu'il fait quelque chose, il est tenté de le défaire, craignant que ce soit mal fait ; souvent il n'est pas sûr de s'être bien exprimé, d'avoir traduit exactement sa pensée ; — ou s'il achète un objet, il a peur de ne pas

en avoir payé le prix exact et revient jusqu'à quatre et cinq fois redemander si l'on a bien trouvé le compte.

Ces différentes idées s'accompagnent d'une angoisse extrême : chaleur à la tête, palpitations, oppression, « comme lorsqu'on est dans l'attente d'une mauvaise nouvelle ».

Mais ces crises angoissantes sont encore en rapport avec d'autres idées. C'est ainsi qu'elles se présentent souvent le soir, parce que, en se couchant, il sent son corps comme changer de forme et il a le plus grand mal à corriger cette fausse sensation.

D'autres fois, la crise est déterminée par l'exécution d'un acte des plus simples, mais qu'il n'a pas l'habitude de faire. Il ne sait comment s'y prendre, et jamais seul il n'en viendrait à bout, dit-il ; « il faut le mettre en train, et une fois parti, cela marche. »

Il est également agoraphobe et, à ce propos, il nous donne des renseignements très curieux.

C'est ainsi que ses crises d'agoraphobie ne sont pas toujours dues au même mécanisme.

Tantôt elles résultent de cette indécision, de cette aboulie qui accompagne les actes les plus simples. Devant une place, il s'arrête, pris d'angoisse, ne sachant comment s'y prendre pour la traverser. Une fois parti, il continue sans difficulté.

Lorsqu'il s'agit d'une place qu'il connaît, les choses vont toutes seules s'il doit la traverser dans un sens qui lui est familier ; la crise ne se présente que si son chemin vient à être changé. J'ai déjà fait allusion à ce fait tout à l'heure.

Enfin la crise agoraphobique est le plus souvent reliée à l'exagération de cet état, presque normal chez lui, qu'il décrit si bien et qui lui fait superposer ses souvenirs à l'impression actuelle. Il ne voit pas nettement la place telle qu'elle est, mais telle qu'il se souvient de l'avoir vue, et

c'est cette confusion qui détermine son impuissance et sa crise.

Il lui est arrivé aussi en pareil cas de sortir dans une direction déterminée, et au bout d'un assez long chemin, de s'apercevoir « qu'il a marché automatiquement sans avoir pu saisir la transition première de la marche voulue à la marche automatique ». Le voilà alors pris d'angoisse : « Je me dis tout à coup, raconte-t-il : mais est-ce que c'est bien moi qui suis ici? Est-ce bien moi qui marche? Et alors je fais des efforts inouïs d'appliquer *ma conscience à cette inconscience* (*sic*) pour me rendre bien compte que *je* fais les mouvements de la marche. Si bien qu'à un moment, pendant cette sorte de crise, avant la certitude absolue, *je suis conscient d'un côté que je suis inconscient de l'autre* (*sic*). »

J'espère, Messieurs, que cette observation a pu vous faire saisir, sans qu'il soit besoin de plus amples explications, la genèse même et la nature de l'obsession ayant son point de départ dans des conditions somatiques particulières : déséquilibration nerveuse, état neurasthénique. Vous avez pu voir aussi cette division de la conscience, qui accompagne les crises, préparée et entretenue par un état mental persistant à un degré plus ou moins accentué. L'autobiographie de notre malade met en lumière, mieux que toute description, la note spéciale de cet état mental, ses différents éléments : troubles de la volonté, de l'attention, de la mémoire, dénotant déjà une altération de la perception personnelle. Cette désagrégation psychologique, cette division de la conscience qui atteint son maximum au moment de la crise obsédante, n'en existe pas moins dans les intervalles, à l'état latent, comme en puissance, constituant une sorte de diathèse mentale particulière qu'on pourrait ap-

peler, avec Tanzi, la *diathèse d'incoercibilité psychique* (1).

L'idée obsédante qui en est la manifestation la plus parfaite, l'accident ultime, semble donc bien exactement constituée par un groupement, une synthèse de certains phénomènes psychiques qui, loin de s'assimiler à la synthèse principale représentant la conscience personnelle, entre en lutte avec elle. Il est donc inexact de dire que cette dernière est conservée intégralement ; au contraire, elle se trouve dissociée ; un certain nombre de faits psychiques lui restent toujours étrangers, leur compréhension (*comprehendere*) lui échappe ; ils l'obnubilent toujours plus ou moins.

Je m'empresse d'ajouter que les faits psychiques qui constituent l'idée obsédante *ne sont pas totalement* subconscients et indépendants, comme cela arrive dans d'autres formes de désagrégation mentale, l'hystérie, par exemple.

Ils ne sont abandonnés qu'en partie à leur développement automatique, ils envahissent à chaque instant la conscience, se mêlant aux autres pensées (2).

C'est là la note particulière de l'obsession, qui fait que l'individu peut se rendre compte de ce qu'il éprouve, peut même l'analyser assez exactement ; mais cela ne veut dire en aucune façon qu'il soit complètement conscient, au sens strict du mot.

En résumé, Messieurs, je pense qu'au lieu de continuer à donner la conservation complète de la conscience comme une caractéristique de l'obsession, il serait plus exact de dire que cette caractéristique, pour employer l'expression topique de notre malade, réside dans ce fait que l'*obsédé est conscient d'un côté qu'il est inconscient de l'autre.*

(1) Tanzi, *Archivio italiano per le malattie nervose*, 1891.

(2) P. Janet, *État mental des hystériques ; les accidents mentaux.* Bibliothèque Charcot-Debove, p. 292 et suiv.

SIXIÈME LEÇON

De la confusion mentale primitive[1].

Sommaire. — Confusion mentale primitive. — Considérations historiques.

Divisions. — Confusion mentale, symptôme secondaire ou primitif ; états de confusion symptomatiques ou épisodiques ; confusion mentale primitive affection.

Symptômes. — Il en est de somatiques et de psychiques ; parmi ces derniers, les uns sont fondamentaux, les autres accessoires.

A. Symptômes psychiques : 1° fondamentaux : — facies, désorientation, troubles du langage, de l'attention, de la perception, de la mémoire, des mouvements volontaires, de la conscience personnelle.

2° Symptômes psychiques accessoires : — idées délirantes, hallucinations, impulsions, tics, mouvements automatiques ; — agitation et dépression générales ; — ton émotionnel ; — docilité.

B. Symptômes somatiques : — fièvre, asthénie générale, amaigrissement; troubles moteurs, vaso-moteurs, trophiques, digestifs, etc.

Exemple clinique.

Messieurs,

Parmi les formes diverses que revêt l'aliénation mentale, il en est une qu'on observe peu souvent dans les services d'aliénés, mais qui, en revanche, se rencontre assez fréquemment dans la clientèle de ville. Je veux parler de la *confusion mentale*. Comme vous pouvez être exposés à vous trouver en présence de cas de ce genre dans la pratique courante, je tiens à vous dire quelques mots sur cette forme vésanique, généralement peu étudiée en France aujourd'hui.

(1) Leçon (février 1894) résumée par M. H. Meige, in *Archives générales de médecine*, mai 1894.

Vous n'en trouverez pas de description dans les traités français, à l'exception de celui de M. Dagonet. Il est même assez singulier de constater, en face de l'abondance des travaux étrangers, le silence des auteurs français actuels sur une question de médecine mentale qui, comme tant d'autres, fut cependant, à l'origine, mise en lumière dans notre pays.

Les premières indications, en effet, se rencontrent dans les œuvres d'Esquirol qui, dans le cadre trop vaste assurément de sa démence, décrit cependant une *démence aiguë*, variété « survenant à la suite d'écarts passagers de régime, d'une fièvre, d'une hémorragie, d'une métastase, de la suppression d'une évacuation habituelle, du traitement débilitant de la manie ».

Cette démence aiguë d'Esquirol est distinguée ensuite nettement et décrite à part par Georget sous le nom de *stupidité*.

Puis vinrent sur le même sujet les travaux d'Étoc-Demazy, Ferrus, Brierre de Boismont. Mais c'est surtout à Delasiauve que nous devons les études les plus importantes sur la stupidité. Dans une série d'articles il a donné, et de main de maître, une monographie complète de la stupidité et des confusions intellectuelles à laquelle, aujourd'hui encore, il y a bien peu à reprendre et à ajouter.

Devant ce modèle d'analyse clinique et psychologique, on s'étonne que les idées de l'auteur, malgré le talent, la conviction qu'il mit à les défendre, n'aient point été adoptées par la grande majorité des aliénistes français, et qu'on n'ait pas accordé également plus d'attention aux travaux et observations à l'appui dus à quelques autres écrivains (Sauze, Berthier, Ach. Foville, Becquet, Dagonet, etc.).

On s'est rangé plutôt, en France, à l'opinion soutenue à la même époque par Baillarger, qui rattachait tous ces faits à la mélancolie, sous le nom de *mélancolie avec stupeur*. Or, les vues de Baillarger sont beaucoup trop exclusives et ne s'appliquent qu'à certains cas particuliers. Delasiauve et ses partisans, tout en reconnaissant pour une part l'exactitude des vues de Baillarger, décrivent d'autre part isolément un groupe de faits particuliers auxquels ils réservent le nom de *stupidité* ou *confusions intellectuelles*.

Plus tard, une autre cause a puissamment contribué à faire oublier les idées de Delasiauve : c'est l'apparition de la théorie de Morel sur la *dégénérescence mentale*. Cette théorie, qui mérite évidemment une place importante dans la pathologie générale, a été appliquée d'une façon excessive à la clinique ; et c'est là, à mon avis, une tendance fâcheuse contre laquelle il est indispensable de réagir. Avec cette conception, en effet, on arrive à faire rentrer dans la folie dégénérative une foule de formes morbides disparates qu'on ne se donne même plus la peine de classer. Peu à peu, le mot *dégénéré* devient un simple synonyme d'*aliéné*, et la dégénérescence mentale n'est plus guère qu'un *caput mortuum* dans lequel s'entassent pêle-mêle les cas les plus divers de vésanie.

C'est seulement en 1892 que la question de la confusion mentale fut reprise en France par M. Chaslin, dans une communication au congrès de Blois.

Très discutée à ce moment, la tentative de M. Chaslin fit cependant rapidement son chemin. Un an après (sans compter quelques mémoires à l'appui publiés dans l'intervalle par différents auteurs), au congrès de la Rochelle, la plupart des aliénistes français, à propos des auto-intoxications dans les maladies mentales, semblaient admettre la

confusion mentale qui prenait ainsi désormais droit de cité en France comme à l'étranger.

C'est qu'en effet, mieux inspirés que nous, les étrangers avaient mis à profit les premiers travaux français sur la question et continué d'étudier la confusion mentale, qu'ils décrivaient sous des noms divers, le plus ordinairement ceux de *Verwirrtheit*, *amentia*, *dysnoia*, et d'autres encore que je ne citerai pas tous ici (tels que *Acute primäre Verrücktheit*, *Hallucinatorischer Wahnsinn*, etc.), pour ne pas compliquer cette étude déjà difficile.

Vous trouverez d'ailleurs, pour la synonymie et l'historique, tous les renseignements désirables dans l'excellent travail de M. Chaslin (1). Je ne connais depuis cette époque que quelques mémoires sur des points particuliers du sujet, mais aucun travail d'ensemble (2).

Sans plus insister sur ce côté de la question, qui sort de notre programme, nous nous bornerons à l'étude clinique de ces cas intéressants, non seulement au point de vue nosographique, mais aussi et surtout au point de vue pratique ; car s'ils soulèvent des problèmes de diagnostic et de pronostic souvent fort ardus, le traitement lui-même comporte parfois des indications d'une grande importance. Sans doute, je n'ai pas la prétention de trancher ici ces questions, il restera encore longtemps des inconnues à dégager ; mais ce but sera d'autant plus vite atteint que l'attention des médecins se fixera davantage sur ces formes délirantes.

(1) Ph. Chaslin, *Annales médico-psychologiques*, 1892.— Voir aussi *Journal des connaissances médicales*, 1894.

(2) Voir depuis : Hannion, *Thèse de Paris*, 1894. — Ph. Chaslin, *la Confusion mentale primitive*, 1 vol. in-18, Paris, 1895.

Un premier point à établir, c'est que la *confusion mentale*, prise au sens strict du mot, n'est qu'un symptôme banal qu'on peut rencontrer dans presque toutes les formes de l'aliénation, mais sous des aspects divers et avec une valeur différente, ainsi que l'a très bien indiqué M. Chaslin.

Vous pourrez vous en rendre compte en vous reportant au tableau que je vous soumets :

Confusion mentale.	Symptôme secondaire.	Affections mentales diverses.
		États de confusion symptomatiques.
	Symptôme primitif.	États de confusion épisodiques.
		Confusion mentale primitive, affection.

C'est ainsi qu'on peut constater la confusion mentale, au cours d'affections psychopathiques variées, à titre de *symptôme secondaire* et comme origine et comme importance. C'est à ce titre qu'on peut la rencontrer dans la manie aiguë par suite de l'état de surexcitation des facultés, de l'idéorrhée ; dans le délire systématisé aigu hallucinatoire, où elle se présente comme un symptôme surajouté, simple conséquence de l'intensité et de la multiplicité des hallucinations ; dans la mélancolie, par suite de l'intensité des troubles émotionnels, etc.

Dans d'autres cas, la confusion mentale se rattache étroitement et donne une note particulière à un *état vésanique symptomatique*. C'est ce qu'on voit dans les délires toxiques (alcool, plomb, etc.), dans certains états dyscrasiques (uricémie, albuminurie, glycosurie, etc.) ou infectieux (délires fébriles), dans certaines affections organiques (tumeurs cérébrales, paralysie générale, etc.), dans certaines névroses (épilepsie, hystérie).

Parfois, la confusion mentale peut être alors *primitive*, c'est-à-dire se développant en dehors de tout autre phénomène psychique ; souvent aussi il existe quelques variations dans l'aspect clinique qui font de ces cas des délires hallucinatoires s'accompagnant de confusion secondaire. Mais envisagés dans leur ensemble, ils se distinguent toujours par ce fait que les troubles intellectuels suivent pas à pas les manifestations de la maladie générale dont ils font partie.

La confusion mentale peut encore se présenter sous les mêmes aspects, mais d'une façon *épisodique*, à titre de complication, au cours ou à la suite d'une affection mentale antérieure, ayant déterminé par exemple un état d'épuisement. Cela n'est pas rare chez les mélancoliques, lorsqu'ils refusent les aliments ; si ce refus se prolonge, que l'alimentation soit insuffisante, il se produit alors, à côté des symptômes délirants préexistants, de nouveaux troubles intellectuels, présentant l'aspect de ce que certains auteurs ont décrit, d'autre part, sous le nom de *délire d'inanition* et qui ne sont autre chose qu'un état épisodique de confusion mentale.

Mais, en regard de ces cas divers, il en est d'autres où la confusion mentale semble constituer une *affection* autonome, ayant son évolution *per se*. C'est sur cette affection, à laquelle s'applique plus particulièrement le nom de *confusion mentale primitive*, que je désire attirer aujourd'hui votre attention.

Dans cette étude, je laisserai un peu de côté les descriptions courantes pour m'appuyer surtout sur les faits déjà nombreux que j'ai observés moi-même, et dont je compte me servir pour tracer le tableau clinique de l'affection.

La *symptomatologie* présente d'emblée un caractère important : c'est qu'en dehors des symptômes psychiques, il existe aussi des signes physiques, qui parfois même tiennent le premier rang. De ce chef, la confusion mentale primitive se distingue déjà de la plupart des formes de l'aliénation, où les signes physiques font en général défaut et elle semble rentrer davantage dans le domaine de la pathologie interne.

A. — Voyons d'abord les symptômes *psychiques* et étudions-les dans un cas complet, d'intensité moyenne, à la période d'état.

Ces symptômes ne sont pas tous de même importance. Les uns sont prédominants, essentiels, *fondamentaux*. Ils se résument dans la gêne de l'exercice volontaire des facultés intellectuelles, qui se traduit par la confusion mentale *primitive*.

Les autres sont instables, accidentels, *secondaires*. Ce sont des phénomènes d'automatisme cérébral, qui sont une conséquence des précédents et se traduisent par les hallucinations, le délire, les réactions du malade.

1° Quels sont donc, pour commencer, les symptômes fondamentaux ?

Messieurs, quand on est appelé auprès d'un malade atteint de confusion mentale, une chose frappe dès l'abord : le *facies*. Ce qu'on y voit, c'est l'étonnement, l'égarement, l'hébétude, ou bien la physionomie est absolument inerte, abrutie, stupide ; le regard mobile ou vague, comme voilé.

On commence l'interrogatoire et l'on remarque alors tout de suite que le patient, ahuri, se perd, s'embrouille dans ses réponses. Il est tout *désorienté*, semble ne recon-

naître ni les objets familiers, ni les personnes qui l'entourent ; il ne se souvient de rien, il a perdu les notions de lieu, de temps. Cette confusion des idées devient plus évidente à mesure qu'on approfondit l'examen, qu'on cherche à entrer en rapport avec le malade, ce qui n'est pas toujours facile.

Le premier obstacle réside dans les troubles fréquents de la fonction *langage*. Ils consistent soit dans la perte de certaines images du mot ; soit, lorsqu'elles sont conservées, dans la difficulté qu'éprouvent les confus à adapter les mots à l'idée qu'ils veulent exprimer et à les coordonner ensemble pour comprendre ou exprimer une pensée. Veulent-ils parler ? ils ne peuvent y réussir. Les fait-on lire ? ils ne comprennent pas soit les mots, soit plutôt le sens des phrases. Leur parle-t-on ? s'ils entendent encore isolément les mots que vous prononcez, s'ils comprennent la première partie de votre question, ils en saisissent plus malaisément le sens général. « On dirait les demandes saisies. Des efforts visibles annoncent l'intention d'y répondre. Mais le plus souvent ces velléités avortent, soit qu'en réalité la compréhension ait été insuffisante, que les éléments de l'énonciation n'aient pu être rassemblés, ou qu'échappant à la mémoire les mots expirent sur les lèvres. Si quelques phrases sont articulées lentement, tardivement, rarement elles expriment autre chose que l'inertie et l'indifférence. » (Delasiauve.)

L'écriture ne peut fournir que rarement des renseignements utiles. Le plus souvent, le malade ne trace que quelques phrases ou même quelques mots inachevés, parfois en épelant. On peut voir des omissions ou des répétitions de lettres, de mots, un tracé irrégulier, des lignes jetées comme au hasard. Mais il y a rarement

des modifications importantes des signes graphiques.

Il y a donc à la fois des troubles du langage de transmission et de réception.

Ces troubles, envisagés surtout dans le langage parlé, se traduisent par des particularités cliniques qu'il est bon de connaître.

Certains sujets se servent, à chaque instant, d'une périphrase ou des mots *machin*, *chose*, parce qu'ils ne peuvent pas retrouver le mot propre. D'autres fois, ils commencent correctement une phrase ; mais ils la terminent par des mots sans suite qui ne sont pas en rapport avec l'idée initiale. On croirait entendre parler des paraphasiques.

Souvent, ils font répéter la question et, lorsqu'ils en ont compris le sens, ils essayent d'y répondre. Mais, souvent aussi, ils s'arrêtent au milieu de leur période, en répétant leur dernier mot sans finir la phrase ; ou bien, s'ils la terminent, la fin n'a aucun rapport avec le commencement. Dans d'autres cas, après quelques hésitations au début, les derniers termes de la phrase sont prononcés d'une façon brusque, explosive en quelque sorte, comme si le malade avait peur, en prenant son temps, de perdre sa pensée.

Dans certains cas, le trouble du langage est si profond que les mots répondus ne sont qu'un simple écho de la question posée. Nous demandons à une femme : « Avez-vous vu votre mère ? » Elle répond : « Votre mère ? — Où êtes-vous ici ? — Vous ici ? »

Ces troubles du langage sont souvent si accentués, qu'ils donnent en quelque sorte à la maladie un aspect spécial. Ce sont ces cas que Meynert avait désignés plus particulièrement du nom de *confusion mentale pseudo-aphasique* (pseudaphasische Verwirrtheit).

Ces symptômes sont importants à connaître et, puisque le but de cette étude est surtout de faire de la clinique, il faut en tirer tout de suite des règles pour la direction des interrogatoires. On devra donc poser des questions très simples, très nettes, ne nécessitant que de courtes réponses. On les répétera souvent, en insistant avec patience et en s'efforçant d'en faire comprendre le sens au malade.

Parmi les troubles du langage dans la confusion mentale, il en est d'autres qui portent sur l'articulation même des mots. Comme chez ces confus la pensée est très lente, ils ont grand'peine à réunir les termes nécessaires pour l'exprimer. Aussi parlent-ils comme les enfants qui ânonnent en récitant une leçon qu'ils ne savent pas.

Cet *ânonnement* donne parfois à leur parole une grande ressemblance avec celle des paralytiques généraux au début, et le diagnostic peut être alors assez difficile à faire.

Il est important de bien connaître cet ânonnement du confus, les hésitations de son langage, ainsi que le ton vague d'étonnement, d'interrogation, de monotonie, dont il est toujours empreint à divers degrés.

Outre ces troubles du langage, ce qui rend l'interrogatoire pénible, c'est la difficulté de fixer *l'attention*.

Tantôt les malades sont distraits par des rêvasseries tenaces, muettes ou se traduisant par un bavardage incoercible, monotone et incohérent ; tantôt la gêne de leurs facultés est telle, qu'on ne peut arriver à fixer leur esprit sur un sujet. Lorsqu'on y réussit, ce n'est que pour peu de temps. Bien plus, à la suite de la fatigue que leur cause cet effort, si minime soit-il, leur confusion s'augmente et ils sont encore moins aptes à diriger leur pensée. On entrevoit tout de suite une déduction qui s'impose pour la con-

duite à tenir vis-à-vis de ces malades dans l'interrogatoire et que nous retrouverons à propos du traitement moral : il faut éviter toutes les causes de fatigue pour leur attention.

On voit déjà par là l'entrave à l'exercice des facultés ; on la retrouvera dans toutes les opérations intellectuelles, entraînant un effort d'attention, de volonté, devenu difficile, sinon impossible.

En ce qui concerne, par exemple, la *perception des objets extérieurs*, on s'aperçoit vite qu'elle ne se fait que d'une façon très défectueuse. Il n'existe pas, la plupart du temps, de troubles constatables de la sensibilité. Les sensations élémentaires sont normales, mais le sujet est dans l'incapacité de grouper ces sensations les unes avec les autres et de les assimiler à ce consensus d'éléments psychiques qui constitue la conscience personnelle.

Aussi le confus est-il toujours dans le doute, l'incertitude. Les objets lui paraissent déformés parce qu'il ne perçoit qu'un certain nombre de qualités de ces objets ; souvent même il ne peut rien en percevoir, et il est égaré au milieu des choses qui l'entourent, qu'il ne sait pas interpréter et qui lui semblent tout étranges.

J'a vu un malade de ce genre absolument perdu dans son propre appartement. Il demandait sans cesse à revenir chez lui ; il ne pouvait s'y retrouver et disait lui-même : « Je vois bien les objets qui sont dans cette pièce ; mais je n'en reconnais aucun... Je ne me rends pas compte. Je ne comprends pas. »

De même il ne reconnaissait pas ses parents. C'étaient pour lui d'autres personnes qui leur ressemblaient un peu, mais sans qu'il fût possible de s'y tromper. Lui-même se

regardait souvent dans sa glace comme s'il avait peine à se reconnaître.

Un jour, on lui coupa les cheveux et, depuis ce moment, il fut tellement dérouté, qu'il devint incapable de reconnaître sa propre figure, jusqu'à l'époque de sa guérison survenue plusieurs mois plus tard.

Pendant la plus grande partie de sa maladie, dans les premiers mois, cet homme, que je voyais presque tous les jours, ne me reconnaissait jamais. Et voici un détail qui a bien son importance ; lorsque j'entrais auprès du malade sans être annoncé, je lui disais : « Bonjour, monsieur. » Il répondait parfois tout de suite, comme machinalement : « Bonjour, docteur ; » puis, me regardant attentivement, il me disait : « Qui êtes-vous ? Que me voulez-vous ? » Ou bien il me prenait pour une autre personne et soutenait ne m'avoir jamais vu. De même, tout en ne reconnaissant pas ses parents, disparus pour lui il ne savait où, peut-être même morts, il n'a jamais cessé de les tutoyer comme avant sa maladie, formule qu'il n'employait avec aucune autre personne.

Ces faits vous montrent bien qu'il s'agit là de troubles portant, non pas sur des sensations élémentaires, mais bien sur l'assimilation psychologique de ces sensations, en un mot, de troubles de la conscience personnelle.

Les remarques précédentes s'appliquent aussi bien aux impressions qui viennent du dehors qu'à celles qui viennent du dedans, à la perception des objets extérieurs qu'à celle des *sensations internes*. Aussi le malade se trouve-t-il changé ; il ne se reconnaît pas, n'arrive pas à se comprendre lui-même, doute de sa propre personnalité.

Celui auquel je viens de faire allusion était également

dérouté au sujet de son propre individu. Son corps lui semblait construit d'une façon bizarre : il se trouvait les dents soudées, le palais comme décroché à la suite d'une opération imaginaire ; il ne cessait de se tâter la peau parce qu'il ressentait en divers endroits la sensation intérieure d'une consistance singulière, et il prétendait qu'on lui avait coulé un masque sur le visage.

Une autre malade, dont j'ai rapporté l'observation (1), s'égratignait le cou pour se faire un signe de reconnaissance, car « elle n'a plus sa tête à elle, on lui a substitué des ossements de femme de chambre, elle est toute changée » ; et elle demandait sans cesse à son mari de la reconnaître publiquement pour sa femme.

Ces troubles de la perception, ce défaut de synthèse mentale ne sont pas sans retentir profondément sur la *mémoire*. On ne retient bien, dit-on, que ce qu'on a compris. Aussi, chez ces individus qui comprennent peu ou difficilement, n'est-il pas rare de constater des défectuosités, des lacunes de la mémoire.

Si les souvenirs qui se rapportent à la période antérieure de la maladie sont les plus aisément évoqués, ceux des faits survenus depuis cette époque sont plus ou moins absents. Les lacunes de la mémoire relativement à cette période sont quelquefois énormes, et l'amnésie même peut être totale ; les patients ne se rappellent que confusément ou même pas du tout les faits, les personnes, les lieux. Ils n'ont que peu ou pas de points de repère dans toute cette période ; aussi conçoit-on aisément que *la notion du temps* soit imparfaite ou nulle. Certains, si on leur

(1) J. Séglas, *Folie post-cholérique à forme de confusion mentale primitive* (*Annales médico-psychologiques*, 1893).

demande leur âge, celui de leurs enfants... répondent en donnant la date de leur naissance ou disent j'avais tel âge à telle date (antérieure à la maladie). Qu'on essaye de leur faire raconter quelques faits plus récents, ou ils les ont oubliés ou ils les racontent d'une façon imparfaite, dénotant que, s'ils ne les ont pas retenus, c'est que d'abord ils ne les avaient pas compris; et encore n'ont-ils aussi mal retenu que ceux qui les avaient le plus frappés. Le trouble de la mémoire, dans les cas où la confusion mentale ne va pas jusqu'à l'abolition de toute opération intellectuelle, n'est pas un des moins curieux ni des moins frappants de ceux qui se présentent à l'observation.

Ici encore on retrouve, à propos des images qui sont la base des souvenirs, le même défaut d'assimilation psychologique, la même altération de la conscience personnelle que nous signalions à l'occasion de la perception.

Pour les souvenirs anciens, par exemple, si le malade ne peut les évoquer volontairement lorsqu'on l'interroge, on les voit reparaître d'eux-mêmes, souvent très précis, au cours d'une période d'excitation, de bavardage automatique. Il en est de même pour certains faits survenus depuis la maladie, qu'on eût pu croire avoir passé inaperçus pour le sujet et dont le souvenir reparaît dans les mêmes conditions.

L'observation clinique peut encore fournir des renseignements à l'appui de cette manière de voir. C'est ainsi que le cas du malade auquel je faisais allusion tout à l'heure, qui tutoyait ses parents seuls, tout en prétendant ne pas les reconnaître, et me saluait machinalement des mots « bonjour, docteur », alors qu'il me demandait ensuite qui j'étais, met bien en lumière l'obnubilation de la conscience personnelle à propos des faits de perception et aussi de mémoire,

qui peuvent être conservés et même reproduits sinon *volontairement*, au moins d'une façon *automatique*, presque ou même totalement inconsciente.

Comme la mémoire, l'imagination active, créatrice, est affaiblie ou totalement abolie. Les confus se représentent l'avenir aussi mal qu'ils évoquent le passé ou comprennent le présent. A propos de tout, ils restent dans le vague, l'incertitude.

On retrouve les mêmes altérations dans l'exercice des *mouvements volontaires*.

Beaucoup de ces malades demeurent inertes, dans l'attitude de l'affaissement le plus complet.

Si cet état de dépression est moins accentué, ils peuvent encore s'acquitter des actes habituels de la vie courante, s'habiller, manger, etc. Mais il faut cependant les y inciter, les diriger ; car ils ne les exécutent que d'une façon toute automatique et imparfaite.

Les mouvements volontaires sont lents à commencer, à s'accomplir ; ils sont hésitants, indécis, n'arrivent pas à leur but et semblent coûter un effort pénible. Cela n'a rien de surprenant lorsqu'on réfléchit que tout mouvement exige la synthèse préalable d'une foule de représentations mentales (kinesthésiques, visuelles, etc.), et que c'est justement le pouvoir de faire cette synthèse mentale qui fait défaut chez ces individus. Dans les cas légers, ils accusent fort bien cette impuissance d'action, l'effort pénible que leur coûte tout acte volontaire, souvent des plus simples, cet état d'*aboulie* dans lequel ils sont plongés.

Ces troubles variés, à début et à généralisation rapides, dans l'exercice volontaire des opérations intellectuelles, qui se résument dans l'état d'obtusion, de torpeur, de *confusion*

mentale, constituent la caractéristique, le fait capital, le fondement de l'état mental pathologique; et cet ensemble, apparaissant indépendamment de tout autre symptôme psychique, me semble bien mériter le nom de *confusion mentale primitive*.

Dans les cas d'intensité moyenne que nous envisageons actuellement, les malades, la plupart du temps, ne se rendent pas bien compte de leur état. Il y a cependant des intervalles dans lesquels ils semblent en avoir une certaine conscience. C'est alors qu'on les entend dire : « Je ne comprends plus rien, ma tête n'est qu'un chaos... J'ai les idées embrouillées... J'ai de la confusion dans mes idées. »

2° Parfois, Messieurs, toute la symptomatologie se réduit là. Mais, dans d'autres cas, il peut s'y ajouter de nouveaux symptômes ; nous les appellerons *symptômes secondaires, accessoires*.

Ce sont d'abord des *idées délirantes*. En général, elles sont de caractère triste, revêtant une teinte mélancolique : idées de ruine, de damnation, de persécutions vagues, idées de culpabilité, assez souvent idées de négation, de mort, de décomposition cadavérique. Parfois, dans les moments d'excitation, on peut noter des idées érotiques, des idées de grandeur, en général très passagères.

Il n'est pas rare de rencontrer aussi des préoccupations professionnelles.

Ces diverses idées ne sont nullement systématisées, sont sans consistance, mobiles et en même temps monotones, ou bien changeantes, parfois contradictoires. Elles se succèdent, dans l'esprit du sujet, comme les différents tableaux d'un rêve, disparaissant pour reparaître l'instant

d'après, parfois sous la même forme, d'autres fois sous une forme différente.

Quand on interroge un malade sur les propos qu'il tenait une heure auparavant, bien souvent il ignore ce qu'on lui demande et ne se rappelle rien des pensées qu'il avait à ce moment; ou, s'il s'en souvient, il ne peut les expliquer. C'est là un caractère diagnostique d'une certaine valeur et qu'il ne faut jamais négliger de rechercher.

D'ailleurs, ces idées peuvent se traduire spontanément par une loquacité toute spéciale, une sorte d'*automatisme* de la parole correspondant à l'automatisme de la pensée et qui montre le confus passant, en l'espace de quelques minutes, d'une idée à une autre avec la plus complète incohérence. Parfois, il marmotte des paroles à voix basse sur un ton de litanie, et, de même que l'on peut comparer le confus qui ne présente que les symptômes fondamentaux examinés tout à l'heure à un individu réveillé brusquement d'un profond sommeil, celui-ci ressemble à un rêveur qui parlerait son rêve.

Dans certains cas mêmes, le malade ne se contente pas de marmotter, mais prononce à voix haute des paroles décousues, se reliant par assonance et donnant encore au langage un cachet de paraphasie spéciale. Tel l'exemple rapporté par M. Chaslin : « Zéro... estropié... Salut bon... Ah ! je suis rasé. Oui, oui, c'est ça. Nous avons l'honneur. Veux-tu le savoir, il est bon le parapluie... Là, ou demain matin après l'aiguille pas de piqûre, attends... cassez le bout... battu, content, ficelle, épatant la mère Durand c'quelle l'avait grand... Turlututu chapeau pointu, coton écru... Henri quatre, etc. »

A ce propos, je vous signalerai un fait d'une certaine importance pour le diagnostic : c'est que la loquacité du

confus peut tout aussi bien coexister avec un état de dépression que d'agitation générale. Et dans ce dernier cas, il y a le plus ordinairement un défaut de parallélisme entre l'agitation motrice généralement peu accentuée et le bavardage intarissable et monotone.

Assez souvent, à côté des idées délirantes, et leur servant en quelque sorte d'aliment, on trouve des *hallucinations* sensorielles. Elles peuvent intéresser tous les sens, mais plus particulièrement ceux de la vue et de l'ouïe. Elles sont également pénibles, parfois terrifiantes, mobiles, variables comme les images d'un kaléidoscope. Ces erreurs des sens doivent être bien distinguées des troubles de la perception extérieure que nous avons signalés tout à l'heure.

Notons aussi les *impulsions* subites, irréfléchies et irrésistibles, sous forme de raptus, auxquelles peuvent s'abandonner ces aliénés ; impulsions parfois inoffensives (rires explosifs), mais qui peuvent être aussi l'origine d'actes dangereux pour eux-mêmes ou pour les autres (violences, suicide). Il ne faut pas cependant s'exagérer leur danger : il arrive souvent qu'entre le moment où survient l'idée d'un acte impulsif et l'accomplissement de cet acte, le malade oublie cette idée, et, partant, ne la met pas à exécution. Ainsi que le dit fort justement Delasiauve : « Ces impulsions fortuitement écloses au milieu du désordre fébrile, du conflit d'hallucinations incohérentes, n'ont aucun des caractères qui constituent les déterminations volontaires. » Une de mes malades qui avait ainsi des impulsions de suicide se dirigeait parfois subitement vers la fenêtre comme pour s'y précipiter. Mais il suffisait, sans déployer de contrainte, de la retenir un peu, de lui parler un moment pour faire avorter l'impulsion.

A côté de ces impulsions subites, il n'est pas rare de constater des *mouvements* se reproduisant, par intervalles, d'une façon stéréotypée, comme des sortes de *tics*. Parfois ils sont en rapport avec une idée donnée, comme chez un homme qui, se croyant la tête changée, se tâtait les joues, se passait la main dans les cheveux par un geste devenu rapidement machinal, qui n'existait pas avant la maladie. — D'autres fois, il semble ne s'agir que de mouvements purement automatiques, ne répondant d'ailleurs à aucune idée spéciale. Une de mes malades se grattait la cuisse; une autre remuait le pied comme battant la mesure; celle que je vais vous présenter tout à l'heure se frotte souvent les mains d'une façon tout à fait machinale.

Ces tics, ces mouvements automatiques, peuvent se reproduire assez fréquemment, et même pendant une certaine durée de la maladie. En général, ils ne sont point uniques. S'il en est qui se répètent plus souvent, d'autres sont très variables, et ils sont toujours essentiellement intermittents.

A un point de vue plus général, on peut observer soit de l'*agitation*, soit de la *dépression* motrice à tous les degrés, se présentant sous une forme régulière ou alternante; et c'est ainsi qu'on a distingué un type maniaque, mélancolique, ou alternant (Greidenberg). Mais il est à remarquer que ce sont là de purs phénomènes d'automatisme qui ne sont nullement en rapport avec un trouble émotionnel déterminé.

Au contraire, le *ton émotionnel* est la plupart du temps indifférent, sauf quelques moments d'anxiété, simples épisodes réactionnels provoqués par le désordre des idées ou les hallucinations.

Un dernier fait clinique, c'est la *docilité* presque constante de ces sujets, car elle contraste étrangement avec l'opposition et la résistance systématiques qu'on rencontre chez les mélancoliques. L'importance de ce fait pour le diagnostic n'avait pas échappé à Delasiauve, lorsqu'il disait : « Le stupide se laisse volontiers déplacer et conduire. Il faut souvent se gourmer vigoureusement avec les lypémaniaques pour les réduire à l'obéissance. »

A ce point de vue, certains confus se conduisent même comme de véritables enfants, s'attachant à une personne déterminée dont ils ne peuvent se séparer un instant. J'ai vu une femme qui ne pouvait quitter son mari, pour si peu de temps que ce fût. Un jeune homme de trente ans qui ne pouvait se passer de son père, le suivait pas à pas, et même n'avait de repos la nuit que lorsqu'il couchait dans le même lit que lui.

Les personnes qui sont ainsi l'objet de cette préférence excessive peuvent rendre parfois de grands services pour l'organisation du traitement ; car les malades leur obéissent avec une aveugle confiance.

Enfin, il n'est point exceptionnel, au milieu du bouleversement de toutes les notions psychiques chez le confus, d'observer de temps à autre comme une négligence, des oublis des convenances sociales, amenant l'exécution en public de certains actes, en désaccord complet avec l'éducation antérieure du malade.

Tels sont, Messieurs, les symptômes psychiques envisagés dans leur ensemble. Ce qu'il importe de retenir, c'est qu'ils n'ont pas tous la même importance. Il est des cas où les symptômes secondaires semblent se placer au premier plan ; mais ce n'est là qu'une apparence, et ils portent

toujours l'empreinte du fonds primitif de confusion mentale sur lequel ils reposent.

Aussi est-ce à tort que Baillarger avait voulu voir dans le délire généralement triste une activité réelle de l'esprit, confondant ainsi tous ces faits dans le cadre de la mélancolie.

Or, les phénomènes délirants, remarque Delasiauve, développant ainsi l'opinion déjà émise par Ferrus, ne sont ni constants, ni continus, et leur persistance même, fût-elle établie, n'est pas une preuve péremptoire d'activité mentale. « Dans les phénomènes d'imagination, il faut distinguer ceux auxquels le moi s'associe par une volonté libre ou instinctive, et ceux qui résultent exclusivement du pur *automatisme cérébral*. A cette dernière catégorie appartiennent notoirement les symptômes sur lesquels portent la controverse. Leur caractère passif est tout en faveur de l'inertie stupide. »

Les idées délirantes, les hallucinations, les actes du malade ne sont donc que la manifestation d'un état d'automatisme psychique résultant de l'affaiblissement de l'activité mentale volontaire.

« Tandis que les phénomènes mélancoliques et hallucinatoires n'accusent de la condition morbide que des modifications, sinon toujours instables, au moins éventuelles, la confusion mentale en constitue l'expression directe et nécessaire. » (Delasiauve.)

B. — Messieurs, les troubles psychiques, quels qu'ils soient, ne constituent pas à eux seuls la symptomatologie de la confusion mentale primitive. Ici, comme je vous le disais, à l'inverse de ce qui s'observe dans bien des maladies mentales, on rencontre généralement des signes *soma-*

tiques qui même prennent parfois la place prépondérante.

Ils revêtent, dans leur ensemble, les caractères de l'*affaiblissement* général, de l'*épuisement*, de la *dénutrition*.

Parfois au début, ou par intervalles au cours de l'affection, on peut noter de la *fièvre*, fait bien rare chez les aliénés. D'ailleurs, rien de caractéristique dans sa marche; elle procède par poussées irrégulières, sans lois aucunes.

L'asthénie générale, le manque des forces, est le symptôme qui attire surtout l'attention. Les malades ne marchent qu'avec peine, ils se traînent, leurs jambes ploient sous eux.

Il y a toujours un certain *amaigrissement*, parfois même excessif et très rapide. Il semble alors vraiment que les malades se cachectisent.

Le *pouls* et le *cœur* battent faiblement et les *troubles vasomoteurs* ne sont pas rares ; on peut noter aussi des troubles *trophiques*, éruptions diverses, ulcérations, eschares, gangrène symétrique des extrémités.

En même temps existent des *troubles digestifs* : haleine fétide, langue mauvaise, état saburral des voies digestives, alternatives de diarrhée et de constipation ; voracité ou refus d'aliments ; *gâtisme*, sinon constamment, du moins par intermittences.

L'examen des *urines* révèle souvent des variations dans la quantité des éléments normaux, ou même la présence d'éléments anormaux tels qu'albumine, sucre, urobiline, etc.

Chez les femmes, les *règles* surviennent irrégulièrement u sont même tout à fait suspendues.

En outre des mouvements automatiques dont je parlais tout à l'heure, les confus éprouvent souvent des *crampes*, des *secousses* spontanées dans les muscles des membres et surtout de la face. Ils ont de même des *tremblements* dans

les lèvres, dans la langue ou les membres, soit au repos, soit à l'occasion des mouvements volontaires qui deviennent ainsi mal coordonnés ; et le fait, vous le comprenez, a une grande importance au point de vue du diagnostic.

Souvent on observe des troubles oculo-moteurs, et de l'*inégalité pupillaire ;* mais celle-ci est généralement mobile, variable d'aspect, transitoire, intermittente ou de courte durée.

Enfin on peut remarquer quelquefois, et à de certaines périodes, une sorte d'*état cataleptiforme*, de la *catatonie*, ou encore un état de raideur musculaire qui peut être très accentué et généralisé, les membres semblant comme en contracture. C'est le phénomène que l'on désigne souvent sous le nom de *status attonitus*.

J'ai rencontré parfois une exagération des réflexes tendineux. L'examen objectif de la *sensibilité* est des plus difficiles, souvent impossible, et de ce côté ce sont les troubles de la perception, examinés précédemment, qui priment tout.

Au point de vue subjectif, les malades se plaignent de *douleurs* pénibles dans tout le corps, surtout la tête. Ils ont la *céphalée en casque* des neurasthéniques, la plaque sacrée et des sensations douloureuses dans la colonne vertébrale et les jambes. Déjà, en 1852, Delasiauve parlait de cette *calotte de plomb* qui causait tant de souffrances aux malades. Le fait est à noter tant au point de vue clinique qu'en raison de son intérêt historique.

Quant au *sommeil*, il peut être irrégulier, entrecoupé de cauchemars ; mais le plus souvent on ne note qu'un état de somnolence continuelle, ou bien une insomnie rebelle.

En tout cas, il est à remarquer que, le sommeil eût-il même été bon, la confusion est toujours plus accentuée au réveil et dans la matinée que dans l'après-midi.

Messieurs, nous allons, si vous le voulez bien, interrompre ici, pour le moment, notre étude de la confusion mentale primitive, et je vais vous présenter une malade dont l'examen, je l'espère, pourra fixer plus aisément dans votre esprit quelques-unes des différentes particularités symptomatiques que je viens de vous signaler.

Mme C... est âgée aujourd'hui de vingt-neuf ans. Nos recherches sur ses antécédents héréditaires sont restées négatives. Sa santé personnelle fut toujours bonne; elle n'eut jamais à souffrir de troubles nerveux caractérisés. Elle était, paraît-il, d'une intelligence très moyenne; elle put acquérir cependant une certaine instruction et n'a jamais manifesté, antérieurement, de bizarreries du caractère, de troubles de l'intelligence.

Elle a déjà eu quatre enfants dont deux sont morts d'athrepsie en bas âge; les quatre accouchements se passèrent sans le moindre incident.

Il y a trois mois, elle accoucha, au bout de sept mois de grossesse jusque-là sans accidents, d'un enfant qui ne vécut pas. Cet accouchement prématuré fut suivi d'une hémorragie très forte; dans les jours suivants, elle se plaignit un peu du ventre, eut quelques vomissements et, paraît-il, de la fièvre pendant plusieurs jours.

Au bout de trois semaines environ, elle était en pleine convalescence, lorsqu'un matin, à son réveil, elle se mit subitement à déraisonner. Elle ne reconnaissait pas les personnes qui étaient autour d'elle; elle demandait où elle était, ce qui était arrivé, semblant même avoir oublié les circonstances qui avaient suivi son accouchement. Elle se rappelait bien qu'elle avait accouché, mais c'était tout; et elle réclamait son enfant, qu'elle voulait voir.

Cet état a continué les jours suivants : Mme C... restait égarée, absolument désorientée, ne répondant aux questions qu'on lui adressait que par des mots sans suite, des phrases incompréhensibles. En outre, à de certains moments, elle émettait des lambeaux de conceptions délirantes, disant qu'il y avait des gendarmes autour d'elle, qu'on allait lui tirer un coup de fusil, que son mari était malade, qu'il fallait aller chercher le notaire, etc. Elle semble avoir eu à ce moment des hallucinations, car elle demandait souvent pourquoi « on lui disait » qu'il fallait qu'elle parte ; de même elle avait aussi des raptus impulsifs, se levant comme pour prier, déchirant tout d'un coup son linge, etc.

Au bout de dix jours environ, ces divers symptômes délirants disparurent, et la malade tomba dans un état de torpeur très accentuée. Elle restait inerte, répondait à peine aux questions qu'on lui adressait, se contentant de regarder d'un air hébété les personnes qui lui parlaient et qu'elle ne reconnaissait même pas, ou ne répondant avec peine que quelques mots décousus, vagues ou incompréhensibles. Elle semblait absolument indifférente à tout ce qui se passait autour d'elle. Il fallait la diriger comme un véritable enfant, l'habiller, la faire manger, etc. Elle était d'ailleurs docile, se laissant facilement conduire, mais avec une grande lenteur, ne s'aidant presque pas. A cette époque, elle a uriné au lit pendant quelques jours. Constipation habituelle. On a remarqué aussi qu'elle avait maigri beaucoup et que la face, les mains étaient violettes et toutes froides. Le sommeil est resté à peu près normal.

Trois semaines plus tard, c'est-à-dire un mois à peu près à dater du début des troubles délirants, cet état de stupidité a commencé à s'atténuer progressivement. Sans

manifester d'ailleurs d'initiative personnelle, Mme C... était devenue moins apathique, faisant seule sa toilette ou mangeant lorsqu'on le lui disait. Parfois elle se levait d'elle-même, faisait quelques pas, comme machinalement, regardait autour d'elle d'un air égaré. Elle commença, à ce moment, à reconnaître les personnes qui l'entouraient, sa mère, son mari ; mais cela était encore difficile, il fallait l'aider en quelque sorte, et malgré tout, elle n'en paraissait qu'à moitié certaine. La plupart du temps elle gardait le silence, sauf par instants, où elle se mettait à rabâcher d'un ton bas et monotone, et d'un air égaré, des lambeaux de phrases sans suite. Si on lui parlait, ses réponses n'arrivaient souvent qu'après plusieurs questions, et de plus elles étaient souvent erronées ou bien interrompues. Il était manifeste qu'elle ne se rendait pas bien compte de ce qui s'était passé, de l'endroit où elle était, de la durée et des circonstances de sa maladie.

La famille a remarqué elle-même ce fait, qu'elle semblait beaucoup plus lucide l'après-midi, et surtout le soir, que le matin.

Les semaines suivantes, l'amélioration continuait à progresser, et la malade se réveillait en quelque sorte petit à petit, lorsqu'il y a une quinzaine de jours une rechute s'est produite subitement, du jour au lendemain ; c'est alors que j'eus l'occasion de l'observer.

Depuis lors, son état ne s'est guère modifié. Au lieu de vous l'exposer, je préfère amener la malade devant vous, et je compléterai ensuite les lacunes de son interrogatoire.

Je vous engagerai tout d'abord, Messieurs, à remarquer le facies, l'attitude, la démarche de cette malade.

Vous voyez qu'elle se laisse conduire comme un véritable

enfant. Il faut qu'on la guide, car, abandonnée à elle-même, elle ne sait où se diriger, alors même que nous lui indiquons ce qu'elle doit faire. Ainsi, par exemple, si nous lui disons simplement de s'asseoir, elle reste immobile ou tout au plus se dirige vers la chaise que nous lui indiquons, et s'arrête au bout de quelques pas. Il faut lui approcher la chaise et réitérer, à plusieurs reprises, les injonctions. Quelque mouvement que je lui demande d'accomplir, vous constatez la même hésitation, et lorsqu'elle se décide à exécuter ce mouvement, vous voyez avec quelle lenteur elle y arrive. Si on lui dit de marcher, elle semble ne pas savoir de quel pied elle va partir; il faut lui donner l'impulsion initiale, et au bout de quelques pas mal assurés, elle s'arrête et regarde autour d'elle d'un air bébété. Sa démarche est d'ailleurs lente, pénible; les jambes sont pliées; elle se traîne en quelque sorte; au bout de peu de temps, elle s'affaisse et il faut la soutenir.

Sa physionomie est aussi bien particulière et revêt une expression qu'il importe de connaître. Sans entrer dans des détails minutieux à ce sujet, vous vous rendez aisément compte ici que cette expression est celle de l'égarement. Tantôt cette femme regarde devant elle, les yeux grands ouverts, dans l'attitude de la stupéfaction; ou bien elle tourne la tête de tous côtés d'un air égaré, comme si elle se demandait où elle est. Ainsi que je vous le disais tout à l'heure, on pourrait comparer assez exactement sa physionomie et son attitude à celle d'une personne éveillée brusquement d'un profond sommeil. Et n'allez pas croire que cet habitus d'égarement soit transitoire, déterminé par le seul fait que la malade a été amenée devant vous. Nullement; c'est là sa manière d'être habituelle et constante.

Essayons maintenant d'entrer en communication avec elle.

D. — Bonjour, madame.

R. — (*D'un air indifférent.*) Bonjour,... monsieur.

D. — Me reconnaissez-vous ?

R. — Non.

D. — Voyons, cherchez un peu, me connaissez-vous?

R. — (*Avec effort.*) Oui... monsieur... monsieur le docteur...

D. — Où êtes-vous ici ?

R. — (*Elle regarde autour d'elle.*)... Je ne sais pas.

D. — Où étiez-vous tout à l'heure, quand on vous a amenée ?

R. — (*Avec effort.*) Amenée?... J'étais... chez des amis.

D. — Qu'est-ce qu'ils font, ces amis ?

R. — ... Je ne sais pas.

D. — Qu'est-ce qu'ils font, quand vous êtes avec eux?

R. — Ils font... beaucoup...

D. — Où couchez-vous chez eux ?

R. — Je couche dans le lit... (*Vite.*) dans le lit qui est là.

D. — Où cela ?

R. — Là... là-bas.

D. — Comment êtes-vous venue ici?

R. — Je suis venue ici... je ne sais pas.

D. — Comment êtes-vous venue ici ?

R. — Je suis venue... par... (*Vite.*) par le chemin.

D. — Y a-t-il longtemps que vous êtes venue ?

R. — Oui... il y a... (*Vite.*) longtemps que je suis venue.

D. — Combien de temps?

R. — Je... ne sais pas.

D. — Voyons, combien de temps ?

R. — Trois ans.

D. — Trois ans, bien sûr ?

R. — Trois mois.

D. — Tant que cela ?

R. — ...

D. — Où demeuriez-vous ?

R. — Je demeurais... je... (*Vite.*) avec mon mari.

D. — Dans quel endroit ?

R. — A Vincennes... dans la... dans la chose... (*Suite de mots incompréhensibles marmottés à voix à peine distincte, sur un ton monotone.*)

D. — Votre mari vient-il vous voir ?

R. — Me voir ?

D. — Votre mari vient-il vous voir ?

R. — Oui.

D. — Y a-t-il longtemps qu'il est venu ?

R. — Oui... à peu près... à peu près...

D. — Voyons, combien de temps ?

R. — Quinze jours. (*Il est venu l'avant-veille.*)

D. — Quinze jours ?

R. — Oui... à peu près... quinze jours.

D. — Et vos enfants ?

R. — Mes enfants ?

D. — Sont-ils venus vous voir ?

R. — Non. (*Exact.*)

D. — Combien en avez-vous ?

R. — Deux.

D. — Quand êtes-vous accouchée pour la dernière fois ?

R. — Accouchée... la dernière fois... je ne sais pas. Je n'ai pas l'habitude d'être... pour les enfants... (*Puis la malade marmotte d'un ton monotone, à voix presque basse, une série de mots impossibles à saisir.*)

D. — Même question.

R. — ...

(La malade semble chercher, son front se plisse, le regard reste fixe, puis au bout de quelques instants il devient hébété, vague, et la physionomie reprend son expression première. Pas de réponse.)

D. — Même question.

R. — (*La malade hésite, se passe la main sur le front, soupire profondément et répond :*) Je suis bête, je ne comprends pas.

D. — Comment cela?

R. — Je suis... embrouillée.

D. — Qu'éprouvez-vous donc?

R. — Je ne sais pas... si... si je suis un homme ou une femme.

D. — Pourquoi cela?

R. — (*Elle se tâte les bras, la figure, d'un air nonchalant, regarde dans le vide et dit :*) Je crois que je suis... que je suis démolie.

D. — Démolie! mais non.

R. — Je voudrais... je voudrais...

D. — Quoi donc? Que voudriez-vous?

R. — Je voudrais avoir une preuve positive. (*Elle fait une inspiration profonde, tire sur le col de sa robe comme pour l'élargir.*)

D. — De quoi donc? Une preuve positive?

R. — Une preuve positive de... de la réalité...

D. — De la réalité de quoi?

R. — De la réalité de... dans la chose.

D. — Quelle chose?

R. — La chose de... je ne sais pas... (*Parlotage à voix indistincte.*)

(A partir de ce moment, il devient impossible d'obtenir de la malade autre chose que des mots sans suite tels que « oui, non, je... je ne sais pas ».)

Quelque bref que soit l'interrogatoire — et en pareil cas il ne peut guère être plus prolongé — il suffit, je pense, pour vous donner une idée de la façon dont se manifeste au dehors la confusion mentale.

Vous avez pu voir qu'elle se traduit en gros par la perte de l'orientation au milieu des événements et des objets du monde extérieur ; et cela résulte d'une sorte d'impuissance des diverses opérations intellectuelles.

L'attention chez notre malade est difficile à fixer ; il faut l'interpeller directement, insister, souvent répéter les questions à plusieurs reprises.

Vous avez vu aussi comme elle se fatigue vite, et comme elle s'épuise, au point de devenir absolument incapable de correspondre avec nous.

D'autre part, vous avez pu saisir au passage différents troubles de la fonction langage que je vous ai signalés au début de cette conférence, et qui portent aussi bien sur le langage de réception que sur celui de transmission.

Cette femme semble avoir peine à adapter les mots à l'idée qu'ils signifient et à les coordonner ensemble, qu'il s'agisse de comprendre une question ou d'exprimer sa pensée. On est obligé de répéter les demandes ; souvent la malade en reprend elle-même les termes comme pour les graver dans son esprit. Les hésitations, les lenteurs, les efforts visibles qui accompagnent ses réponses, la façon dont elle reprend alors les mêmes termes de la question comme pour s'éviter la peine d'en chercher d'équivalents, montrent bien la difficulté qu'elle éprouve à rassembler les éléments nécessaires

à l'énonciation de sa pensée. Parfois elle ne s'exprime que par les termes principaux de la phrase qui n'est pas construite ; souvent celle-ci reste incomplète ou se termine par des mots sans suite. Il faut noter aussi le ton du langage, hésitant, monotone, interrogateur, et la façon précipitée dont, par instants, elle termine ses phrases, comme si elle avait peur de perdre à la fois et le fil de sa pensée et les mots nécessaires à son expression. D'autre part, elle ne peut souvent retrouver le mot propre, nécessaire ; aussi emploie-t-elle le terme vague de *chose* ; parfois, une périphrase à l'instar de certains aphasiques, comme un jour où je lui demandais de me dire, en lui montrant un porte-plume, le nom de cet objet, et où elle me répondit : « C'est un... une chose pour écrire. »

Les mêmes troubles existent, plus accentués même, pour les autres formes du langage, la lecture et l'écriture. L'état de fatigue de la malade ne nous permet pas de l'examiner aujourd'hui à ce point de vue. Je vous dirai cependant que lorsqu'on la fait lire, elle s'arrête au bout de quelques mots; il faut donc opérer avec des phrases très courtes. On constate alors qu'elle ne peut jamais expliquer le sens de ce qu'elle vient de lire; d'ailleurs, en lisant, elle saute souvent des mots ou les lit incomplètement, parfois même elle syllabise comme un enfant pour des mots parfaitement usuels. Si l'on cherche à la faire écrire spontanément, elle va d'un endroit à l'autre de la page tracer quelques signes embrouillés ; sous la dictée, elle écrit deux ou trois mots d'une écriture fort incorrecte et en omettant des lettres ou même des syllabes.

Qu'il s'agisse des perceptions, des faits de mémoire, des mouvements, nous retrouvons les mêmes troubles psycho-

logiques, la même difficulté de groupement synthétique des sensations, des images.

Cette dame ne sait pas où elle est, ne se rend pas compte de ce qui se passe autour d'elle; elle ne comprend pas, n'assimile pas à sa conscience personnelle les sensations qui lui viennent du monde extérieur, pas plus d'ailleurs que celles qui sont relatives à sa constitution corporelle, ce qui la fait douter de son sexe.

Pour les souvenirs, il va de soi qu'ils paraissent profondément altérés dans l'état actuel, qui ne peut toutefois nous donner une idée exacte de ce que sont vraiment les troubles de la mémoire. En ce qui concerne les faits postérieurs à la maladie, il n'y aurait rien d'étonnant à croire que, n'ayant pas été nettement perçus pour la plupart, incomplètement compris, ils n'aient pas laissé de trace dans la mémoire, et ne puissent plus être évoqués. Quant aux faits antérieurs, dont le souvenir semble moins atteint, bien que fort embrouillé cependant, il est probable qu'il ne s'agit encore pour eux que d'un trouble de la conscience personnelle intéressant les images du souvenir; celles-ci sont conservées en quelque sorte à l'état latent et pourront plus tard être évoquées de nouveau, si l'affection vient à s'atténuer.

Mêmes altérations du côté de l'exercice des mouvements volontaires dont l'accomplissement nécessite toujours la synthèse préalable d'images diverses, kinesthétiques, visuelles..., synthèse qui est sinon impossible, au moins pénible pour notre malade.

Vous avez vu d'ailleurs, qu'à certains moments, elle-même se rend compte de la confusion qui existe dans ses idées, de la gêne apportée à l'exercice de ses facultés, et qu'elle réclame une preuve positive, qui la sorte de son état d'incertitude et d'égarement.

Mais, Messieurs, ces symptômes psychiques ne sont pas les seuls que présente cette femme. Sans doute ce sont les plus importants, ceux qui sont à l'origine de l'affection dont ils constituent le fondement. Mais, en fait, ils ne se manifestent ainsi qu'à l'interrogatoire. *Si la malade est abandonnée à elle-même*, leur traduction objective est un peu différente. Vous avez pu d'ailleurs vous en faire déjà une idée, surtout depuis un instant que nous avons cessé de nous occuper d'elle.

Je ne reviens pas sur l'expression de la physionomie qui reste la même. Vous voyez que Mme C..., hébétée et distraite, est indifférente à ce qui se passe autour d'elle, que nous semblons ne pas exister pour elle. Elle reste immobile sur sa chaise ; de temps en temps, on la voit se lever brusquement et se rasseoir aussitôt. Par instants, elle s'adresse à une des personnes qui l'entourent, demandant « où elle est, ce qu'il y a... ». Souvent, comme en ce moment, vous la voyez marmotter à voix presque basse, d'une façon monotone, des mots dont la plupart restent incompréhensibles. J'ai pu saisir, par exemple, les bribes suivantes : « Je t'aime... tu es mon Paul, mon bijou..., oui, mon enfant... ne bois pas... le poison... la voiture... manger... le duc de Clermont-Tonnerre... suis-je morte... je suis ta femme... je ne veux pas que tu le croies... non, je ne le mettrai pas... tu es un ambitieux... pas toi... l'autre... viens Lucien (à plusieurs reprises)... des robes... sur le banc... »

Vous reconnaissez là, Messieurs, les phénomènes d'automatisme psychique, symptômes secondaires, résultant de l'état même de confusion mentale, et dont je vous ai déjà parlé.

Dans le même ordre d'idées, remarquez ce geste auto-

matique, ce tic de la malade qui se gratte fréquemment avec la main droite le dos de la main gauche.

J'appellerai enfin votre attention sur les secousses musculaires dans les muscles de la face, comme une sorte de tic qui n'existe, paraît-il, que depuis la maladie, se montrant d'une façon très intermittente et s'accompagnant parfois d'une sorte de rire explosif. Vous voyez les mêmes secousses dans le bras droit, et si on le met à nu, on aperçoit au moment correspondant et de la façon la plus nette, une secousse instantanée dans le biceps.

D'ailleurs un peu de raideur, mais pas de tremblement ni dans les membres, ni dans la langue ou les lèvres. Les pupilles sont égales, réagissent bien à la lumière. Le pouls est petit. La face et les extrémités sont froides et cyanosées; il y a un léger œdème des malléoles. Les urines ne renferment pas d'éléments anormaux, ni sucre, ni albumine. La langue est sale, l'haleine mauvaise; il y a de la constipation, pas de gâtisme. La malade mange volontiers, mais automatiquement ; et pour cela, comme pour sa toilette, etc., il faut la diriger.

Vous voyez combien elle est maigre, et cet amaigrissement n'est survenu, paraît-il, que depuis sa maladie. Les règles n'ont pas reparu depuis l'accouchement. Le sommeil est mauvais ; cette dame reste souvent tranquille dans son lit, marmottant des mots sans suite, mais elle ne dort guère que jusqu'à minuit ou une heure, et se réveille à ce moment pour ne se rendormir qu'au matin. A son réveil, elle est plus obnubilée que jamais ; souvent elle s'endort dans l'après-midi, après le repas.

Il nous resterait, pour être complet, à examiner la sensibilité. Cela est bien difficile, eu égard à l'état mental de notre

patiente. Vous voyez cependant qu'elle semble avoir conservé la sensibilité à la douleur ; car lorsqu'on la pique, elle retire le membre piqué ou même cherche à voir ce qu'on lui fait. La pression sur les endroits qui, chez les hystériques, correspondent aux zones hyperesthésiques, ne semble, en revanche, produire aucune réaction douloureuse (1).

J'espère, Messieurs, que cet exemple pourra servir, mieux que toute description, à graver dans votre mémoire les différents détails symptomatiques de la confusion mentale primitive, dont nous compléterons l'étude dans nos prochaines réunions.

(1) Cette malade a complètement guéri trois mois plus tard. Les règles sont revenues à cette époque ; elle a repris du poids, et, depuis ce moment, la santé physique et intellectuelle est restée parfaite (février 1895).

SEPTIÈME LEÇON

De la confusion mentale primitive (SUITE) [1].

SOMMAIRE. — Variétés cliniques de la confusion mentale primitive. — Variétés asthénique, hallucinatoire. — Démence primitive aiguë. — Stupidité légère, apathie intellectuelle. — Variétés cachectique, typhoïde, méningitique.

Marche de la confusion mentale. — Début, durée, terminaisons.

Pronostic. — Diagnostic. Il est surtout basé sur l'ensemble des symptômes, leurs rapports intrinsèques et leur évolution. — Diagnostic du symptôme confusion mentale, primitive ou secondaire; des états de confusion mentale, épisodiques ou symptomatiques. — Diagnostic de l'affection confusion mentale primitive avec les états démentiels, la manie, la mélancolie, la paranoia aiguë, la paralysie générale.

Etiologie. — Pathogénie. — Rôle des infections et des auto-intoxications.

Traitement somatique et psychique. L'internement ne devra être prescrit qu'à la dernière extrémité.

Exemple clinique.

MESSIEURS,

Je vous ai tracé le tableau clinique complet de la confusion mentale primitive dans un cas moyen, à la période où la maladie est le mieux caractérisée. Ce que je vous ai décrit n'est pas un schéma. On peut rencontrer des exemples de ce genre, et je crois vous en avoir fourni la preuve.

Mais, à côté de ce type, il existe différentes variétés que je vais maintenant passer rapidement en revue. Les distinctions, il faut l'avouer, ne sont jamais, dans la pratique, aussi tranchées que je vous les exposerai ; et les variétés

(1) Leçon (février 1894) résumée par M. H. Meige dans les *Archives générales de médecine*, juin 1894.

correspondent simplement à des formes de confusion mentale où prédomine tel ou tel ordre de symptômes.

Ces particularités n'avaient pas échappé à Delasiauve, qui établit plusieurs catégories suivant l'intensité, et décrit, dans chaque cas, les différentes variations de l'aspect symptomatique. Tout en reconnaissant ce qu'une pareille division peut avoir d'artificiel, je tiens cependant à la conserver ; elle a, tout au moins, l'avantage de bien faire ressortir la valeur de certains signes et, ainsi, de mieux les graver dans l'esprit.

CONFUSION MENTALE PRIMITIVE ; VARIÉTÉS CLINIQUES.

- 1° Démence aiguë..... : Agitée ; Apathique (stupidité).
- 2° Confusion mentale..... : Asthénique ; Hallucinatoire : Agitée, Dépressive, Alternante.
- 3° Stupidité légère (Delasiauve) ou apathie intellectuelle..... Torpeur cérébrale (Ball). : Simple ; Avec excitation intellectuelle (mentisme).
- 4° Variétés cachectique, typhoïde, méningitique.

Tout d'abord, en envisageant les différences qui peuvent se présenter dans les symptômes intellectuels, on conçoit que la présence des deux éléments constituant le côté psychique de l'affection puisse lui imprimer des aspects très variables suivant leur degré d'intensité, leur prédominance respective par intervalles ou pendant toute la durée du processus morbide.

Ces variations tiennent surtout à l'absence ou au développement plus ou moins accentué du délire, des hallucinations. Aussi peut-on admettre déjà, comme la plupart des auteurs, deux grandes variétés de confusion mentale : la variété *asthénique* (Asthenische Verwirrtheit) caractérisée, au point de vue psychique, par la prédominance des

symptômes essentiels, fondamentaux ; — et la variété *hallucinatoire* ou délirante (Hallucinatorische Verwirrtheit), dans laquelle les symptômes psychiques accessoires, très développés, occupent, en apparence du moins, le premier rang. Suivant le développement de tels ou tels d'entre eux, suivant leur persistance ou leur succession, cette dernière variété peut être ainsi dite *agitée*, *dépressive* ou *alternante*.

D'autre part, la confusion mentale, élément fondamental de l'affection, pouvant être plus ou moins accentuée, on peut, sans tenir compte des degrés intermédiaires, distinguer, à ce point de vue, trois degrés d'intensité de l'affection.

C'est la *confusion mentale primitive* proprement dite, qui représente le degré d'intensité moyen.

Si les phénomènes sont plus accentués, on aura ce qu'on appelle la *démence primitive aiguë*, caractérisée, non plus par la gêne, mais par l'abolition de l'exercice intellectuel. Elle comprendra deux variétés correspondantes à celles distinguées tout à l'heure dans le degré moyen de confusion mentale, et qui seront la démence aiguë *apathique* (stupidité proprement dite) et *l'agitée*.

Au degré le plus léger, nous aurons, au contraire, ce que Delasiauve appelait la *stupidité légère* ou *apathie intellectuelle*, la *torpeur cérébrale* de Ball, dans laquelle, à côté des symptômes essentiels de difficulté, de paresse des opérations mentales, d'aboulie intellectuelle et motrice, peuvent exister ou non des phénomènes secondaires d'automatisme intellectuel atténués, représentés surtout par le mentisme. Du côté physique, le malade accuse alors des symptômes neurasthéniques, signalés déjà par Delasiauve.

Pour ce même auteur, la caractéristique de ces cas atté-

nués est que le malade a conscience de son état comme au travers d'un nuage. La confusion, en effet, n'est pas assez accentuée pour qu'il ait perdu complètement la notion du trouble dont il est atteint.

Messieurs, je viens de vous faire passer en revue les distinctions basées sur la prédominance de tel ou tel ordre des symptômes *psychiques* et sur leur intensité en général.

Mais cela ne suffit pas, à mon sens, et je pense qu'il est encore nécessaire de distinguer une autre catégorie de faits dans lesquels les symptômes *somatiques* occupent la première place.

Je vous ai énuméré déjà les symptômes somatiques de la confusion mentale.

Parfois, ils peuvent s'exagérer au cours de la maladie, et l'on est souvent alors embarrassé au point de vue du diagnostic d'une affection intercurrente possible. Cette recrudescence peut n'être que passagère et, au bout de quelque temps, tout rentre à peu près dans l'état antérieur. J'ai rapporté un fait de ce genre au congrès de la Rochelle (1).

Mais l'issue n'est pas toujours aussi favorable et la mort peut survenir dans ces conditions, comme chez une malade que nous avons observée, l'an dernier, dans le service (2).

D'autres fois, enfin, les symptômes physiques prédominent dès le début et durent tout le temps de la maladie, qui revêt alors une physionomie spéciale. Ce sont ces derniers cas, d'un pronostic très grave, souvent fatal, que je

(1) J. Séglas, *Des auto-intoxications dans les maladies mentales* (*Archives générales de médecine*, novembre 1893, Observation IV.)

(2) J. Séglas, *Ibid.* Observation XVI résumée.

proposerai de réunir, provisoirement et faute de mieux, sous le nom de *variétés cachectique*, *typhoïde*, *méningitique*, suivant l'aspect général imprimé à la maladie par l'ensemble des symptômes physiques.

Ceux-ci se manifestent alors, dès le début, par un ensemble d'accidents plus ou moins bruyants. Ce début subit s'accompagne généralement de fièvre. Après une courte période de grande agitation avec confusion dans les idées, hallucinations, le malade tombe dans un collapsus pouvant s'accompagner de rêvasseries qui ressemblent à celles des typhiques. La fièvre persiste, irrégulière avec des intermittences ; la langue est sèche, fuligineuse, les lèvres et les narines pulvérulentes, l'haleine fétide, le ventre ballonné ou rétracté ; refus des aliments, constipation rebelle ou diarrhée incoercible. L'amaigrissement s'accentue avec une rapidité effrayante ; puis apparaissent des troubles vaso-moteurs, la raie méningitique, des troubles trophiques, des eschares. Et la mort survient souvent au milieu de ces accidents d'aspect typhoïde qu'on ne peut rapporter à aucune infection connue et déterminée, ou simplement dans un état de cachexie extrêmement rapide.

Dans d'autres cas, on note des soubresauts des tendons, de la carphologie, des raideurs musculaires parfois généralisées, des tremblements de toutes espèces, de l'incoordination motrice, de la trépidation spinale, des convulsions épileptiformes, du strabisme, du nystagmus, de l'inégalité pupillaire persistante. On pense alors souvent à une paralysie générale à marche rapide ou à une forme anormale de méningite tuberculeuse.

Ce tableau, Messieurs, rappelle singulièremant celui des maladies infectieuses. Je suis convaincu qu'il faut y faire

rentrer un certain nombre des cas disparates décrits autrefois sous le nom de *délire aigu*.

Quelle est la *marche* de la confusion mentale ?

Il peut exister un stade prémonitoire de quelques jours à quelques semaines, caractérisé par un changement de caractère, de l'irritabilité, de l'insomnie, de l'anxiété, une grande difficulté à coordonner les idées, la conscience qu'a le sujet d'une maladie qui se prépare.

Très souvent le *début* est rapide, soudain, masqué par de la stupeur ou encore par un accès d'agitation avec idées délirantes et hallucinations, d'une durée de quelques jours, et la maladie s'établit ensuite suivant une des formes déjà décrites.

Elle prend alors une marche continue, entrecoupée de rémittences et de paroxysmes, au cours de laquelle on observe un mélange déréglé de stades d'agitation, de calme et de stupeur, d'une durée variable, pouvant même être traversés par des intervalles de lucidité relative ; cela rend la distinction de la forme très difficile à faire, surtout lorsqu'on ne voit le malade qu'en passant.

La *durée* varie de quelques semaines à plusieurs mois. En moyenne, la maladie dure de quatre à six mois, et les formes qui ne durent que quelques jours ou semaines sont des formes *abortives* ou *suraiguës* (*délire de collapsus*). Il en est, d'autre part, qui se prolongent pendant un an et plus.

Les modes de *terminaison*, sont, d'ailleurs, très variables. C'est d'abord la *guérison*. Il est bon de noter, à ce propos, que la convalescence peut être progressive ou oscillante, avec des rechutes après lesquelles elle reprend son cours.

Elle est, en général, très lente et marquée par la persistance de signes physiques accentués d'épuisement nerveux.

De plus, fait capital, les malades ne se souviennent que très vaguement — parfois même pas du tout — de leur maladie et n'ont aucune conscience de sa durée.

Lorsqu'ils peuvent, dans la convalescence, fournir quelques renseignements sur leur état de maladie, on voit combien ils diffèrent des mélancoliques avec stupeur de Baillarger. Tandis que ces derniers racontent qu'ils ont passé par un délire intérieur très actif, les confus se bornent à répondre, comme le faisait justement remarquer Delasiauve : « Je ne puis rien dire, je ne sais pourquoi je restais immobile et silencieux ; je ne sentais rien, je ne pouvais répondre... les idées ne m'arrivaient pas, je ne pensais à rien, j'étais comme un morceau de bois, etc. ».

Si, dans certains cas, la confusion mentale guérit tout à fait, plus complètement même alors que toute autre maladie mentale, il arrive aussi que la santé intellectuelle ne subit pas la *restitutio ad integrum*. L'exercice intellectuel reste difficile et même il peut y avoir un léger affaiblissement des facultés. Ou bien on note pendant un temps, quelquefois très long, la persistance d'un symptôme, le plus généralement la faiblesse de l'attention (aprosexie) ou de la mémoire, sous la forme appelée *amnésie rétro-antérograde* ou *amnésie continue*. J'en ai observé un exemple très remarquable dans un cas de confusion mentale primitive survenue dans la convalescence d'une fièvre typhoïde.

D'autres fois, la confusion mentale, en disparaissant, laisse persister derrière elle des idées délirantes, tantôt sous la forme d'obsessions conscientes, tantôt sous celles d'idées fixes inconscientes, qui peuvent être l'origine d'un délire systématisé.

Delasiauve avait fort justement comparé ce qui se passe alors à ce qu'on observe chez les alcooliques qui restent délirants, une fois les accidents toxiques disparus.

La confusion mentale primitive peut aussi aboutir à un état de *démence* secondaire chronique.

Enfin, Messieurs, une dernière terminaison est la *mort*.

La confusion mentale, en effet, est une affection dont on peut mourir. C'est même, avec la paralysie générale, la seule maladie mentale qui puisse causer la mort. Et elle peut tuer ainsi par elle-même, par elle seule, comme dans les dernières variétés exposées tout à l'heure. Dans d'autres cas, la mort survient par le fait d'accidents intercurrents, ce qui s'explique facilement par l'état d'épuisement où se trouvent les malades (pneumonie, phtisie, accidents méningitiques, état de délire aigu secondaire).

D'après cela, vous pouvez aisément comprendre que le *pronostic* ne laisse pas d'être assez épineux.

Les renseignements qu'on rencontre à ce propos dans les auteurs sont très variables et souvent contradictoires. Delasiauve, Sauze, Ballet, Fritsch, regardent le pronostic comme favorable. Krafft-Ebing est déjà moins optimiste et ne donne que 70 pour 100 de guérisons.

D'autres statistiques sont loin d'être aussi consolantes. D'après Meynert, il y aurait plus de non-guérisons que de guérisons, car il donne les chiffres suivants : 46,9 pour 100 de non-guérisons, 44,5 de guérisons et 8,6 de morts. Wille confirme ces chiffres.

Pour ma part, bien que je n'aie pas dressé la statistique précise des faits qui me sont personnels, je crois qu'elle viendrait à l'appui de l'opinion de ces deux auteurs.

Je crois donc qu'il ne faut pas être trop optimiste au

point de vue du pronostic général de la confusion mentale. Il est toujours fort difficile à préciser, et sans donner ici des règles exactes, je crois qu'on pourra, avec quelque utilité, se servir des données suivantes.

Même quand elle guérit, la confusion mentale primitive est toujours une affection sérieuse. — Son pronostic est plus grave que celui de la manie ou de la mélancolie, comme nous l'apprend déjà le complexus symptomatique.

Le pronostic est d'autant plus difficile à fixer qu'il est impossible de savoir à l'avance si un cas sera aigu ou chronique, car on manque d'éléments précis à cet égard.

La guérison peut survenir au bout d'une ou plusieurs années, alors même qu'on croirait le malade en démence.

En général, plus une forme est compliquée et changeante, plus elle est grave; plus elle est simple, plus elle est favorable.

Il importe aussi de tenir grand compte de l'état mental antérieur et des symptômes physiques. Dans les formes où ces derniers prédominent, la guérison est l'exception.

Ce que je viens de vous dire s'applique surtout aux deux degrés : démence aiguë et confusion mentale primitive.

Pour les cas légers, il faut retenir que le pronostic, bien que beaucoup plus favorable, est cependant encore sérieux. Car, si la confusion mentale disparaît un moment, on ne peut pas être sûr qu'elle ne reparaîtra pas. La durée peut être ainsi fort longue, et on ne peut jamais répondre que la maladie ne s'aggravera pas, d'une façon parfois très rapide.

Enfin, si quelquefois la confusion mentale primitive laisse à sa suite un état d'épuisement du système nerveux, qui n'est pas sans assombrir le pronostic à une lointaine échéance, il est à remarquer que, lorsque la guérison *complète* se pro-

duit, elle est généralement plus parfaite que dans les autres formes curables des maladies mentales.

Quant au *diagnostic*, il est presque impossible d'en formuler les règles précises ; je ne puis guère qu'esquisser ici les grandes lignes de cette question, et vous indiquer surtout la marche à suivre et les diagnostics à faire.

La confusion, bien que simple symptôme, constituant le fondement psychologique de l'affection que nous étudions, il importe tout d'abord d'en bien reconnaître l'existence et d'en préciser les caractères.

Nous avons vu que ce symptôme, caractérisé cliniquement par la désorientation dans le milieu et le temps, l'incohérence des idées et des actes, est ici primitif, c'est-à-dire indépendant de tout autre symptôme psychique, relié seulement à un état de faiblesse cérébrale, qui est lui-même en connexion étroite avec un état d'asthénie générale. Cette espèce de paralysie des fonctions psychiques, d'impotence intellectuelle, dépend ainsi d'un état physique tout autant — et même plus — que d'un état mental.

La confusion secondaire, au contraire, est le résultat de processus psychopathiques divers, notamment de la production brusque d'idées délirantes nombreuses ou d'hallucinations, de troubles émotionnels très intenses.

Certains auteurs (Ziehen) regardent encore comme secondaire la confusion mentale qu'on observe dans les différents modes d'affaiblissements intellectuels permanents, congénitaux ou acquis. D'autres, comme M. Chaslin, la considèrent plutôt alors comme primitive, ayant encore sa cause dans un état organique, la confusion secondaire ne devant être que le résultat de processus psychologiques tels que ceux que je vous énumérais tout à

l'heure (1). Qu'on adopte l'une ou l'autre opinion, cela n'a, au point de vue pratique, qu'une importance relative, car il faudra toujours déterminer alors la nature de l'affaiblissement intellectuel, qui peut appartenir à un processus morbide défini. Par suite, si la confusion mentale qui le traduit n'est point secondaire, elle est tout au moins symptomatique, et ne rentre pas dans le groupe de faits qui font l'objet de notre étude, où la confusion mentale — en tant qu'affection psychique, tout au moins — a une évolution indépendante.

Quoi qu'il en soit, cette distinction de la nature secondaire ou primitive de la confusion n'est pas toujours facile, et bien souvent elle ne peut être faite que par l'examen de l'ensemble de l'affection.

D'ailleurs, en quelque circonstance que ce soit, il importe de ne jamais oublier le précepte sur lequel insistait déjà Delasiauve : *que le diagnostic ne se fait pas seulement sur l'existence du symptôme confusion, mais sur l'ensemble total des symptômes, leurs rapports intrinsèques et leur évolution.*

C'est ainsi, Messieurs, que vous pourrez déjà reconnaître si la confusion mentale n'est qu'un *symptôme* d'origine secondaire et d'importance accessoire au cours d'une affection mentale quelconque : manie, mélancolie, délire systématisé aigu, épisodes aigus des délires systématisés chroniques, etc.

Mais il est, vous le savez, des cas dans lesquels l'ensemble des troubles délirants semble constituer un véritable *état de confusion mentale*. En vous fondant sur les

(1) Ph. Chaslin, *Journal des connaissances médicales*, juin 1894.

mêmes principes, vous aurez alors à déterminer si cet état de confusion mentale, secondaire ou même primitive, n'est point en même temps *épisodique*, complication d'un autre état morbide, comme cela arrive, par exemple, fréquemment dans la mélancolie, dans la manie même; — ou bien s'il n'est point *symptomatique*, rattachable à un processus pathologique déterminé. C'est alors, comme l'avait déjà indiqué Delasiauve, qu'il faudra faire le diagnostic des troubles délirants reliés à une intoxication, *l'alcoolisme* notamment, le saturnisme, l'oxyde de carbone, etc.; à une névrose (hystérie, épilepsie); à un processus diathésique (albuminurie, diabète); à une infection déterminée, générale (délires fébriles) ou avec localisation cérébrale particulière (rhumatisme, syphilis, etc.); à une affection cérébrale organique (tumeurs, etc.).

Ces éliminations successives ainsi faites, vous vous trouverez en face des cas où l'affection semble revêtir réellement une existence indépendante, avoir son évolution *per se*.

Mais le diagnostic de l'affection confusion mentale primitive n'en reste pas moins assez difficile. Il varie suivant le groupement et l'intensité des symptômes, déterminant les formes diverses que nous avons étudiées; et même alors, chaque cas comporte son diagnostic particulier.

Dans les cas d'intensité maxima, dans ceux que nous avons rangés sous le qualificatif de *démence aiguë*, le diagnostic devra surtout être fait avec les affaiblissements congénitaux et les états démentiels tels que, par exemple, la démence précoce, la démence paralytique, les démences vésaniques.

Dans les formes légères d'apathie, de torpeur cérébrale, le

diagnostic se posera surtout avec la mélancolie simple, sans délire.

Pour les cas d'intensité moyenne que nous avons envisagés de préférence, il varie suivant la forme symptomatique de la maladie. Dans les formes d'apparence typhoïde ou méningitique, il faudra songer au délire fébrile et, par suite, à une maladie infectieuse quelconque, à certaines formes de méningite tuberculeuse, à une paralysie générale à marche rapide, au délire aigu des aliénistes, etc. ; tandis que le diagnostic des formes asthénique ou délirante et hallucinatoire devra surtout être fait avec la manie, la mélancolie, la paralysie générale et ces formes diverses rangées sous la dénomination de *paranoia aiguë* (délire systématisé aigu avec ou sans hallucinations, délire d'emblée et polymorphe).

A ce propos, et puisque ce sont ces derniers cas que nous examinons plus particulièrement aujourd'hui, je vous rappellerai très sommairement que la manie aiguë n'offre pas ce début aussi soudain que l'on remarque souvent dans la confusion mentale. L'expression de la physionomie est aussi toute différente. Elle ne traduit plus l'égarement, l'étonnement ; mais le regard est vif, brillant, le facies animé, coloré, très mobile. La parole n'est plus hésitante, mais précise et rapide ; la voix est forte, accentuée, rauque, au bout de quelque temps. Il y a toujours aussi un certain degré d'agitation motrice continue, parallèle à la loquacité ; une surexcitation générale des facultés intellectuelles, une incohérence spéciale due à la succession tumultueuse des idées, incohérence que traduit si bien la forme elliptique du langage, et qu'il est facile de distinguer de la confusion mentale. De plus, le ton émotionnel, dans la manie, est

toujours primitivement exalté, déterminant un sentiment de bien-être, de puissance, de supériorité, auquel viennent s'associer des idées le plus souvent de caractère agréable, ne s'accompagnant guère d'hallucinations.

La pensée d'un accès de mélancolie peut venir à l'esprit par suite de la constatation, chez le malade, d'idées délirantes assez semblables à celles qu'on rencontre d'ordinaire chez les mélancoliques. Mais, outre que la mélancolie débute plus lentement que la confusion mentale primitive, elle en diffère surtout par la présence des troubles émotionnels, primordiaux, en quelque sorte, de cet état de douleur morale constituant un des phénomènes fondamentaux caractéristiques de la maladie chez le mélancolique et se réfléchissant dans son attitude, sa mimique expressive, sa physionomie, son regard traduisant toujours l'abattement, l'impuissance, la tristesse, la crainte; son langage et son délire. La mobilité, l'incohérence même des idées et des actes du confus n'a rien non plus de la concentration, de la fixité, de la ténacité du délire du mélancolique, de son opposition et de sa résistance systématiques.

Ce diagnostic avec la mélancolie est parfois très difficile; car on peut rencontrer, au cours de la mélancolie, des épisodes de véritable confusion mentale, et, d'autre part, il existe entre les deux formes, ainsi que l'a fait remarquer Delasiauve, des cas intermédiaires qu'on est fort embarrassé de classer.

Cette même réserve peut s'appliquer d'ailleurs au diagnostic avec la manie.

A propos du diagnostic avec ces états délirants désignés à l'étranger sous le nom de *délire systématisé aigu* (para-

noia aiguë, Wahnsinn aigu), hallucinatoire ou non, il faut remarquer d'abord qu'ils semblent devoir être divisés en deux catégories d'après les observations et les descriptions différant suivant les auteurs. Les uns seraient simplement des cas de confusion mentale (Verwirrtheit) délirante, et rentreraient ainsi dans notre description. Les autres, constituant, à proprement parler, le cadre de la paranoia aiguë, correspondraient assez bien à ce qu'on décrit en France sous le nom de *délire d'emblée*, polymorphe des dégénérés, et sont, par suite, les seuls à examiner ici au point de vue du diagnostic.

Ce délire systématisé aigu (paranoia aiguë proprement dite, délire d'emblée) n'est alors que la simple exagération d'une déséquilibration mentale, latente jusque-là. La cause occasionnelle n'a qu'une minime importance ou même manque totalement. De plus, le malade n'éprouve pas, de par la maladie mentale même, de perturbation dans son état somatique ; il ne maigrit pas. « C'est un simple trouble fonctionnel, sans retentissement sur la santé du malade ; les grandes fonctions s'accomplissent avec régularité au cours de l'accès. » (Legrain.) Enfin, quelque absurde que soit le délire, il y a toujours une certaine systématisation des idées délirantes avec actes coordonnés (Wille, Krœpelin), et le délire présente en général un caractère *égocentrique* (Werner, Neisser) analogue à l'autophilie signalée de longue date dans les formes chroniques des délires systématisés.

Sans insister davantage aujourd'hui, j'ajouterai cependant que ce délire systématisé aigu peut s'accompagner d'hallucinations parfois multiples et incessantes et provoquant, à leur suite, un état de confusion mentale secondaire qui ne laisse pas d'embrouiller singulièrement le diagnostic.

Un autre diagnostic souvent très difficile est celui de la paralysie générale, surtout au début. Dans cette maladie, en effet, le fond psychopathique est caractérisé par un affaiblissement en masse des facultés, une démence progressive, dont l'aspect clinique peut, à l'occasion, revêtir toutes les apparences d'un état de confusion mentale proprement dite. Au point de vue physique, je vous ai signalé aussi, chez les confus, des signes qui peuvent prêter à erreur, tels que l'inégalité pupillaire, les tremblements, les troubles de la parole, les mouvements automatiques, etc. Il importe donc, dans ces cas, d'apprécier ces différents symptômes à leur juste valeur, de déterminer leurs caractères propres, leurs rapports réciproques, et aussi de dépister la présence de symptômes particuliers à la paralysie générale. La recherche des antécédents, la constatation de l'évolution de la maladie aideront à lever les doutes.

Je ne fais que vous signaler en passant les difficultés de cette question, que je me réserve de développer plus longuement dans une de nos prochaines réunions.

Je passerai très brièvement, Messieurs, sur l'*étiologie* et la pathogénie encore très discutée de l'affection confusion mentale primitive.

La plupart des auteurs, tout en admettant l'hérédité, lui attribuent un rôle moindre que dans les autres maladies mentales, et l'on peut dire que parfois même la prédisposition semble réduite au minimum. Les causes occasionnelles ont donc une grande importance. Ces causes occasionnelles sont, le plus souvent, les traumatismes moraux ou physiques, accidentels ou chirurgicaux, les excès ou fatigues de toute sorte, l'inanition, la misère physiologique.

La confusion mentale primitive, affection, se montre également d'une façon très fréquente dans la convalescence des maladies infectieuses (puerpéralité, fièvre typhoïde, choléra, grippe). Il est même des cas, plus rares peut-être parce qu'ils sont moins étudiés, où, tout en revêtant l'aspect d'une véritable infection, elle se montre en dehors de toute maladie infectieuse dénommée, d'une façon en quelque sorte *protopathique*. Ces derniers, où le symptôme confusion mentale, se produisant suivant le même mécanisme psychologique que dans les précédents, tient toujours la première place dans le tableau clinique, par son importance symptomatique, et de plus par la date de son apparition, me semblent bien devoir rentrer eux aussi, jusqu'à nouvel ordre, dans le cadre de l'affection confusion mentale primitive.

Tous les auteurs s'accordent à dire que cette affection est la conséquence d'un état d'épuisement général, qui amène un état de faiblesse irritable du système nerveux central ; et c'est ainsi que la confusion mentale primitive peut être rangée dans le cadre général de ce que Krœpelin appelle les *psychoses asthéniques*.

En outre les auteurs les plus récents attribuent cet état au résultat intime d'une infection ou auto-intoxication par les produits des microbes ou la résorption des poisons de l'économie (1).

Il est possible que cette hypothèse soit exacte, si l'on se reporte à l'étiologie d'une part, et aussi au tableau clinique de la maladie qui ressemble assez exactement — ainsi que l'avait déjà fait remarquer Delasiauve — à celui des délires

(1) Voir la discussion sur *les auto-intoxications dans les maladies mentales* (Congrès de la Rochelle, 1893).

toxiques, alcoolique ou saturnin par exemple. Mais les données de l'expérimentation ne sont pas encore édifiantes à cet égard. Toutes les expériences qui ont été faites jusqu'ici pèchent par un côté ou par un autre, et semblent même parfois contradictoires entre elles. Aucune d'elles, à mon avis, n'est capable de trancher définitivement la question à l'époque actuelle. De nouvelles études plus précises doivent être faites dans ce sens, aussi bien au point de vue chimique et physiologique, qu'au point de vue bactériologique, dans les cas où l'affection semble revêtir toutes les allures d'une maladie infectieuse.

Des recherches analogues devront aussi être poursuivies dans le domaine de l'anatomie pathologique où l'on n'a guère signalé jusqu'ici que des états d'anémie, d'œdème cérébral, de congestion des méninges, etc.

Enfin, Messieurs, je vous dirai quelques mots du *traitement* qu'on peut appliquer aux malades atteints de confusion mentale primitive. Il doit être à la fois physique et moral.

Au point de vue physique, une première indication a pour objet de relever la nutrition générale au moyen de médicaments analeptiques, toniques et reconstituants, d'un régime alimentaire substantiel et de facile digestion. On y adjoindra les frictions stimulantes, les bains sinapisés, sulfureux, térébenthinés, les pratiques hydro ou électrothérapiques.

D'autres agents thérapeutiques, regardés jadis comme s'adressant surtout à la gêne de la circulation cérébrale et produisant de bons effets, sont les purgatifs, les émissions sanguines, les exutoires, les médicaments diurétiques et diaphorétiques. En se plaçant dans l'hypothèse d'une auto-intoxication, l'action reconnue de ces moyens thérapeu-

tiques résulterait sans nul doute de ce qu'ils favoriseraient l'élimination des substances toxiques contenues dans l'organisme. Les anciens auteurs avaient d'ailleurs signalé que la guérison de la stupidité pouvait être précédée de *phénomènes critiques*, diaphorèse, sialorrhée, diarrhées abondantes, jugeant la maladie.

Enfin, il est une série de procédés thérapeutiques que l'on peut appliquer à ce genre de malades avec quelque avantage et qui sont en rapport avec l'hypothèse d'une auto-intoxication : ce sont ceux qui sont destinés à réaliser l'antisepsie gastro-intestinale.

Lorsqu'il existe de l'insomnie ou des symptômes d'agitation, on peut prescrire l'emploi des bains tièdes prolongés, avec ou sans affusions froides sur la tête, qui ont en même temps l'avantage de rétablir les fonctions de la peau ; ou bien l'emploi du sulfonal à petites doses, du valérianate d'ammoniaque. Mais, contrairement à ce que disent certains auteurs, je pense que l'usage des bromures alcalins doit être *absolument proscrit*. Ces médicaments déterminent rapidement un état de dépression intellectuelle et par suite l'augmentation de la confusion mentale ; je les ai toujours vus produire un effet plutôt défavorable.

Mais, Messieurs, si le traitement physique est nécessaire à cause des caractères de maladie générale véritable que revêt la confusion mentale primitive, il ne faut pas non plus négliger le traitement moral.

Les règles en ont été nettement formulées jadis par le Dr Sauze ; on ne peut mieux faire que de les suivre à la lettre :

« Si, dans la période d'acuité, le traitement moral est impossible, il n'en est plus de même dans la période de

déclin. Quand l'intelligence recommence à fonctionner, quand arrivent les rémissions, il faut activer sans relâche les opérations cérébrales, il faut interroger les malades, fixer leur attention, insister quand leur réponse est ou trop lente ou peu précise. On doit s'attacher à leur faire comprendre qu'ils sortent d'une maladie grave; on les voit presque toujours être dans l'étonnement, ne pas se rendre compte des diverses circonstances de leur maladie, ni du changement qui s'est opéré en eux, comme un individu qui, pendant son sommeil, transporté dans des lieux inconnus, mettrait un certain temps à reprendre ses sens. Quelques-uns nous ont dit qu'il leur semblait sortir d'un long sommeil. A ces malades qui se réveillent, il faut expliquer tous ces détails, les éclairer sur leur position, rappeler leur mémoire, leur poser des petits problèmes et leur en demander plus tard la solution. Cet exercice intellectuel, répété chaque jour, sans interruption, en procédant des choses simples aux questions plus difficiles, ramène peu à peu toutes les facultés à leur activité première ; c'est comme un enfant dont l'intelligence se développe progressivement.

« En même temps que pour la conversation, on force le malade à mettre en jeu ses diverses facultés, il faut encore le mettre au travail. Cet exercice salutaire achève de rétablir la santé physique, maintient l'appétit et le sommeil, et donne également à l'esprit une préoccupation qui produit le meilleur effet. C'est en suivant cette méthode, en ayant recours à ces divers moyens, qu'on verra chaque jour l'intelligence faire un progrès nouveau. Les réponses, d'abord lentes, deviennent plus faciles. Le malade s'occupe avec plus d'intérêt de ce qui l'entoure; son attention se fixe plus souvent sur les objets qui sont à sa portée. A mesure que l'attention est revenue, les autres facultés de l'entendement

ne tardent pas à suivre la même voie de progrès. Après avoir observé ce qui se passe autour de lui, le malade compare entre eux les divers objets qui ont fixé son attention, il saisit leurs rapports, raisonne, en un mot, comme il le faisait auparavant. La mémoire, d'abord obscure et infidèle, reprend toute sa puissance, la volonté suit dans sa marche les progrès de l'entendement ; cette apathie, cette inertie si complète, finit peu à peu par disparaître. Les malades ne se laissent plus pousser ni conduire par le premier venu, ils ont repris la conscience de leur moi. »

Telles sont les règles du traitement moral qui se résume en une véritable reéducation, au cours de laquelle on ne devra jamais oublier ce principe : que les malades ne doivent pas être fatigués sous peine d'une rechute ou d'un arrêt dans la convalescence.

Reste une dernière question, celle de l'*internement*. Sans aller avec certains auteurs jusqu'à le proscrire absolument, je pense (et c'est un point sur lequel j'ai insisté dans un précédent travail sur ce sujet) (1), qu'on ne doit y recourir *qu'à la dernière extrémité*, lorsqu'il est impossible d'entourer les malades des soins et de la surveillance nécessaires ; il faut aussi le faire cesser aussitôt que possible. L'internement, le changement de milieu, ne peuvent qu'augmenter la désorientation, la confusion mentale qui est le fond même de la maladie. Au début, l'isolement à domicile suffit pour donner à l'esprit le calme et le repos nécessaires ; et, lorsque le traitement moral que je considère comme indispensable, devient possible, il est beaucoup plus facile et plus utile dans ces conditions — si le malade se trouve dans un milieu qui lui était familier autrefois —

(1) *Annales médico-psychologiques*, mai-juin 1893.

car il s'appuie alors sur des acquisitions intellectuelles anciennes. La part de nouveauté est toujours suffisante; nous savons aujourd'hui par l'expérience que, dans ces cas de désagrégation mentale, où l'assimilation psychique se fait mal, la nouveauté des faits et des objets intervient comme un des facteurs principaux de la difficulté avec laquelle se fait la synthèse mentale.

Pour terminer, Messieurs, je veux vous rapporter l'observation d'une malade, atteinte de confusion mentale primitive et qui me paraît intéressante à divers points de vue.

Il s'agit d'une dame, âgée de trente ans, blanchisseuse, que j'ai observée en ville, avec mon excellent confrère et ami le docteur Marey.

Les renseignements que nous avons pu recueillir sur les antécédents de cette malade nous ont appris qu'elle avait un frère épileptique; elle-même était nerveuse, mais sans manifestations caractérisées. Il y a dix ans, elle fut soignée pour des accidents tuberculeux du sommet droit, qui ont guéri. Elle prenait volontiers, de temps en temps, un verre de vin pur en mangeant, mais c'était tout; elle fumait et avait l'habitude de manger une cuisine très épicée.

Les accidents actuels débutèrent dans la soirée du 15 mai. Les jours ou semaines précédents, la famille n'avait rien remarqué d'insolite dans ses idées, ses paroles, ses actes, son attitude, non plus que dans sa santé physique. Depuis quelque temps, elle se fatiguait beaucoup, et le jour même du 15 mai elle avait eu une violente discussion avec une de ses ouvrières.

Le début fut absolument subit. Tout d'un coup, sans aucun prodrome, la malade tombe; elle a alors un vomissement alimentaire. Pas de paralysie, pas de convulsions;

perte de connaissance incomplète; la malade ne sait pas où elle est, et semble ne reconnaître personne. On ne peut en tirer aucune parole; mais elle s'abandonne à un bavardage monotone, à voix demi-haute, portant sur toutes sortes de choses sans suite, parmi lesquelles semblent revenir souvent des préoccupations professionnelles.

Le lendemain et le surlendemain, fièvre à 38 degrés; pouls petit, régulier, modéré, pas de vomissements nouveaux; apparition des règles le 16. Herpès labial. Rien dans les appareils viscéraux. La malade est toujours dans le même état d'égarement, d'inconscience. Elle ne répond à aucune des questions qu'on lui pose.

Les jours suivants, jusqu'au 22 mai, la fièvre persiste, irrégulière, par intervalles. État d'asthénie générale; la malade ne peut se tenir sur ses jambes et reste couchée. Ses yeux sont constamment fermés, elle est dans un état d'anéantissement complet. Elle semble à peine comprendre les questions qu'on lui pose et ne répond que des phrases inachevées ou incohérentes. Désorientation complète; elle ne sait pas où elle est, ne reconnaît personne; elle est tout à fait égarée. Elle semble insensible à toute excitation extérieure; lorsqu'on la pince ou qu'on la pique sur une partie quelconque du corps, et surtout aux bras, elle réagit à peine. Pas d'agitation; il n'y a que des mouvements automatiques de la jambe gauche, qui est tour à tour fléchie, puis allongée. Refroidissement des extrémités. Raideur de la nuque. Rien dans les différents appareils; constipation; alimentation difficile; amaigrissement notable.

Lorsque je vois cette dame en consultation, le 22 mai, elle est couchée, les yeux fermés, et semble à peine faire attention à notre arrivée. La physionomie est inerte, sans expres-

sion ; la confusion dans les idées est toujours très accentuée, bien que, paraît-il, ce symptôme ait diminué ces jours derniers. La malade saisit le sens des questions qu'on lui pose ; mais ses réponses sont lentes, pénibles, souvent accompagnées de l'adverbe « probablement » et la plupart du temps inexactes et même contradictoires.

Désorientation complète, perte de la notion de lieu et de temps. Elle ne sait pas bien exactement où elle est, elle *croit* être dans sa chambre... *probablement*, et il paraît que la plupart du temps elle demande où elle se trouve. Elle reconnaît difficilement les personnes qui l'approchent ou bien les confond les unes avec les autres. Tout au moins, ne peut-elle pas toujours retrouver leur nom. Ainsi, elle reconnaît mon confrère, le docteur Marey, son médecin depuis dix ans, mais elle ne sait plus son nom.

La notion du temps est également perdue. Ainsi, pour n'en citer qu'un exemple, elle prétend être allée la veille chez ses parents aux environs de Paris, alors qu'elle est couchée depuis déjà huit jours et qu'elle y est allée la veille du jour où elle est tombée malade.

Elle ne se rend guère compte d'ailleurs de son état et tout ce qui s'est passé depuis le début de sa maladie est non avenu pour elle ; elle n'a rien compris et rien retenu. C'est ainsi qu'elle prétend se lever encore tous les jours et faire ses occupations habituelles. Comme on lui fait remarquer qu'elle se trouve cependant couchée à une heure déjà avancée de la journée, elle répond qu'aujourd'hui elle reste couchée, non parce qu'elle est malade, mais pour se reposer parce que c'est jour de fête (ce qui est absolument inexact). A un autre moment, elle fait sur le même point une réponse contradictoire. Elle dit qu'elle est couchée parce qu'elle est malade ; elle était bien souffrante, dit-elle, depuis deux

mois, sans pouvoir préciser ce qu'elle ressentait, lorsqu'elle est tombée malade tout à fait, la *veille* seulement. Elle est tombée par terre, et elle s'est retrouvée couchée. Depuis, il ne s'est rien passé de particulier ; elle a bien vu du monde autour d'elle, mais elle ne se rappelle pas exactement quelles personnes, bien que celles-ci lui soient familières. Il est bien difficile de savoir si elle a des hallucinations : en général, elle reste indifférente, inerte, n'a pas l'attitude d'une hallucinée, et semble ne rien voir ni entendre. Elle dit cependant qu'elle dort bien, sans cauchemars, mais qu'elle en aura, « parce que la petite fille, Eugénie ou Angèle, qui est couchée auprès d'elle (elle est toujours seule dans son lit), lui a dit qu'elle en aurait ».

Il est à remarquer que si la mémoire des faits survenus depuis la maladie fait totalement défaut, celle des faits antérieurs est conservée ; mais ils ne sont évoqués qu'avec hésitation et au prix d'efforts évidents.

Pas d'impulsions, pas d'agitation motrice ; la malade, depuis le début, est restée couchée dans son lit, indifférente à tout, ne sortant de son inertie que pour exprimer (et rarement) quelque idée parfaitement incohérente.

Pas de fièvre à ce moment ; pouls petit, régulier, mais accéléré à 120 depuis plusieurs jours. Rien au cœur ni dans les poumons. Troubles vaso-moteurs très accentués, surtout aux mains et aux coudes ; extrémités froides ; raie méningitique bien nette.

Raideur de la nuque très marquée, mais sans contracture. La tête est rejetée en arrière dans l'extension ; la malade peut la tourner à droite et à gauche, mais ne peut la fléchir en avant. Cette position forcée de la tête rend impossible tout autre mode de décubitus que le décubitus

latéral. Léger degré de trismus ; pas de raideur du tronc, un peu de raideur de la jambe gauche, moins accentuée qu'à la nuque. La malade se remue difficilement dans son lit ; la raideur de la nuque l'empêche de se retourner, et si on cherche à l'asseoir, elle se plaint spontanément de douleurs dans la nuque et dans le dos. Pas de secousses, pas de tremblements dans les membres. Lorsqu'on réussit à lui faire ouvrir la bouche, on constate des ondulations du sillon naso-labial, de la trémulation de la langue. Pas d'exagération des réflexes tendineux. Les excitations cutanées sont très mal perçues ; la sensibilité est partout obtuse, mais non disparue. Il n'y a pas de zones douloureuses particulières ; on ne provoque de douleur que lorsqu'on cherche à vaincre la raideur, surtout celle de la nuque. Les yeux sont maintenus obstinément fermés, et la malade dit ne pas pouvoir les ouvrir à cause de la fenêtre. Si on cherche à les ouvrir, on éprouve une certaine résistance ; il n'y a pas de strabisme, ni de nystagmus ; les pupilles sont normales et réagissent bien à la lumière.

Haleine infecte, croûtes herpétiques sur les lèvres, langue couverte d'un enduit blanchâtre très épais ; rien dans le pharynx. Constipation opiniâtre (elle a toujours eu d'ailleurs de la tendance à la constipation) ; ventre normal ; pas de taches ; on sent dans la fosse iliaque gauche une sorte de tuméfaction ovoïde, bosselée, due sans doute à l'accumulation de matières fécales. Pas de vomissements ; alimentation difficile, surtout par suite de l'état d'inertie de la malade et de la difficulté d'ouvrir la bouche. Amaigrissement considérable. Pas de gâtisme urinaire ; urines rares, rouge-brique, très épaisses, sans albumine ni sucre. Insomnie. Aucun accident pulmonaire ni cardiaque.

Traitement : purgatifs, bains tièdes prolongés, valéria-

nate d'ammoniaque, benzonaphtol, lait, alimentation réglée, substantielle et de facile digestion.

Même état le lendemain et le surlendemain, mais la température est remontée à 38°,5. A partir de ce jour (25 mai), la fièvre n'a plus reparu, et l'état de la malade a commencé à s'améliorer progressivement.

Les raideurs se sont atténuées au bout d'une huitaine de jours, et ont disparu peu à peu. Les selles se sont régularisées à l'aide des purgatifs et des laxatifs ; la langue s'est nettoyée au bout d'une quinzaine de jours. Le pouls est encore resté au-dessus de 100 pendant le même temps.

L'état de torpeur intellectuelle et de confusion dans les idées a persisté également pendant cette période. Abandonnée à elle-même, la malade était toujours somnolente, parlant à peine. Quand on l'interrogeait, elle paraissait toujours aussi désorientée. Lui demandait-on, par exemple, si elle s'était levée, si elle était descendue à son magasin :

« Oui, disait-elle, je suis descendue un petit peu.

D. — Quand ?

R. — Ce matin. (*Elle ne s'était pas levée depuis le début de l'affection.*)

D. — Combien avez-vous descendu d'étages?

R. — Trois pour descendre. (*Elle demeure au premier.*)

D. — Et pour remonter?

R. — Deux étages.

D. — Depuis combien de temps êtes-vous malade?

R. — Trois ou quatre jours. (*Plus de quinze en réalité.*)

D. — Qui est là, en ce moment, près de vous?

R. — C'est ma mère. (*C'était sa belle-mère.*)

D. — Comment s'appelle-t-elle?

R. — Madame F... (*Elle donne le nom de sa belle-mère.*)

D. — Quel jour sommes-nous ?

R. — Attendez un petit peu... (Et après beaucoup de réflexion, elle répond absolument au hasard. D'ailleurs toutes ses réponses sont faites au hasard, très pénibles et presque toujours précédées de sa formule : « Attendez un petit peu... »)

Ces symptômes de confusion mentale n'ont commencé à s'amender que vers le 7 juin. La malade est devenue moins engourdie ; elle a pu alors retrouver peu à peu la notion du lieu, des personnes, du temps actuel, indiquant, par exemple, le jour de la semaine. Mais toute la durée de sa maladie est non avenue pour elle.

Traitement : strychnine, kola, frictions alcooliques.

Elle commence à se lever le 20 juin. A cette époque, l'activité intellectuelle est à peu près revenue ; la malade n'a plus de confusion dans les idées, n'est plus désorientée. Mais il y a une amnésie totale de toute la période qui s'étend du début de sa maladie jusqu'au commencement de la convalescence, vers le 7 juin. Elle ne sait rien de ce qui s'est passé durant ce laps de temps, et même elle a peine à croire ce qu'on lui raconte : « Ce n'est pas possible ! » dit-elle. Elle se rappelle en revanche très bien les faits antérieurs et les faits plus récents.

Il n'y a plus de raideurs, les fonctions digestives sont régulières, le pouls à 85 ; plus de troubles de la perception cutanée. Il ne reste qu'une grande faiblesse de jambes, comme un brouillard devant les yeux, et quelques fourmillements dans les mains (1).

(1) Les derniers renseignements du docteur Marey m'ont appris que cette malade s'est complètement rétablie, et que sa santé s'est maintenue parfaite jusqu'à ce jour.

J'espère, Messieurs, que cette observation vous aura paru instructive. Elle vous montre d'abord combien subit peut être le début de la confusion mentale primitive. Puis elle peut, je crois, vous donner une idée d'ensemble assez exacte du tableau clinique de l'affection, des craintes qu'elle inspire même dans les cas curables, de la difficulté du diagnostic et du pronostic, des phénomènes qui marquent la convalescence, en particulier l'amnésie sur laquelle je n'insiste pas, me proposant d'y revenir spécialement dans notre prochaine réunion.

L'exposé des symptômes vous a montré comment se manifestent en clinique ces troubles des différentes opérations intellectuelles qui se résument par l'état de confusion mentale, symptôme psychique fondamental de l'affection; et vous avez pu, je pense, vous rendre un compte exact, dans ce cas, de la nature primitive de ce symptôme, se développant indépendamment de toute autre manifestation psychopathique.

Vous avez vu aussi l'importance que peuvent prendre, dans le tableau clinique, les symptômes somatiques, qui pouvaient éveiller l'idée de complications méningitiques.

Envisagés dans leur ensemble, les désordres pathologiques se présentent ici avec toutes les apparences d'une véritable maladie infectieuse. Cette opinion même pourrait trouver un appui dans les résultats favorables du traitement qui avait été institué, conformément à cette hypothèse.

Une des particularités, les plus intéressantes à cet égard, de l'observation dont je viens de vous parler, c'est que les symptômes infectieux ne s'y rapportent à aucune maladie infectieuse déterminée. D'autre part, bien qu'il y ait eu de la fièvre, les symptômes psychiques ne sont pas ceux qu'on

remarque habituellement dans les délires fébriles. L'état de confusion mentale primitive, des plus évidents dans ce cas, ne succède pas non plus, comme cela est fréquent, à une maladie infectieuse bien connue, dont elle marque alors la période de convalescence.

Le complexus général symptomatique forme ici un tout uniforme *protopathique*. Par son *importance* aussi bien que par la *date de son apparition*, la confusion mentale, *se développant* en plus *indépendamment de tout symptôme psychique* d'un autre ordre, y tient la *première* place. Pour ces différentes raisons, l'affection dans son ensemble mérite donc bien ici le qualificatif de *confusion mentale primitive*.

A ce point de vue, les rapports de la confusion mentale avec les maladies infectieuses pourraient être assimilés à ceux qui sont attribués aux polynévrites en pareille circonstance. Si les névrites consécutives aux maladies aiguës sont les plus fréquentes, il est cependant des cas de polynévrites qu'on pourrait appeler *protopathiques*, c'est-à-dire survenant en dehors de toute maladie infectieuse dénommée, et dans lesquels les manifestations névritiques, au lieu d'être successives, contingentes, tiennent, par leur importance, par la date de leur apparition, la première place dans le tableau clinique de l'affection, qui se présente toujours avec l'apparence d'une infection véritable, bien qu'indéterminée.

Ce n'est pas d'ailleurs le seul point de comparaison qu'on pourrait établir entre les divers états de confusion mentale et les polynévrites. Leur étiologie, par exemple, si vous vous reportez à la division que je vous ai exposée au début, présente de nombreux points communs avec celle de l'affection dont je viens de vous entretenir.

HUITIÈME LEÇON

Des troubles de la mémoire et de l'amnésie continue dans la confusion mentale primitive.

Sommaire. — Troubles de la mémoire pendant la convalescence de la confusion mentale primitive.
Exemple clinique de confusion mentale primitive à forme délirante.
Un cas de confusion mentale primitive à forme asthénique consécutive à une fièvre typhoïde. — Discussion du diagnostic avec la paralysie générale.
Analyse des troubles de la mémoire pendant la convalescence. — *Amnésie rétro-antérograde*. — L'amnésie est consciente. — Persistance de la *conservation* et de la *reproduction* des souvenirs. — La *reconnaissance* est conservée. — La *localisation* est légèrement atteinte.
Suppression de la *perception personnelle des souvenirs*.
Des troubles de la mémoire dans la *psychose polynévritique*.
Que doit-on penser des troubles intellectuels décrits sous ce nom ?

Messieurs,

En vous traçant la symptomatologie de la confusion mentale primitive, je vous ai parlé des troubles divers de la mémoire qui se manifestaient en pareil cas. C'est sur ce sujet que je désire revenir plus spécialement aujourd'hui, à l'occasion de deux malades que nous allons examiner.

Nous avons vu d'un côté, qu'*au cours de l'affection*, les souvenirs qui se rapportaient à la période antérieure à son début étaient le plus aisément évoqués, tandis que ceux qui avaient trait aux événements postérieurs étaient plus ou moins absents, et que les différents faits qui se passaient autour du malade, ses idées délirantes elles-mêmes, étaient souvent oubliés au fur et à mesure de leur production.

Vous vous rappelez aussi en quoi consistent ces désordres de la mémoire, dépendant de ces mêmes troubles de la conscience personnelle qui sont le fond de la maladie, traduisant le même défaut de synthèse, d'assimilation psychologique des images, qui constituent la base des souvenirs. Et, en effet, ces souvenirs, qui sont conservés et peuvent même être reproduits au cours des phénomènes automatiques — parfois d'une façon très précise, surtout lorsqu'il s'agit de souvenirs anciens — ne semblent disparaître que si le malade cherche à les évoquer volontairement. Je vous ai même cité à ce propos l'exemple d'un confus qui me saluait automatiquement des mots « Bonjour, docteur », alors que l'instant d'après il me demandait qui j'étais.

D'un autre côté, je vous ai exposé que *pendant la convalescence*, ou même après guérison, les malades ne se souvenaient que très vaguement, parfois pas du tout, de leur maladie et n'avaient aucune conscience de sa durée. Aussi, contrairement à d'autres en apparence identiques, ne donnent-ils que des renseignements très vagues sur l'état par lequel ils ont passé. « Je ne puis rien dire, répondent-ils ; j'étais comme un morceau de bois, j'étais dans le chaos, etc. » Ou bien ils cherchent des explications, qu'ils abandonnent très vite, ne pouvant arriver à se rendre un compte exact des événements.

Enfin, je vous ai dit qu'assez souvent, *à la suite* de la confusion mentale primitive, l'exercice intellectuel restait difficile ; parfois même on note un trouble persistant, le plus généralement de l'attention ou de la mémoire, sous forme d'*amnésie continue*.

Je ne reviendrai pas aujourd'hui sur les troubles de la

mémoire au cours de la maladie, dans la période d'état. Vous avez pu déjà les constater par vous-mêmes dans les observations que je vous ai présentées. Nous nous occuperons seulement de ceux qui se montrent dans la convalescence ou comme prolongation de la maladie.

Les deux faits que nous allons examiner sont très démonstratifs à ce point de vue; et à côté de l'aspect clinique, ils nous apporteront une nouvelle démonstration de l'interprétation psychologique que je vous ai exposée au sujet de ces phénomènes.

La première malade peut être regardée comme un exemple de confusion mentale primitive à forme délirante.

Le début, subit, a été marqué par une période d'agitation avec délire, qui a fait place ensuite à un état d'apathie entrecoupé de retours de l'agitation. Cette femme paraît aujourd'hui très améliorée, bien qu'encore un peu confuse. Ce qu'elle présente actuellement de plus intéressant, ce sont les troubles de la mémoire.

C'est une dame âgée de vingt-quatre ans. Le père était nerveux, sans accidents déterminés. Elle-même a toujours été bien portante, gaie, active, d'une intelligence ordinaire.

Au début de 1893, elle devint enceinte. La grossesse suivit son cours sans rien de particulier, et le 24 octobre, elle accoucha spontanément, mais après un travail très long, d'un enfant bien portant qu'elle ne nourrit pas. Les suites de couches furent normales, sans accidents fébriles, paraît-il ; toutefois, elle passait les nuits sans sommeil.

Le matin du huitième jour, elle réussit à s'endormir. A son réveil, soudainement, apparurent les troubles intel-

lectuels, marqués par un état d'agitation avec idées délirantes incohérentes. Elle s'écria qu'elle était toute froide, qu'elle allait mourir ; elle faisait ses adieux à tout le monde, parlait de son père qui était mort quelques années auparavant. A dater de ce moment, elle ne cessa de bavarder continuellement nuit et jour ; parfois elle faisait en même temps de grands gestes ; mais elle ne fut jamais assez agitée pour qu'on fût obligé de la maintenir, et elle ne pouvait quitter son lit. Par moments, elle se mettait à rire automatiquement, sans savoir pourquoi. Ce qu'elle disait était complètement décousu. Le plus souvent on n'y comprenait rien ; on saisissait par hasard quelques mots, puis elle passait brusquement à un autre sujet. « On aurait cru qu'elle rêvait tout éveillée, » nous dit son mari. Elle avait l'air un peu égaré, mais semblait reconnaître les choses qui l'entouraient ou les personnes quand elle les voyait. Elle oubliait d'un instant à l'autre ce qui venait de se passer.

Cet état dura huit ou dix jours, au bout desquels elle cessa de parler et tomba dans une période d'inertie complète. Plus égarée encore, ne se rendant aucun compte de ce qui se passait autour d'elle, répondant à peine aux questions qu'elle semblait ne pas comprendre, elle gardait même parfois un mutisme absolu. Par intervalles, elle reprenait son bavardage antérieur, toujours incohérent, pour retomber ensuite dans son inertie. Elle paraît n'avoir jamais eu d'hallucinations.

Pendant ce temps, elle maigrit d'une façon considérable, tout en s'alimentant suffisamment ; elle était toujours constipée.

Depuis une quinzaine de jours, elle a repris peu à peu sa lucidité ; c'est à ce moment que je la vis pour la pre-

mière fois. A en juger d'après son histoire, elle s'est évidemment très améliorée, sans être cependant guérie. Il reste encore, comme vous allez le constater vous-mêmes, un certain degré de confusion intellectuelle, et surtout ces troubles amnésiques consécutifs dont je vous ai déjà parlé. Elle ne se souvient pas même d'avoir été malade, se rappelle seulement avoir accouché vers la Toussaint, et puis c'est tout.

D. — Bonjour, madame, me reconnaissez-vous ?

R. — Oui, docteur. (*Je l'ai vue une seule fois, huit jours auparavant.*)

D. — Quand m'avez-vous vu ?

R. — Il y a une huitaine de jours, peut-être.

D. — Où cela ?

R. — Mais ici.

D. — Comment allez-vous, maintenant ?

R. — Mais je vais bien, je n'ai jamais été malade.

D. — Pourtant, voici votre mari qui nous a dit le contraire.

R. — Oh ! j'ai peut-être été un peu troublée, mais je n'ai pas été bien malade... Enfin, je ne sais plus.

D. — A quoi pensiez-vous dans ces derniers temps ?

R. — A pas grand'chose.

D. — Votre mari nous dit que vous aviez des idées noires ?

R. — Je n'ai jamais eu d'idées noires ; je ne cause pas beaucoup, c'est vrai, mais c'est mon naturel.

D. — On nous dit, au contraire, que vous êtes, d'ordinaire, gaie, bavarde même.

R. — Oui, peut-être.

D. — Avez-vous des enfants ?

R. — Oui, je suis accouchée dernièrement.

D. — Quand cela?

R. — La veille de la Toussaint. (*C'est en réalité le 24 octobre, huit jours auparavant.*)

D. — Et depuis la Toussaint, qu'avez-vous fait?

R. — Pas grand'chose; j'ai dormi, j'ai fait la « feignante ».

D. — Mais n'étiez-vous pas malade?

R. — Mais non.

D. — Le médecin n'est-il pas venu vous voir souvent?

R. — Oh! non, je crois qu'il est venu une fois quand j'ai accouchée. (*Le mari nous dit qu'il est venu tous les matins pendant la durée de la maladie.*)

D. — Vous souvenez-vous, après votre accouchement, d'avoir eu les idées un peu troublées, d'avoir raconté toutes sortes d'histoires?

R. — Mais non. Tout ce qui s'est passé, tout ce que je faisais et tout ce que je disais, c'était en dormant.

D. — Avez-vous vu alors comme des apparitions, entendu des bruits particuliers?

R. — Non, une fois j'ai entendu marcher avec de gros pas.

D. — Aviez-vous peur, parfois?

R. — Jamais.

D. — Que faites-vous maintenant chez vous, dans la journée?

R. — Moi, je travaille. (*Le mari dit qu'elle reste absolument inactive.*)

D. — Quel âge avez-vous, aujourd'hui?

R. — J'avais vingt-trois ans et demi *à la Toussaint*.

D. — Oui, mais maintenant?... En quel mois sommes-nous?

R. — Je ne sais pas bien.

Cet interrogatoire abrégé vous montre cependant, Messieurs, qu'il existe encore un certain état d'obnubilation mentale et des troubles bien évidents de la mémoire, qui sont la justification des faits cliniques que je vous énonçais tout à l'heure.

Tout d'abord, le mari affirme que sa femme se rappelle bien les faits antérieurs à sa maladie et que les réponses qu'elle fait, quand on l'interroge à ce propos, sont parfaitement exactes. Il est à remarquer cependant que, si les souvenirs peuvent être fidèlement évoqués, cela nécessite encore un certain effort.

Néanmoins, tout va bien jusqu'à son accouchement, qu'elle se rappelle. A dater de cette époque, elle ne se souvient plus de rien.

La longue période de confusion par laquelle elle a passé est non avenue pour elle. Elle affirme n'avoir jamais été malade, avoir seulement dormi, fait la « feignante ».

Vous avez pu remarquer combien sont hésitantes les réponses aux questions qui portent sur cette période. On voit que cette dame parle sans être bien sûre de ce qu'elle dit; elle se retourne sans cesse vers son mari comme pour lui demander ce qu'elle doit répondre.

En fait, elle ne sait rien de ce qui s'est passé. Elle n'exprime que des erreurs, au hasard, ou tente une explication qu'elle abandonne pour dire : « Je ne sais pas. » Elle ne se rappelle même pas les faits qui se sont cependant fréquemment répétés, comme les visites de son médecin, qui venait la voir tous les jours. Pour toute cette période, elle n'a pas de points de repère ; aussi a-t-elle perdu la notion du temps et ne peut-elle dire son âge que jusqu'au début de sa maladie.

Enfin, vous avez pu voir aussi que ces troubles parti-

culiers de la mémoire ne portent pas seulement sur la période de la maladie, mais existent encore au présent, à propos de faits très récents. Sans doute ils vont s'atténuant et ne sont plus permanents. Ainsi, la malade se rappelle à peu près l'époque, les circonstances où elle m'a vu. Mais pour d'autres faits, même plus nouveaux, la mémoire est encore infidèle. C'est ainsi que cette femme prétend qu'elle travaille, alors qu'il n'en est rien, sans s'apercevoir d'ailleurs de la contradiction qu'il y a entre cette affirmation et une de ses réponses antérieures, où elle disait ne rien faire.

J'ajouterai, en terminant, qu'on ne constate aujourd'hui aucun signe physique, pas de symptômes d'hystérie, de paralysie générale.

Le second cas, Messieurs, est celui d'un individu qui fut atteint d'une fièvre typhoïde grave, accompagnée d'un délire très accentué. A la suite de cette maladie infectieuse, il présenta tous les symptômes de la forme asthénique de la confusion mentale primitive. Très amélioré aujourd'hui, il conserve encore un certain degré d'asthénie mentale, et en particulier de l'amnésie rétro-antérograde continue.

Sans aborder ici l'étude générale des troubles intellectuels qui surviennent par le fait de la fièvre typhoïde, je me bornerai à vous exposer aujourd'hui les détails de cette observation, qui me paraît intéressante à divers points de vue : symptômes, marche, diagnostic et pronostic.

C'est un homme âgé de quarante ans, qui s'est présenté, le 10 novembre 1892, à la consultation externe de la Salpêtrière. Nous avons pu le suivre régulièrement pendant plusieurs mois consécutifs, et le revoir plus tard de temps en temps.

Je vous dirai tout de suite, pour ce qui a trait aux antécé-

dents, que son père était un peu buveur, sa mère nerveuse, des oncles maternels buveurs aussi. Lui-même a toujours été bien portant, facilement impressionnable, mais intelligent. Il a toujours eu bonne mémoire, aimait le travail, s'appliquait bien et comprenait facilement. Il était très sobre.

Le 26 mai 1892, B... fut atteint d'une fièvre typhoïde grave, avec rechutes, dont il ne se rétablit guère qu'au mois de septembre. Pendant toute sa durée, il eut le délire, délire hallucinatoire, avec bavardage incohérent, confusion mentale complète, ne sachant pas où il était, ne reconnaissant pas ses parents.

Il ne sortit de ce délire et ne guérit de sa fièvre typhoïde que pour tomber dans un état de dépression profonde, presque de stupidité. Il restait dans une inertie intellectuelle et physique absolue, ne disant pas un mot, à moins qu'on ne lui adressât la parole; encore, ses réponses étaient-elles toujours brèves. Si on ne le secouait pas, il s'immobilisait indéfiniment sur une chaise, parfois même debout. Ses réponses manifestaient des lacunes profondes de la mémoire, sur lesquelles nous reviendrons, et tout en reconnaissant les personnes, il montrait une indifférence totale pour tout ce qui l'entourait, pour sa femme, ses enfants. Au bout de quelques semaines, cet état, sans changer dans ses caractères essentiels, s'atténua un peu.

Je l'ai vu pour la première fois le 10 novembre 1892. La face est maigre, le teint terreux, la physionomie hébétée, distraite, l'attitude gauche, embarrassée.

Le malade ne parle encore pas, à moins d'être interrogé directement. Il comprend bien les questions, répond assez

vite, sans chercher ses mots. Mais ses réponses sont formulées au hasard, sur un ton monotone, sans qu'il fasse un mouvement, et de plus elles sont souvent erronées.

A la suite d'interrogations réitérées, il nous dit qu'il éprouve une faiblesse générale, mais surtout dans les jambes ; et telle, qu'il lui semble que sa santé s'en va tous les jours. Il dit souffrir de maux de tête, comme si un cercle la comprimait. Après le repas de midi, il va mieux ; le soir, il est très bien, et volontiers il ne se coucherait pas ; le matin, il se trouve beaucoup plus mal. Il se plaint également de perdre ses facultés, de n'avoir plus aucun courage, de perdre la mémoire.

En effet, il ne s'intéresse, paraît-il, à rien du tout, reste toute la journée dans une inertie complète ; il n'a aucune volonté et il faut le diriger comme un véritable enfant. Il s'habille bien tout seul, mais seulement quand on l'a forcé à se lever. Il ne se mettra pas à table de lui-même ; mais une fois attablé, il mange avec une voracité tout à fait automatique, et il faut lui retirer les aliments pour qu'il s'arrête. Il n'a, en un mot, aucune initiative personnelle.

Il est incapable de prêter attention à quoi que ce soit, et tout effort en ce sens lui est manifestement très pénible. Il déclare que depuis longtemps, bien qu'inoccupé, il ne pense absolument à rien. Il faut ajouter que si de lui-même il ne pense pas, d'un autre côté il lui arrive, par moments — ce dont il se plaint fort — de « rêver » tout éveillé, malgré lui, à des choses de son métier, qui l'obsèdent et dont il ne peut se débarrasser. Alors son mal de tête augmente ; toutefois, il n'a pas d'angoisse.

La mémoire est profondément atteinte, et le malade en a conscience. Il se rappelle seulement qu'il a eu la

fièvre typhoïde, à force de l'avoir entendu répéter autour de lui, mais ne peut donner aucun détail sur les événements, quels qu'ils soient, qui ont accompagné ou suivi sa maladie. Bien des faits aussi, ayant eu lieu antérieurement, sont pour lui lettre morte. Il ne peut dire ni son âge, ni l'année, ni la date actuelle, ni à quelle époque et combien de temps il a été malade. Quant aux faits actuels, il les comprend bien, mais ne les retient nullement.

Les sentiments affectifs semblent revenir ; il s'inquiète de sa maladie, qui l'empêche de travailler pour les siens, et est affectueux pour sa famille. Conduite très régulière, pas d'actes incohérents ou impulsifs. Il est très émotif, se met à pleurer comme un enfant avec la plus grande facilité et cesse de même.

Le sommeil est généralement régulier, parfois entrecoupé de rêves; l'appétit, les fonctions digestives assez bons, sauf des alternances de constipation et de débâcles diarrhéiques. Diminution de l'urée, pas de sucre ni d'albumine, urines hypotoxiques.

Léger tremblement fibrillaire de la langue, aucun mouvement des commissures. Parole absolument nette. Léger tremblement des mains, mais qui a toujours, paraît-il, existé plus ou moins. Pupilles légèrement inégales, réflexes de l'iris normaux, pas de signe d'Argyll Robertson. Champ visuel normal, pas de troubles de la sensibilité. Aucun symptôme antérieur d'hystérie. Pas de douleurs spontanées, sauf une sensation pénible de fatigue musculaire et de raideur articulaire. Jamais il n'y eut aucun symptôme de paralysie.

Pas de malformations physiques.

Tel était, Messieurs, d'une façon succincte, le tableau

clinique de la maladie dans son ensemble, lorsque B... vint nous consulter.

Si nous cherchons à résumer les troubles psychiques, nous voyons d'abord, au cours de la maladie infectieuse, pendant la période fébrile, un délire hallucinatoire très violent, avec grande agitation, grande confusion dans les idées; état mental purement symptomatique et se rattachant à l'infection générale.

Sans insister ici sur ce qu'est, au point de vue psychologique le délire fébrile, je vous dirai seulement que l'on y rencontre les mêmes symptômes que dans la confusion mentale primitive. Le délire fébrile n'est-il donc qu'une forme de cette dernière affection? Je n'oserais l'affirmer, et je ferai même au contraire remarquer que si, dans le délire fébrile, la production du délire hallucinatoire dénote un état de désagrégation psychologique, la confusion des idées qu'on observe alors ne semble plus être le résumé d'un état d'affaiblissement psychique et le fondement même des autres troubles psychopathiques. Elle semble au contraire reliée à la production rapide et à la fréquence des hallucinations. Au lieu d'être nettement primitive, elle apparaît plutôt comme secondaire.

Mais revenons à notre malade. Au moment de la convalescence, les troubles mentaux changèrent d'aspect. Alors, plus de délire ni d'hallucinations, mais un simple état de confusion mentale très accentuée, allant presque jusqu'à la stupidité, se reliant à un état d'asthénie générale, aussi bien physique que mentale, et revêtant ainsi tous les caractères de la confusion mentale primitive.

Enfin, au bout de quelque temps, cet état diminue d'intensité sans changer cependant de caractère, et il ne reste

plus qu'une sorte de torpeur, d'apathie intellectuelle générale, prédominant dans le domaine de la mémoire. Parallèlement et par suite de la gêne dans l'exercice volontaire des facultés, se montrent des symptômes d'automatisme mental sous forme d'idées fixes, irrésistibles, obsédantes. Bien que d'aspect différent, elles relèvent du même mécanisme qui détermine la production des symptômes accessoires, délire, hallucinations, impulsions dans la confusion mentale primitive.

En même temps, on peut reconnaître certains signes physiques habituels à l'état neurasthénique, et par conséquent de même caractère que ceux observés dans le domaine des facultés mentales.

C'est, en définitive, un état d'asthénie générale du système nerveux, de nature identique à ce que nous avons étudié sous le nom de *la confusion mentale primitive*, pouvant même être, dans le cas actuel, considéré comme un reliquat de cette affection.

Mais si ce diagnostic était le plus probable à l'époque de notre première observation, il ne s'imposait pas de prime abord de lui-même et sans réplique. A s'en tenir à l'examen actuel, il existait en effet certains symptômes qui pouvaient faire penser que cet état n'était peut-être pas simple, mais devait être rattaché à une autre maladie. Et la torpeur physique et intellectuelle du malade pouvait prendre une toute autre signification, si l'on se rappelle que nous avons noté en même temps de l'inégalité pupillaire, du tremblement de la langue et des mains, c'est-à-dire des signes pouvant faire penser à la paralysie générale.

Or, il me parut que, *pour le moment* du moins, cette hypothèse devait être écartée et que ces symptômes n'avaient

pas toute l'importance qu'on pouvait être tenté de leur attribuer.

En effet, l'inégalité pupillaire est loin d'être un signe pathognomonique de la paralysie générale ; elle se remarque aussi chez de simples névropathes, en dehors d'autres cas où elle peut être congénitale. Je vous l'ai signalée dans la confusion mentale primitive. Le signe d'Argyll Robertson, qui a plus de valeur au point de vue diagnostique, était absent chez notre malade. De même, le tremblement des mains n'a guère d'importance, vu son existence antérieure, et paraît être surtout émotif. Restait le tremblement fibrillaire de la langue. Mais outre qu'il peut exister aussi dans la confusion mentale primitive ou chez de simples névropathes, il faut remarquer de plus, dans l'hypothèse d'une paralysie générale, le contraste qui existait ici entre ce tremblement et l'absence d'un trouble quelconque de l'articulation des mots, qui est le meilleur signe de la paralysie générale, le seul dont la présence, bien et dûment reconnue, soit pathognomonique. En son absence, dans les cas douteux, il faut se tenir prudemment sur la réserve.

Enfin, dans notre cas, l'examen même de l'état mental montrait bien qu'il n'était pas celui de la paralysie générale. Au lieu de l'affaiblissement démentiel, de la perte progressive des facultés mentales, il ne s'agit ici que d'une entrave à leur exercice ; et l'analyse même des troubles les plus saillants, ceux de la mémoire, nous prouvera qu'ils ne ressemblent pas à l'amnésie du paralytique général.

En me fondant sur ces faits et aussi sur leur évolution antérieure, correspondant bien à ce qu'on observe d'ordinaire en pareil cas, je crus donc devoir m'en tenir, et sous réserve de complications postérieures, au diagnostic d'asthénie ou confusion mentale primitive, d'origine infec-

tieuse. Et, jusqu'ici, la marche ultérieure de la maladie semble avoir donné raison à cette manière de voir.

En effet, cet état s'est maintenu à peu près identique pendant plusieurs mois. Cependant, en février 1893, l'état général est devenu meilleur. Le facies est moins égaré, plus expressif. Le malade est moins abattu, il se sent plus fort; il est moins émotif. Mais les troubles de l'attention, de l'idéation, de la mémoire, persistent toujours.

L'attention est encore difficile et pénible, le cercle des idées restreint. Livré à lui-même, B... ne manifeste guère d'activité intellectuelle. En outre, les réponses qu'il fait, lorsqu'on l'interroge, sont toujours très brèves ; il faut le stimuler dans la conversation. Ses récits, forcément limités par les troubles de la mémoire, ne portent que sur les périodes antérieures à l'amnésie, ont toujours trait aux mêmes faits et même se répètent souvent sous la même forme.

Revenons maintenant, Messieurs, pour les approfondir, sur les troubles de la mémoire, qui ont toujours été les plus apparents.

Envisagée au point de vue de la période de temps sur lequel elle porte, et en prenant comme point de départ la fièvre typhoïde qui fut l'occasion des troubles intellectuels, l'amnésie comprend à la fois une certaine période de temps avant cette maladie, puis les faits qui l'ont accompagnée ou suivie ; maintenant encore, elle s'étend à tous les faits nouveaux, successivement oubliés à mesure qu'ils se produisent. En un mot, pour employer les termes de la classification proposée par M. Sollier (1), l'amnésie serait à la

(1) Sollier, *les Troubles de la mémoire*. Bibliothèque médicale Charcot-Debove.

fois rétro-antérograde de reproduction et antérograde de conservation. Je préfère dire simplement (et vous en verrez tout à l'heure la raison) que c'est une *amnésie rétro-antérograde continue*.

En interrogeant le malade, on peut voir sur quelle longue période de temps porte cette amnésie. Bien qu'il soit très difficile de fixer ses limites exactes dans le passé, elle remonte approximativement à l'année 1874, c'est-à-dire à plus de *dix-sept ans* avant la fièvre typhoïde ! En effet, alors que B... donne, sur la période antérieure à 1874, des renseignements divers détaillés, très précis, à partir de cette date il ne se souvient que de faits isolés, en très petit nombre, et est incapable de fournir aucun renseignement sur son existence pendant cette période. Le plus ordinairement, il avoue son impuissance. Si, d'autres fois, il répond, ses réponses sont toujours erronées ou même contradictoires.

D'un autre côté, il ne se rappelle aucun des faits qui ont accompagné ou suivi sa maladie. Par suite de cette absence de points de repère dans le passé, il n'a aucune notion de la marche du temps et ne peut même dire son âge. Remarquons aussi qu'aujourd'hui encore il ne sait rien des événements de la veille ni même du moment précédent. Chaque fait nouveau est aussitôt oublié. Par exemple, il ne se rappelle pas ce qu'il a fait le matin, il y a une heure ; il faut qu'on lui en parle, en insistant, pour que le souvenir lui revienne. Il recommence éternellement le même journal, parce qu'il oublie au fur et à mesure ce qu'il vient de lire, quoiqu'il puisse y rencontrer des faits qui l'intéressent particulièrement. Ainsi, un jour que nous l'examinions, et qu'il venait de lire son journal, il ne se rappelait plus l'autopsie du baron Reinach, l'enquête sur le Panama, bien

qu'il en ait lui-même acheté des actions ; lorsqu'on le lui a rappelé, il ne savait plus alors s'il les avait vendues ou conservées encore, parce que depuis longtemps il ne les avait pas regardées.

Il est à remarquer que cette défaillance de la mémoire concerne principalement les événements, c'est-à-dire les changements dans le temps. Quant aux perceptions de l'espace et aux sensations visuelles, elles sont généralement, sinon en totalité, mieux conservées dans la mémoire. C'est ainsi que B... a un souvenir très exact de Paris, des villes où il a habité. Il est à noter, toutefois, que les souvenirs de cette espèce sont bien plus défectueux lorsqu'ils se rapportent à des endroits que le malade a fréquentés depuis sa maladie. Ainsi, bien qu'il soit venu souvent à l'hôpital, qu'il ne s'y perde pas, il ne peut donner une description des cours qu'il a maintes fois traversées.

Un petit fait prouvera bien cette différence qui existe, au point de vue de l'amnésie, entre les événements et les perceptions de l'espace. On fait lire mentalement au malade un fait divers de son journal. Il commence en marmottant, puis se borne à remuer les lèvres en lisant ; ce qui prouve qu'il utilise, dans sa lecture, les images motrices en même temps que les images visuelles. Malgré cela, cinq minutes après avoir lu, il a complètement oublié jusqu'au sens même de l'article très court qu'il vient de lire ; mais il se rappelle la place occupée par cet article sur la page du journal. De même s'il se souvient d'avoir vu une personne, il a totalement oublié la conversation qu'elle lui a tenue.

On voit donc sur quel espace de temps vraiment considérable portait l'amnésie.

Notons aussi qu'elle est parfaitement *consciente*. Cet

homme se rend très bien compte des infidélités de sa mémoire, notamment en ce qui concerne les faits récents dont l'oubli rapide le gêne le plus, et c'est là pour lui, par instants, à mesure qu'il sort de son indifférence maladive, une source d'inquiétudes pour l'avenir.

Depuis un an, ces troubles de la mémoire se sont progressivement et sensiblement amendés, surtout en ce qui regarde les faits de la période rétrograde, antérieurs à la fièvre typhoïde, qui semblent reparaître en plus grand nombre petit à petit, sans effort de volonté, comme à l'insu du sujet. Toutefois, leur récupération n'est pas toujours définitive; on en voit qui, une fois revenus, disparaissent à nouveau lorsque le malade cherche à les évoquer. En outre, ses réminiscences sont indécises, isolées, fragmentaires, sans lien précis entre elles. D'autre part, il peut évoquer à volonté certains souvenirs, ceux surtout des faits qui l'ont frappé; de même, il reconnaît plus aisément ceux qu'on lui rappelle et qui, par association, en réveillent d'autres à leur tour.

Quant aux événements survenus depuis la fièvre typhoïde, ils constituent toujours une vaste lacune dans la mémoire. En ce qui regarde les faits actuels, au lieu de les oublier, comme au début, au fur et à mesure de leur production, B... en garde le souvenir pendant un temps un peu plus long, une heure par exemple, puis ils disparaissent comme autrefois. Néanmoins, cela lui permet aujourd'hui de s'occuper un peu dans la maison où il travaillait autrefois, à condition qu'on ne lui confie que de petites besognes.

Maintenant, Messieurs, il s'agit de déterminer la raison

de cette amnésie et de chercher quels sont les éléments de la mémoire qui sont intéressés.

Considérons d'abord les opérations les plus élémentaires de la mémoire, c'est-à-dire la *conservation* et la *reproduction* des souvenirs. La reproduction impliquant la conservation, il nous suffit de voir si, chez notre malade, les images constitutives des souvenirs peuvent réapparaître, et au moment opportun.

Un fait qui prouve bien que les souvenirs sont conservés chez lui, c'est qu'ils peuvent se reproduire d'eux-mêmes, automatiquement.

Il arrive fréquemment, par exemple, que, dans une conversation, il vient à énoncer spontanément certains faits qu'on aurait pu croire oubliés ; car, interrogé à ce propos quelque temps avant, il ne pouvait donner de réponse, et même il ne peut à nouveau retrouver, lorsqu'on les lui demande, ces mêmes faits dont il a parlé.

Nous avons déjà dit, d'autre part, que, lorsqu'on cause avec lui, il ne sait plus, quelques instants après, ce qu'on vient de lui demander. Or, sans qu'il sache pourquoi, il lui arrive ensuite des idées dont il ne s'explique pas l'origine, dont il ne peut se débarrasser, et qui ont trait justement, ainsi qu'on a pu le remarquer maintes fois, à la conversation qu'il a tenue précédemment.

De la même façon, des souvenirs qu'on n'avait pu éveiller à l'aide de questions, sitôt oubliées d'ailleurs par le malade, réapparaissent ensuite sous forme de véritables idées automatiques, subconscientes et obsédantes.

En voici un exemple. On demande à B... son âge et l'année où l'on se trouve ; il ne peut répondre et se borne à indiquer la date de sa naissance. On le quitte en s'assurant que ces questions ont été parfaitement oubliées. Or,

sa femme raconte le lendemain qu'il s'est plaint toute la journée, sans savoir pourquoi, de calculer continuellement qu'on était en 1892 et qu'il avait, par suite, quarante ans.

Une preuve de la conservation des souvenirs se trouve encore dans le fait que plus la convalescence s'accentue, plus cet homme est capable de donner des renseignements précis sur beaucoup de faits qu'on aurait pu croire autrefois oubliés, notamment sur la période rétrograde.

Mais il y a plus, et ces mêmes souvenirs, qui peuvent se reproduire ainsi accidentellement en quelque sorte, peuvent, de même, être reproduits quand il le faut et suivant les besoins du moment.

C'est ainsi que B..., interrogé sur un fait quelconque du passé, peut donner une réponse prouvant qu'il n'a pas été oublié. Mais il est à remarquer alors que la réponse a été très rapide, presque automatique, se présentant comme un véritable réflexe provoqué par la question posée, sans qu'il s'agît, toutefois, de ces phrases banales qui constituent le langage réflexe proprement dit (1). Le malade n'a fait aucun effort pour trouver sa réponse ; elle est venue naturellement, comme il dit, et il en paraît lui-même tout étonné.

Lorsqu'il cherche, au contraire, on peut être sûr que les faits ne se présenteront pas aussi bien à sa mémoire, et plus il fait d'efforts, plus il reste dans l'incertitude, présentant en même temps tous les signes d'un état émotionnel assez caractérisé. Il est à remarquer, d'ailleurs, que ces efforts ne sont jamais bien soutenus. Le malade est apathique en tout ; le moindre exercice intellectuel le fatigue

(1) Voir J. Séglas, *Troubles du langage chez les aliénés*. Bibliothèque médicale Charcot-Debove.

visiblement d'une façon très rapide, et alors il n'y a plus rien à en tirer.

Mais, Messieurs, s'il y a conservation et reproduction des souvenirs, s'agit-il d'un trouble apporté dans les opérations intellectuelles qui se joignent à la mémoire et désignées communément du nom de *reconnaissance* et *localisation?*

Remarquez tout d'abord qu'un trouble de ce genre donne lieu à des illusions, à un véritable délire plutôt qu'à une amnésie, et que de telles perturbations psychologiques n'existent pas dans le cas actuel. Il est, d'ailleurs, un fait certain : c'est que la reconnaissance peut être considérée comme intacte; cela est évident lorsqu'il se rappelle spontanément un fait quelconque de la période amnésique. De plus, si on lui rappelle un de ces faits qu'il avait essayé inutilement de retrouver, il le reconnaît fort bien ; en même temps, cela réveille chez lui, par association, le souvenir de faits connexes, preuve qu'il a fort bien reconnu le premier.

La localisation dans le passé paraît, elle, plus atteinte. Toutefois, ce n'est pas là un trouble principal ; il est dû à l'absence de points de repère, constitués par tous les souvenirs que le sujet ne peut évoquer. C'est pour cette raison qu'il ne peut dire son âge, l'année actuelle, à quelle époque il a cessé de travailler. S'il se rajeunit toujours, c'est que, justement, il n'a pas conservé ces points de repère dont le nombre est en rapport avec la succession des événements et, par suite, avec la durée du temps.

Il nous faut donc, Messieurs, chercher ailleurs cette altération de la mémoire, car elle doit bien exister quelque part pour produire des désordres aussi accentués.

Rappelez-vous, à ce propos, qu'à côté des phénomènes élémentaires de la mémoire, conservation et reproduction des souvenirs, il faut admettre — pour que nous ayons conscience de ces souvenirs — l'intervention d'une autre opération mentale qui saisisse l'image reproduite par le jeu automatique de l'association des idées, et la rattache aux autres souvenirs ou sensations diverses dont l'ensemble constitue notre personnalité. C'est ce qu'on peut appeler, si l'on veut, avec M. Pierre Janet, la *perception personnelle des souvenirs*, l'*assimilation psychologique des images* (1). Cette opération peut être altérée ou supprimée, tandis que les autres phénomènes du souvenir peuvent être conservés intégralement, et son absence déterminera des troubles de la mémoire qui pourront être pris pour des amnésies véritables.

Or, c'est justement là ce qui se présente chez notre malade. Les différentes particularités que nous avons mises en relief montrent, en effet, que les souvenirs sont surtout absents lorsqu'on l'interroge directement, c'est-à-dire toutes les fois que sa personnalité est en jeu. Ils se présentent quand la conscience personnelle est absente, lorsque le sujet ne se rend, pour ainsi dire, compte de rien, et répond aux questions automatiquement, sans réfléchir. S'il fait attention, tout s'arrête et les souvenirs ne peuvent plus être évoqués. L'attention consciente, loin de les faciliter, supprime en quelque sorte les souvenirs qui se manifestent, au contraire, plus aisément à l'insu *de la personne*.

Il est, d'ailleurs, à remarquer qu'en ce qui concerne les faits nouveaux de chaque jour, oubliés à mesure qu'ils se produi-

(1) Pierre Janet, *Revue générale des sciences pures et appliquées*, mars 1893.

sent, le défaut de synthèse mentale, de perception personnelle des images, est encore favorisé par le fait de la faiblesse de la volonté, de l'attention, qui n'intervient pas pour renforcer les impressions actuelles, dont les images sont, par suite, d'autant plus faibles et passent rapidement dans le domaine de l'inconscient.

C'est, de même, ce nouvel élément qui entre pour la plus grande part dans l'amnésie des faits survenus pendant la période de délire hallucinatoire pertyphique et de stupeur post-typhique, dont l'état actuel n'est que la prolongation sous une forme atténuée. Les troubles profonds de la conscience personnelle ayant existé alors, nous expliquent l'amnésie portant sur les faits de cette période. Mal perçus, ils n'ont pu donner lieu qu'à des images confuses, sans lien les unes avec les autres, ni avec les acquisitions anciennes et, par suite, peu susceptibles d'être évoquées plus tard par la mémoire.

On est donc autorisé à penser que les troubles de la mémoire actuels ne sont qu'une manifestation dernière, persistante, dans le domaine des images, d'un trouble jadis plus étendu de la perception personnelle et se présentant aujourd'hui sous la forme d'amnésie rétro-antérograde continue.

L'analyse psychologique de cette amnésie vous montre bien qu'elle diffère totalement de celle de la paralysie générale. Elle présente, au contraire, tous les caractères des amnésies liées aux traumatismes, aux intoxications, aux états d'épuisement nerveux et, parmi eux, ceux qui sont liés aux maladies infectieuses, telle la confusion mentale primitive.

J'ajoute cependant qu'il est rare, comme le fait remar-

quer M. Souques (1), de les voir embrasser, dans ces cas, des périodes de temps aussi longues et persister aussi longtemps sous la forme continue.

C'est là un fait qui semble plus particulier à certaines formes d'amnésies analogues se présentant chez les hystériques et sur lesquelles M. Charcot a attiré plus spécialement l'attention. L'observation précédente, dans laquelle il n'y a jamais eu aucun signe d'hystérie, prouve que la longue durée de cette forme d'amnésie n'est point exclusive à l'hystérie. Elle peut se rencontrer autre part, ainsi qu'en témoignent les observations relatives à ces faits, que Korsakoff, en particulier, a décrits sous le nom de *psychose polynévritique* ou de *cérébropathie psychique toxémique* (2).

Je vous ferai remarquer, Messieurs, à ce propos, que ce dernier terme me paraît de beaucoup préférable à celui de *psychose polynévritique*, qui pourrait faire croire à l'existence d'une forme vésanique particulière en rapport avec les polynévrites.

Il est à remarquer d'abord que cette forme répondrait à une étiologie très complexe. Il est vrai que cette étiologie comporte toujours un facteur constant, l'intoxication, par auto-intoxication ou par un agent toxique extérieur, l'alcoolisme notamment (Tiling [3], James Ross [4], Colella [5], etc.), que cependant Korsakoff laisse de côté. Cette intoxication pouvant avoir ainsi une origine très variée, pourquoi ce nom de psychose polynévritique ?

(1) Souques, *Revue de médecine*, 1892-1893.

(2) Korsakoff, *Congrès international de médecine mentale*, Paris, 1889. — *Revue philosophique*, 1889. — *Arch. f. Psych.*, XXII, 1891. — *Allg. Z. f. Psych.*, IV, 1891.

(3) Tiling, *Allg. Z. f. Psych.*, XLVIII, 1892.

(4) James Ross, *The Journal of ment. Sc.*, 1890.

(5) Colella, *Annali di nevrologia*, 1894.

D'un autre côté, si les désordres intellectuels observés en pareil cas revêtent, la plupart du temps, un aspect clinique identique, ils n'ont, par eux-mêmes, y compris ceux de la mémoire qui sont les plus frappants, rien de pathognomonique.

On peut, enfin, les observer, dans les mêmes circonstances étiologiques, sans aucun symptôme de névrite concomitant ; et, en cas de coexistence, les troubles névritiques et intellectuels n'affectent pas entre eux des rapports de subordination, mais sont tous les deux sous la dépendance d'une même cause et ne figurent qu'à titre de symptômes dans le tableau clinique général de l'affection.

La comparaison de notre dernière observation avec les cas de *psychose polynévritique* ne laisse pas d'être intéressante à ces différents points de vue.

Les conditions pathogéniques de la psychose polynévritique résident, vous disais-je, dans l'action de substances toxiques ou d'agents infectieux qui empoisonnent le sang et déterminent des modifications particulières du système nerveux.

Les troubles intellectuels qui se développent alors, avec les symptômes de névrite, se présentent de la manière suivante.

Leur aspect, au début, est variable. Tantôt il y a une période d'agitation délirante avec hallucinations, avec conservation relative et souvent troubles de la conscience. Au bout d'un certain temps, quelques jours ou quelques semaines, elle fait place à un ensemble de symptômes qui ressemble à s'y méprendre à celui que nous avons étudié dans la confusion mentale primitive et qui se traduit par un état d'apathie, d'indolence, des troubles de l'attention,

du langage, de la mémoire, de la conscience, de la confusion dans les idées, avec ou sans agitation et hallucinations par intervalles.

D'autres fois, la période d'agitation avec délire hallucinatoire du début manque, et les troubles psychiques revêtent d'emblée l'aspect de la confusion mentale.

Enfin, cet état de confusion générale diminue. C'est alors qu'on voit apparaître au premier plan les troubles de la mémoire, sous forme d'amnésie continue. Ceux-ci existaient cependant déjà auparavant, mais moins évidents à cause du désordre général de l'intelligence.

Remarquez que le mode de début par une période de délire hallucinatoire est souvent en rapport avec la cause même de la maladie et s'observe surtout dans les cas où celle-ci est d'origine toxique, en particulier dans la polynévrite alcoolique, où elle revêt les caractères habituels du délire alcoolique aigu.

Dans notre cas, nous retrouvons cette même évolution de la maladie. D'abord une période de délire hallucinatoire pertyphique ; puis, sans intervalle, un état de confusion mentale post-typhique très accentué, qui, en s'atténuant, a laissé au premier plan les troubles préexistants de la mémoire sous forme d'amnésie rétro-antérograde continue.

La période de délire fébrile pertyphique s'est présentée ici sous le même aspect, elle peut être considérée comme ayant la même signification clinique que le délire hallucinatoire observé souvent, au début, dans les cas de psychose polynévritique d'origine alcoolique. D'autre part, le tableau rapide que je vous ai tracé de la psychose polynévritique vous montre bien l'identité de symptomatologie qui existe entre ces cas et notre observation.

Ainsi donc, même évolution, même symptomatologie, et j'ajoute même étiologie, puisque, dans notre cas, l'ensemble des troubles délirants est manifestement en rapport avec une maladie infectieuse grave.

Or, notre malade n'ayant jamais eu, d'autre part, de signes de polynévrite, il est légitime d'en conclure que les troubles psychiques désignés sous le nom de *psychose polynévritique* ne sont pas pathognomoniques de l'existence d'une polynévrite, mais ne sont, dans ces cas, que des symptômes surajoutés, de même origine, sans existence propre, sans caractère pathognomonique à ce point de vue (1).

Vous voyez, d'autre part, Messieurs, combien ils se rapprochent du tableau clinique de cette affection que nous avons étudiée sous le nom de *confusion mentale primitive* et qui reconnaît souvent la même étiologie que les polynévrites. En ce qui concerne les troubles de la mémoire même, et c'est là le point le plus saillant de la psychose polynévritique, ce que je vous ai dit dans nos conférences précédentes, ce que j'ai plus longuement développé aujourd'hui à propos de nos deux malades, vous montre bien qu'ils peuvent se manifester sous la même forme, en dehors de toute névrite concomitante.

Mais, si ces faits de psychose polynévritique ne sont pas pathognomoniques par eux-mêmes, ils peuvent, eu égard aux ressemblances cliniques et étiologiques, nous fournir des arguments de quelque poids en faveur de la doctrine

(1) Des idées conformes à celles exprimées dans cette leçon ont été également formulées par MM. Babinski (*Traité de médecine*), Régis (*Congrès de Clermont, 1894*), et Haury dans sa thèse (Lyon, 1894) écrite sous l'inspiration du professeur Pierret.

pathogénique, qui fait jouer à l'infection ou à l'auto-intoxication un grand rôle dans bien des cas de confusion mentale primitive. Ceux-ci sont évidemment subordonnés à la même cause, intoxication, infection, qui est reconnue sans conteste à l'origine des polynévrites.

D'un autre côté, dans les autopsies de psychose polynévritique, tantôt on rencontre dans l'encéphale des lésions évidentes dénotant un processus inflammatoire (c'est même là encore un fait qui contredit l'emploi du vocable « psychose » pour qualifier les troubles intellectuels), tantôt, les résultats anatomiques sont négatifs, sans qu'on soit pour cela autorisé à affirmer l'absence de lésions.

En fait, malgré l'absence de données précises à cet égard, il est au moins rationnel de supposer qu'il s'agit d'un même processus pathologique, portant sur les nerfs périphériques et les centres encéphaliques et plus ou moins accentué dans un sens ou dans l'autre.

Si, dans certains cas, le malade guérit, cela pourrait être dû à une restauration analogue à celle qui amène la disparition des symptômes névritiques. Mais cette restauration, nous le savons, peut être longue, rester partielle, incomplète, d'où la longue durée possible ou encore l'immobilisation dans la chronicité. Les désordres mêmes peuvent s'étendre ou se compliquer, et c'est alors que le malade présenterait cet état mental particulier qui le rapproche de faits décrits en clinique sous le nom de *pseudo-paralysie générale d'origine toxique*, ou en rapport avec une maladie *infectieuse* (Krypiakiewicz, Régis).

Étant donnée la similitude qui existe au point de vue de l'étiologie, des symptômes, de l'évolution entre les cas dits de psychose polynévritique et l'*affection confusion mentale*

primitive, les mêmes considérations pourraient s'appliquer à cette dernière, d'une façon plus générale. D'autant plus que les quelques lésions constatées parfois en pareille occurrence ne sont pas sans analogie avec celles qu'on a rencontrées dans l'encéphale à la suite de psychose polynévritique.

Quoi qu'il en soit, dans le cas actuel, la longue durée, la continuité des troubles de la mémoire mérite d'être prise en considération au point de vue pronostique. Sans doute, notre malade va beaucoup mieux à tous égards, et nous avons pu nous assurer que sa mémoire elle-même semblait s'améliorer, surtout pour les souvenirs antérieurs à la fièvre typhoïde. Malgré cela, le pronostic doit être assez réservé pour l'avenir. Les troubles profonds et tenaces que nous constatons encore aujourd'hui ne sont peut-être que le symbole d'une modification persistante, impossible actuellement à déterminer, des éléments nerveux, résidu de l'infection antérieure et pouvant imprimer à la maladie, dans un avenir plus ou moins éloigné, l'aspect plus caractéristique des méningo-encéphalites chroniques, que, malgré certains signes, contestables d'ailleurs, nous avons cru devoir lui refuser jusqu'ici. Il faut toujours se rappeler, Messieurs, que de tels faits existent dans la science ; ils doivent nous servir d'enseignement et nous mettre sur nos gardes, lorsqu'il s'agit de nous prononcer sur l'avenir de semblables malades.

NEUVIÈME LEÇON

Paralysie générale et confusion mentale.

Sommaire. — Diagnostic de la paralysie générale et de la confusion mentale.

A. Dans les cas simples :

1° Par l'examen direct. — Le délire n'est qu'un critérium d'ordre secondaire. — Diagnostic entre la forme asthénique de la confusion et la forme simple, démente, de la paralysie générale. — Désorientation dans le milieu, dans le temps. — Diagnostic par les signes physiques : inégalité pupillaire, troubles des mouvements, tremblements, gestes automatiques, troubles de la parole, de l'écriture, troubles vaso-moteurs, gâtisme.

2° Par les commémoratifs. — Étiologie. — Mode de début.

3° Par l'évolution ultérieure de la maladie.

B. Dans les cas difficiles. — La confusion mentale dans la démence paralytique. — Stupeur paralytique. — Pseudo-démence initiale.

Exemples cliniques. — Discussion du diagnostic.

Messieurs,

Je vous ai déjà indiqué très sommairement quels étaient les points principaux du diagnostic de l'affection dite *confusion mentale primitive*.

Je me propose d'examiner avec vous, aujourd'hui, deux malades qui vous permettront de mieux vous rendre compte de l'une des faces multiples de cette question, celle qui concerne la *paralysie générale*.

C'est là un point de diagnostic et aussi de pronostic que l'on est souvent appelé à résoudre dans la pratique courante, et dont la solution n'est certes pas toujours facile.

Nous prendrons encore comme termes de comparaison

des cas d'intensité moyenne. Le diagnostic reposerait d'ailleurs sur les mêmes bases pour les cas plus accentués où se discuterait l'hypothèse d'une démence aiguë primitive. Il serait seulement beaucoup plus difficile.

A. Dans les cas ordinaires, la distinction peut se faire sans trop de difficultés.

Les éléments de différenciation seront pris à plusieurs sources :

1° L'examen direct de l'aliéné;

2° Les commémoratifs;

3° L'évolution ultérieure de l'affection.

1° L'examen direct, tout en étant fait d'une façon complète, comportera surtout, au point de vue du diagnostic différentiel, la recherche des symptômes pathognomoniques de la paralysie générale. Lorsqu'ils existent bien nettement, la question sera résolue d'elle-même. Mais comme c'est surtout au début de l'affection que se pose cette question de diagnostic, ils peuvent manquer ou être peu accentués. C'est alors qu'il faudra déterminer très soigneusement la nature et les caractères des symptômes douteux.

Voyons d'abord le côté intellectuel.

Je ne vous parlerai que brièvement du *délire*.

La formule des idées délirantes peut être identique dans les deux cas. Cependant, les idées de satisfaction, de grandeur, fréquentes chez le paralytique général, sont rares chez le confus. Mais, en revanche, ce dernier exprime tout aussi souvent que l'autre des idées hypocondriaques, de négation, de destruction des organes, des idées de persécution, des idées de ruine, etc.

Dans les deux cas, ces idées sont mobiles, absurdes, incohérentes.

« Le délire mobile, absurde, contradictoire des paralytiques, disait déjà Baillarger, n'est pas une preuve de l'existence de la démence et peut s'expliquer par un état comparable à celui des rêves, à certains cas d'ivresse. » Or n'est-ce pas justement le cas de la confusion mentale, hallucinatoire et délirante? Je vous ai parlé de sa ressemblance avec les délires toxiques, le délire alcoolique en particulier, que Delasiauve regardait comme une variété des confusions intellectuelles, et Lasègue comme un rêve.

Ces caractères des idées délirantes ne sont donc pas spécifiques. En revanche, chez le confus, elles ne sont, comme nous l'avons vu, qu'un simple produit de l'automatisme cérébral. Aussi se manifestent-elles souvent au dehors comme une sorte de rêverie parlée qui peut être interrompue un instant — et parfois *oubliée* tout de suite — lorsqu'on arrive à fixer l'attention du malade, et faire place à quelques réponses pénibles, mais adaptées.

Le caractère de rêverie des idées peut être moins net, mais elles restent toujours alors empreintes d'un cachet de doute, d'incertitude, qu'on retrouve jusque dans leur expression verbale, trahissant le fonds de confusion qui leur a donné naissance.

Chez le paralytique, au contraire, le délire se présente plutôt comme l'expression de la pensée désordonnée du malade. Il ne trouve dans la conversation que prétextes à divagations, qui sont pour lui autant d'articles de foi.

Je ne veux pas insister sur ce point. Dans les deux hypothèses, le délire n'est qu'un symptôme secondaire n'ayant pas ainsi par lui-même une grande importance, et *c'est le fonds* de confusion mentale ou de démence paraly-

tique, sur lequel il repose, qu'il est nécessaire de préciser.

D'ailleurs le diagnostic différentiel se pose surtout entre la forme asthénique de la confusion et la forme simple, démente, de la paralysie générale.

Naturellement, dans les cas simples, qui doivent nous servir de point de départ, il est assez facile de distinguer l'affaiblissement démentiel du paralytique de l'obnubilation du confus.

Vous savez que la confusion mentale se traduit surtout, cliniquement, par la désorientation dans le milieu et le temps, l'incohérence des idées et des actes.

Ce sont là des symptômes qui s'observent aussi dans la démence paralytique, mais avec certaines différences dues à la diversité même du mécanisme psychologique qui préside à leur origine.

En ce qui concerne la désorientation dans le temps, c'est surtout par l'étude des commémoratifs que vous pourrez juger si les troubles de la mémoire qu'elle suppose ne se rapportent pas plutôt à l'amnésie progressive et caractéristique de la paralysie générale qu'au défaut d'assimilation psychologique des souvenirs du confus.

La désorientation dans le milieu est plus facile à spécifier par l'examen direct. Nous l'avons étudiée en détail chez le confus. Comme lui, le paralytique général n'a pas toujours une notion exacte de son milieu, ne sait pas où il se trouve; mais la raison en est que, bien souvent, il n'a même pas songé à s'en inquiéter, tellement cela lui est indifférent. Si on l'interroge à cet égard, on voit qu'il reconnaît les objets, les personnes environnantes. D'autres fois ses erreurs sur le milieu ne sont dues qu'à de l'interprétation délirante, à une sorte de délire métabolique ou palingnostique. Mais

il n'a à cet égard ni les doutes, ni l'incertitude du confus.

Nous avons vu déjà, par la comparaison du délire, que l'incohérence des idées n'était pas la même dans les deux cas. Des différences analogues existent d'ailleurs en l'absence du délire.

Dans les réponses incomplètes, inachevées du confus, dévoilant des lambeaux d'idées mal coordonnées, on saisit cependant un effort manifeste, mais insuffisant pour les grouper et les traduire. Il y a tout au moins pour adapter la réponse à la question, une tentative après laquelle le malade retombe dans son apathie ou sa rêverie distraite.

Chez le paralytique général, plus d'efforts pour comprendre, pour répondre, et c'est le plus naturellement du monde qu'il énonce des réponses erronées, devenant l'occasion d'associations d'idées bizarres, de divagations sans suite.

En même temps, le ton du discours, monotone, indécis, interrogateur dans le premier cas, devient dans le second, ou naturel, ou indifférent, ou satisfait.

Ces différences existent d'ailleurs aussi dans la physionomie, distraite, égarée, étonnée, stupéfaite du confus; inerte, niaise, béate du paralytique.

L'incohérence des actes, elle aussi, n'est pas la même. Maladroits, ridicules, enfantins chez le paralytique, ils sont indécis ou impulsifs, automatiques chez le confus.

Il importe également de préciser les signes physiques. Comme pour les symptômes intellectuels, je n'envisagerai, bien entendu, que ceux qui peuvent avoir réellement quelque importance pour le diagnostic et prêter matière à erreurs.

D'abord l'*inégalité pupillaire*. Elle peut se rencontrer

dans les deux cas, mais avec des caractères particuliers. Extrêmement fréquente chez le paralytique, et le plus généralement continue, elle est au contraire plus rare chez le confus et, en outre, elle devient alors extrêmement mobile et variable. D'une heure à l'autre, elle disparaît, revient, change de côté, la pupille la plus étroite précédemment devenant la plus dilatée. En même temps, il est urgent de rechercher les modifications du réflexe pupillaire en faveur de la paralysie générale.

N'oubliez pas non plus d'examiner les troubles des *mouvements*.

Chez le confus, les mouvements sont lents, hésitants, indécis; mal combinés, ils n'arrivent point à leur but. Mais ils ne sont pas brusques par moments, incoordonnés, maladroits comme chez le paralytique. La démarche est aussi bien différente : le confus a l'air courbatu, éreinté; il se traîne les jambes pliées, mais il n'a pas la démarche trébuchante, saccadée, du paralytique.

Tous deux peuvent avoir du *tremblement;* mais cela est beaucoup plus fréquent chez le paralytique général. Si, dans certains cas, il est en quelque sorte caractéristique, lorsqu'il s'agit, par exemple, des tremblements en masse de la langue, des lèvres; dans d'autres, la distinction est impossible. Un seul caractère est peut-être leur mobilité chez le confus. J'ai vu cependant des confus qui présentaient, dans les mains, les lèvres ou la langue, des tremblements menus, à petites oscillations rapides, absolument semblables au tremblement paralytique et, de plus, persistants. Mais je ne les ai pas vus alors s'accentuer progressivement, ainsi que cela est fréquent dans la paralysie générale.

A côté des tremblements, nous pouvons placer les *mou-*

vements automatiques. Vous connaissez, par exemple, le grincement de dents des paralytiques généraux ; mais ils peuvent avoir tout aussi bien d'autres mouvements automatiques, tout comme les confus. Je crois qu'un caractère distinctif serait, dans la paralysie générale, leur répétition presque incessante, leur durée et leur uniformité prolongées.

Les troubles de la *parole* doivent être l'objet d'une analyse spéciale. Je vous les ai décrits longuement dans la confusion : la lenteur, l'hésitation, l'ânonnement, souvent difficiles à distinguer des troubles de la parole de la paralysie générale, quand il n'y a encore ni scansion, ni accroc. Dans les deux cas, ils s'augmentent par la fatigue. Comme chez le confus, l'hésitation tient surtout à la difficulté de réunir les idées et les éléments de leur énonciation, le mieux, pour s'assurer de ce point de diagnostic, est de rechercher les troubles de la parole dans le verbiage automatique, ou de faire répéter, si c'est possible, les mots d'épreuve habituels. On voit souvent alors disparaître cette hésitation de la parole, qui se manifestait dans les tentatives de réponses adaptées. Elle persiste, au contraire, en pareil cas, chez le paralytique.

D'autre part, les troubles de la parole, comme les tremblements, comme les modifications de l'écriture... ont encore ici ce caractère de s'accentuer au fur et à mesure que progresse la maladie.

L'écriture doit être également consultée, car elle peut fournir un élément de diagnostic important en faveur de la paralysie générale : c'est la modification du tracé des signes graphiques. Les ratures, les taches sont plutôt le fait du paralytique. Les omissions de lettres, de syllabes, l'irrégularité des lignes, etc., se rencontrent dans les deux cas.

Il est bon de tenir compte aussi de l'état de la *nutrition générale*. Vous savez qu'un amaigrissement souvent prononcé est presque de règle — et dès le début — dans la confusion mentale. Dans la paralysie générale, il ne survient qu'assez tard, alors qu'au début le malade reste ce qu'il était, ou même engraisse. — On pourrait en dire autant des *troubles vaso-moteurs*.

Enfin le *gâtisme*, bien que pouvant se rencontrer dans la confusion mentale, plaidera plutôt pour l'hypothèse de la paralysie générale, surtout s'il est précoce et continu.

2° — Messieurs, l'examen direct ne suffit pas en pareille circonstance et vous devez toujours vous renseigner par les *commémoratifs* sur l'étiologie, le mode de début de l'affection.

L'*étiologie* ne fournit pas cependant de renseignements bien précis, et les causes ordinaires de la confusion mentale primitive figurent également parmi celles de la paralysie générale ; tels sont le surmenage cérébral, les traumatismes, les maladies infectieuses, etc. La constatation d'une syphilis antérieure plaiderait plutôt pour la paralysie générale, bien que nombre de cas de syphilis cérébrale ne soient que des exemples confusion mentale symptomatique, notamment beaucoup de ceux décrits par M. Fournier sous le nom de *syphilis pseudo-démente* ou *torpide*.

Plus importante est la notion du mode de début.

Nous avons vu que le début de la confusion mentale primitive était le plus souvent brusque. S'il y a une phase prémonitoire, elle est d'ordinaire courte, et les symptômes qui s'accentueront plus tard sont déjà *également* généralisés dès le début. C'est un anéantissement général avec

excitabilité, aussi bien physique qu'intellectuel, rendant le sujet absolument incapable de toute occupation ; il s'en inquiète, il a conscience qu'une maladie se prépare...

Vous savez, au contraire, que le début de la paralysie générale est d'ordinaire assez lent, toujours progressif, et si les symptômes morbides intéressent l'ensemble des facultés intellectuelles, c'est d'une façon inégale. Vous savez aussi qu'en général ce sont les modifications du caractère, des *fautes* dans les occupations habituelles, et les altérations de la mémoire qui sont d'abord les plus apparentes. De plus, ce n'est que rarement et par éclaircies que le malade en a conscience ; et toutes ses erreurs, ses actes ridicules, ne sont presque jamais jugés par lui à leur valeur.

En outre, contrairement à ce qui s'observe chez le confus, l'état général reste généralement bon. Il n'y a pas d'amaigrissement précoce, pas de symptômes d'épuisement, pas de fièvre ainsi que cela se voit parfois au début de la confusion mentale primitive. Enfin, il est d'autres renseignements utiles que vous pourrez recueillir parmi ceux que vous savez figurer dans la période initiale de la paralysie générale (état d'excitation intellectuelle ou dynamie fonctionnelle, présence d'idées délirantes, achats, vols, faux, actes érotiques, attaques congestives, etc.).

Cette notion des commémoratifs et du mode de début est encore plus utile dans les cas accentués où se poserait la question d'un état de stupidité proprement dite, de démence aiguë, plutôt que de confusion mentale d'intensité moyenne.

3° — Enfin, il vous faudra connaître l'évolution de la maladie non seulement pour des points de détail — le développement ou l'aggravation de certains symptômes — mais

aussi dans son ensemble. Cela vous sera utile surtout dans les cas dont je dois vous dire maintenant quelques mots.

B. Nous n'avons, Messieurs, envisagé jusqu'ici que les cas les plus simples, mais il en est de beaucoup plus difficiles.

Tout d'abord, il peut se faire que la confusion mentale figure à titre de symptôme secondaire ou d'épisode au cours de la démence paralytique.

Je vous ai déjà donné à ce sujet quelques indications et vous savez que le diagnostic se fonde surtout sur la détermination exacte des rapports qui unissent la confusion aux autres symptômes.

Mais si elle est assez accentuée pour revêtir le masque de la démence aiguë, la question sera évidemment plus difficile à résoudre.

Dans ces deux cas, et surtout dans le dernier, vous devrez toujours vous reporter aux commémoratifs; ils vous permettront de reconnaître facilement l'existence antérieure et manifeste de la démence paralytique, lorsque l'état de choses actuel se présentera au bout d'un certain temps de maladie.

D'autre part, rappelez-vous, au point de vue du pronostic, cette constatation clinique déjà notée par Baillarger, lorsqu'il disait que « la mélancolie avec stupeur paralytique, ou simplement *la stupeur paralytique*, peut revêtir les caractères les plus graves, simuler une démence avancée, et cependant être suivie, même après plusieurs mois, de rémissions remarquables».

Mais il peut se faire aussi que vous assistiez seulement alors *au début* de l'affection. Bien qu'il y ait en ce cas des

difficultés plus nombreuses, vous pourrez encore mettre à profit les considérations générales que je viens de vous exposer sur l'appréciation des symptômes actuels et sur les distinctions du mode de début.

Souvenez-vous encore de l'opinion émise à ce propos par Baillarger : « Quand les symptômes de démence avec quelques conceptions délirantes se développent rapidement à la première période de paralysie générale, ils peuvent ne point appartenir à la démence véritable, mais à une *pseudo-démence*, constituant un état spécial non encore suffisamment décrit. La *pseudo-démence*, dans la paralysie générale, ne peut, jusqu'ici, être distinguée de la démence véritable que par son *invasion rapide* ou par *des signes de stupeur*. »

La différenciation devient tout à fait difficile, dans les cas, rares peut-être, mais nullement exceptionnels, où, *dès le début* et *d'emblée*, brusquement, la paralysie générale se présente sous l'aspect d'un état de démence aiguë.

Il est bien évident qu'ici le diagnostic, fondé uniquement sur l'examen actuel, devient extrêmement ardu, et vous devrez souvent attendre l'évolution ultérieure de l'affection avant de vous prononcer en connaissance de cause.

Il en sera de même pour ces faits mal connus que je vous ai signalés sous le nom de *variété méningitique de la confusion mentale primitive*, réalisant quelquefois comme le tableau clinique d'une paralysie générale à marche extrêmement rapide et dont le diagnostic est toujours des plus épineux.

J'ai observé tout dernièrement encore, chez un homme de trente ans, une évolution de ce genre ayant duré six semaines et qui, après avoir débuté brusquement sous la

forme habituelle de la confusion mentale délirante, s'est terminée au milieu des symptômes du marasme paralytique, apparus dans la dernière semaine.

L'autopsie seule, que je n'ai pu faire, eût pu me fixer sur la véritable nature de cet état psychopathique.

Messieurs, je vais vous présenter maintenant deux malades qui nous serviront à mettre en pratique les considérations que je viens de vous exposer.

La première est une femme de trente ans, entrée dans le service il y a un mois à peine.

Elle est, depuis cette époque, dans un état d'inertie, d'apathie, qui ne s'est pas modifié. Abandonnée à elle-même, elle reste absolument immobile et rien dans sa mimique ni dans son attitude, ne traduit une manifestation intellectuelle quelconque. Elle paraît isolée au milieu du monde extérieur.

Quand nous cherchons à l'interroger, nous n'obtenons guère de réponse et il semble que la question n'arrive pas à son adresse. Pour en tirer quelques mots, il faut exciter d'abord son attention par tous les moyens possibles. Encore, la plupart du temps n'obtenons-nous que ces réponses : « Je ne sais pas... Je ne me souviens plus. » Non seulement cette femme est incapable de nous donner les moindres renseignements sur les faits antérieurs à sa maladie ni sur ce qu'elle éprouve actuellement, mais elle ne sait ni son âge, même approximativement, ni la marche du temps; elle ignore l'endroit où elle se trouve, comment et pourquoi elle y est venue; elle semble, en un mot, complètement désorientée.

Au premier abord et en n'envisageant, pour le moment, que l'état mental, elle nous apparaît donc sous des dehors

assez semblables à ceux de nos malades atteints de confusion mentale primitive.

Mais approfondissons davantage.

Une chose a dû vous frapper dès l'abord : le facies.

Si vous vous rappelez bien ce que je vous ai fait constater à ce propos chez nos confus, vous vous êtes sans nul doute aperçus déjà qu'ici l'aspect de la physionomie n'est plus le même. Elle n'exprime plus l'étonnement, l'égarement, la distraction ; elle est inerte, indifférente ; le regard est vague, niais.

Le langage également n'est pas empreint de ce ton d'interrogation, il n'a pas ces hésitations, cet accent monotone de celui du confus qui fait effort et cherche à se reconnaître au milieu du chaos de ses idées. Ici, la malade parle avec une sorte d'indifférence apathique, et ses réponses ne trahissent aucune hésitation, aucun effort pour s'expliquer ce qui se passe autour d'elle ou se rappeler les événements antérieurs.

D'un autre côté, si l'on cherche à préciser son état mental, on n'y retrouve plus les désordres psychologiques intimes qui sont à la base de la confusion.

Ici, c'est plutôt un affaiblissement général, une déchéance des facultés intellectuelles, principalement de la mémoire, et non un bouleversement subit, une impossibilité de l'exercice de ces mêmes facultés. Si la patiente ne peut donner de détails sur son état avant ou depuis l'entrée, ce n'est pas seulement parce que les souvenirs sont confus, embrouillés dans son esprit, mais parce qu'elle a réellement tout oublié. Elle n'a pas l'air de s'en inquiéter le moins du monde, ne cherche pas à se retrouver, à mettre de l'ordre dans ses idées ni dans ses souvenirs ; elle se borne à con-

stater qu'elle ne sait pas ou ne se souvient plus, sans en paraître autrement préoccupée. Si elle ignore l'endroit où elle se trouve, pourquoi elle y est, c'est qu'en réalité cela aussi lui est parfaitement indifférent. « Elle y est bien, » dit-elle ; et cela lui suffit.

Il n'y a donc pas là, à propos de cette désorientation, les mêmes défectuosités d'assimilation psychologique que chez les confus. La différence apparaît plus nette, lorsque l'examen porte sur des faits constatables au moment même.

A degré égal d'intensité de la maladie, les confus manifestent toujours les mêmes hésitations et le même égarement pour percevoir ou reconnaître les objets ou les personnes qui sont en leur présence. Notre malade, elle, ne sait pas où elle est, il est vrai ; mais elle peut, si on lui pose des questions, décrire sans hésitation la pièce où elle se trouve, les objets qui l'entourent, l'aspect des personnes qui l'environnent et parmi lesquelles elle reconnaît même sans le moindre embarras celles qui lui sont familières. Dans ce local qu'elle ne connaît pas, elle circule non plus automatiquement comme le confus dans sa propre maison, mais elle sait se guider et ne se perd pas si on lui dit d'aller là où elle mange, là où elle couche. De même, ses actes, commandés ou volontaires, ne sont plus hésitants, inachevés comme ceux du confus ; vous voyez, au contraire, qu'elle exécute assez vite et correctement tout ce que nous lui demandons de faire. Elle paraît cependant maladroite pour certains actes plus délicats; mais ce sont là des symptômes sur lesquels nous aurons à revenir tout à l'heure.

Tout bien examiné, cette malade semble donc être plutôt dans un état d'affaiblissement psychique, de démence, que dans un état de confusion.

Mais, s'il s'agit d'un état démentiel, il faut, pour compléter le diagnostic, en déterminer la nature et l'origine.

Je laisse de côté, pour le moment, les antécédents, sur lesquels cette dame ne peut donner de renseignements; je me borne aux constatations directes.

De délire, vous ne trouverez aucune trace ; aucune trace non plus d'un état émotionnel pouvant éveiller l'idée d'une psychoneurose antérieure, manie ou mélancolie. Nous ne pouvons que noter — et cela n'est pas sans importance — ce fait que Mme C... « se trouve bien » où elle est ; et, si on la pousse un peu dans ce sens, sans qu'elle émette des idées de satisfaction proprement dites, on s'aperçoit qu'à côté de son indifférence elle manifeste, sur bien des points, un optimisme un peu enfantin; car elle ne se trouve pas malade, ne témoigne d'aucun désir, d'aucun regret, est contente de sa nourriture, de la vie qu'elle mène, etc.

Cet optimisme vague, se manifestant dans un état d'affaiblissement intellectuel, n'est pas rare, comme vous le savez, dans la paralysie générale de la femme, le plus ordinairement de forme démente et s'accompagnant beaucoup plus rarement que chez l'homme de ce délire exubérant de satisfaction que vous connaissez bien.

Notre malade serait-elle donc une paralytique générale?

En nous limitant toujours à l'examen objectif, je vous rappellerai cette maladresse dans les actes délicats dont je vous parlais tout à l'heure, fait bien ordinaire chez le paralytique général, et qui contraste ici avec la correction de mouvements plus étendus. La démarche également diffère un peu de celle du confus, qui se tient debout et marche plutôt comme une personne fatiguée, anéantie; tandis que notre malade est correcte dans l'attitude debout et n'a pas la démarche traînante, fatiguée, mais plutôt maladroite,

incoordonnée. Il est facile d'ailleurs de voir que ses membres, les inférieurs et les supérieurs surtout, sont agités d'un tremblement évident, s'exaspérant par instants, mais continu.

La langue elle-même présente un léger tremblement fibrillaire. Les mouvements des lèvres s'accompagnent aussi de légères secousses dans les commissures et le sillon naso-labial ; mais il n'y a aucun trouble de l'articulation des mots. Les pupilles sont inégales et la pupille gauche est beaucoup plus paresseuse que la droite. La sensibilité est normale.

Sans doute, je vous ai dit que les confus pouvaient présenter du tremblement des membres, de la langue, des lèvres, de l'inégalité pupillaire, ce qui souvent rend le diagnostic malaisé. Mais je vous ai fait remarquer que, chez eux, ces symptômes étaient mobiles, fugaces ou intermittents. Ici, au contraire, ils sont continus, persistants, et j'ajouterai, progressifs.

J'en dirai autant du gâtisme que présente cette aliénée.

Le diagnostic de démence paralytique nous apparaît donc ici comme le plus probable, et nous allons en trouver une confirmation définitive dans les commémoratifs.

Bien que fille d'un père alcoolique et sœur d'un frère hystérique, Mme C... ne présente, dans ses antécédents personnels, rien de particulier, sauf de fréquents maux de tête. Elle a eu sept accouchements. Trois enfants seulement survivent ; l'un était mort en naissant, les autres sont morts du huitième au quinzième jour. A la sixième couche, elle eut une *phlegmatia alba dolens*. A propos de ces accouchements, je dois vous dire que j'ai recherché l'existence, chez notre malade, d'une syphilis antérieure, sans avoir pu découvrir

rien de probant ni dans mes renseignements, ni dans l'examen direct.

Mais si l'infection syphilitique ne semble pas ici entrer en ligne de compte dans l'étiologie de l'affection actuelle, cette dernière paraît, sinon avoir pris son origine immédiate, du moins avoir débuté à l'occasion de l'état puerpéral.

Au septième accouchement (mars 1892), en effet, Mme C... contracta, lors de sa première sortie, une congestion pulmonaire. Immédiatement après cette couche était apparu un état de prostration, d'affaiblissement intellectuel, surtout des erreurs de mémoire, qui avaient fixé l'attention de la famille. L'enfant mourut au bout de quinze jours, et, à peu près au même moment, la malade fut prise d'*un accès convulsif avec parésie* consécutive du bras droit, du côté droit de la face *et aphasie*.

En même temps apparurent des troubles mentaux assez spéciaux. Ce furent, par exemple, des idées hypocondriaques (Mme C... se plaignait que ses ongles tombaient, que sa langue rentrait) ; puis des désirs de faire de nombreux achats, sans motif aucun, désirs qu'elle exécutait d'ailleurs lorsqu'elle sortait, et pour éviter ensuite les reproches de son mari, elle racontait qu'elle avait volé les divers objets qu'elle venait d'acheter. Il est à noter que, pendant sa grossesse, elle n'avait présenté aucun symptôme de ce genre, pas plus que pendant les grossesses ou à la suite des accouchements précédents. A ce moment encore, elle fit une tentative de suicide, et elle s'est mise à manger d'une façon exagérée, presque gloutonnement.

Sur ces entrefaites (avril 1892), elle entra dans un hôpital, où on la considéra, paraît-il, comme atteinte d'anémie cérébrale. Elle sortit au bout de six semaines, notablement améliorée ; néanmoins, elle avait toujours « le cer-

veau très affaibli ; elle était aussi indolente et apathique.

Il en fut ainsi pendant quelque temps. Un mois avant son entrée, son état s'aggrave de nouveau. Les discours, les actes sont d'abord incohérents ; puis la malade devient comme une véritable enfant, ne manifestant plus aucune activité intellectuelle spontanée, restant inerte, immobile, si on ne la guide pas. En même temps, l'appétit reprend des proportions anormales et le gâtisme apparaît. C'est alors qu'elle nous fut amenée.

Dans cet exposé très sommaire des commémoratifs, vous avez, sans nul doute, relevé au passage certains détails qui peuvent nous intéresser plus particulièrement. J'espère que vous pensez, comme moi, que l'aspect d'ensemble de la maladie, le fond d'affaiblissement des facultés, surtout de la mémoire, puis les idées hypocondriaques spéciales, les achats sans motif, les prétextes invoqués à ce propos par la malade, les troubles convulsifs et parétiques, les modifications de l'appétit, sont autant de symptômes qui viennent confirmer le diagnostic de démence paralytique fourni par l'examen direct (1).

Messieurs, les choses ne sont pas toujours aussi simples que dans le cas précédent, et je vais immédiatement vous en fournir une preuve.

Voici, par exemple, une dame âgée de quarante-cinq ans, ménagère, entrée à la Salpêtrière le 30 septembre de l'année dernière (1893).

(1) Quelques semaines plus tard, la malade fut prise un jour d'une série d'attaques épileptiformes. A leur suite, le niveau intellectuel baissa encore beaucoup : le tremblement devint plus accentué, surtout dans la langue et les lèvres, et l'on constata l'embarras de la parole, avec les accrocs caractéristiques.

Les renseignements que nous avons pu recueillir nous ont appris que sa mère n'était pas très intelligente, et qu'une sœur est nerveuse, irritable, très orgueilleuse.

La malade elle-même, d'une santé délicate dans l'enfance, s'est cependant développée normalement sans accidents nerveux. A l'âge de dix-sept ans, elle eut une fille ; l'accouchement fut normal. Dix ans après, elle aurait eu des accidents nerveux sur lesquels nous n'avons pu avoir de renseignements précis. Mais elle en a eu plus tard de moins forts.

On nous raconte que, lorsqu'elle était contrariée, elle « semblait se trouver mal ». Généralement, elle se contentait de s'asseoir, et n'est tombée complètement qu'une ou deux fois. Elle ne criait pas, ne se mordait pas la langue, n'urinait pas sous elle, n'avait pas de convulsions ni de raideurs. Elle revenait d'ailleurs très rapidement à elle. Cela la prenait aussi bien le jour que la nuit.

Ces accidents, qui se reproduisaient, il y a dix-huit ans, une ou deux fois la semaine, ont diminué peu à peu de fréquence et *ont tout à fait disparu depuis six ans*. Elle n'aurait jamais eu de troubles mentaux antécédents.

Quatre mois avant son entrée survinrent des phénomènes nouveaux, coïncidant avec l'installation de la ménopause. Les règles avaient déjà disparu lorsque vint à se produire une hémorragie abondante, qui effraya beaucoup la malade et la laissa très faible et très abattue.

Dès cette époque, Mme T... ne savait plus ce qu'elle faisait ; elle oubliait tout et était incapable de faire même ses commissions ; une fois descendue dans la rue, elle avait oublié ce qu'elle voulait acheter. Ces symptômes, intermit-

tents au début, devinrent continuels à la fin de juin, la rendant impropre à toute occupation.

A ce moment, elle cessa de parler ; elle restait toute la journée anéantie, assise sur une chaise, à côté de son amant, qu'elle ne pouvait quitter. S'il la laissait seule, elle pleurait comme une véritable enfant. Elle avait, d'ailleurs, toutes sortes de manies absolument puériles. A cette époque, elle aurait maigri, bien que mangeant beaucoup. Elle était aussi devenue gâteuse.

Cet état ne fit que s'aggraver. La malade, de plus en plus inerte, ne répondait à aucune question, ne pouvait donner aucun renseignement sur les choses les plus simples, et elle ne tarda pas à tomber dans un état de stupidité complète, que nous pûmes constater à son arrivée et qui a persisté jusqu'à la fin de janvier 1894.

Sa physionomie était alors caractéristique, empreinte d'une expression d'étonnement en quelque sorte permanent, les yeux largement ouverts, immobiles et regardant vaguement dans l'espace. Toute conversation était impossible avec cette malade, qui ne prononçait pas une parole, et même ne semblait pas comprendre les questions qu'on lui posait.

Elle ne faisait spontanément aucun mouvement. Il fallait la lever, la coucher, l'asseoir, la faire manger, l'habiller, la moucher, etc. Et encore, bien qu'elle fût docile, avait-on toutes les peines du monde pour arriver à un résultat, car elle ne remuait pas plus qu'une masse inerte.

Pendant tout ce temps, la peau était froide, violacée surtout à la face et aux extrémités, qui présentaient des troubles vaso-moteurs des plus caractérisés et de l'œdème très marqué, surtout aux membres inférieurs. Le pouls était faible, régulier; la respiration superficielle. La malade était grande gâteuse avec des alternatives de constipation et sur-

tout de diarrhée; pas d'albumine ni de sucre dans les urines. Elle semblait insensible à toute excitation extérieure, les réflexes rotuliens un peu exagérés. D'ailleurs, pas d'accidents paralytiques, convulsifs, ni de raideur musculaire, pas de tremblements, mais des mouvements automatiques ininterrompus de va-et-vient de la jambe gauche pendant des journées entières. Pas de signes pupillaires.

Au mois de février, cet état s'amenda. Mme T... sembla se réveiller; elle remuait un peu, était moins inerte, regardait autour d'elle, mangeait elle-même, se mouchait. Mais, comme vous allez le voir, l'obnubilation intellectuelle est encore très accentuée.

Remarquez d'abord, Messieurs, la démarche lente, incertaine, traînante, l'effort pénible qui accompagne chaque mouvement. L'aspect de la physionomie est aussi bien spécial, les yeux grands ouverts, hébétés, immobiles dans l'espace, ou regardant à droite et à gauche d'un air égaré. C'est, en un mot, l'étonnement dans son type le plus parfait.

Vous voyez également les troubles vaso-moteurs encore très accentués et l'œdème des extrémités.

Essayons d'entrer en communication avec la malade. Vous allez voir combien cela est encore difficile.

Déjà vous pouvez constater que, si je la dirige, elle obéit assez facilement à l'impulsion reçue pour se lever ou s'asseoir; mais cela lui est infiniment plus pénible lorsque je me contente de lui en donner l'ordre verbalement, sans intervenir moi-même dans le mouvement qu'elle doit exécuter. Elle ne semble même pas entendre une première injonction; si je la répète, elle se borne à me regarder de son air égaré. Il faut réitérer plusieurs fois la demande pour qu'elle commence un mouvement, et encore, au prix de quels efforts!

Cependant, ces mouvements, quelque pénibles et indécis qu'ils soient, ne sont pas du tout incoordonnés.

L'obnubilation intellectuelle ressort encore plus nettement de l'interrogatoire.

D. — Bonjour, madame.

R. — Bonjour, monsieur.

D. — Vous portez-vous bien?

R. — J'ai mal aux reins... (*Elle se frotte les reins.*)

D. — Où êtes-vous ici? (*Plusieurs fois elle regarde autour d'elle avec étonnement. — On répète la question.*)

R. — Où je suis?... Je ne sais pas.

D. — Est-ce l'été ou l'hiver? (*On est en hiver, mais dans une pièce chauffée.*)

R. — Il fait chaud.

D. — Connaissez-vous cette dame? (*La surveillante.*)

R. — Non.

D. — Mais si, vous la connaissez bien?

R. — *Elle regarde... Hésitation, puis elle dit :* Il y a tant de personnes qui se ressemblent qu'on ne sait pas qui c'est.

D. — Et moi?

R. — Peut-être, je ne sais pas.

D. — Qu'est-ce que je vous montre? (*L'horloge.*)

R. — ... Une pendule.

D. — Quelle heure est-il?

R. — Quelle heure est-il?... Je ne sais pas.

D. — A quoi pensez-vous?

R. — Je ne sais pas.

D. — Pensez-vous à quelque chose?

R. — Il y a des fois; je pense à voir ce que je fais.

D. — Faites-vous quelque chose?

R. — Non.

D. — Vous sentez-vous les idées embrouillées?

R. — Non... Je ne fais rien.

D. — Avez-vous des enfants?

R. — Non. (*Inexact.*)

D. — En avez-vous eu?

R. — Je n'en ai pas eu... Et je ne veux pas le tromper.

D. — En quelle année sommes-nous?

R. — L'année? (*Elle cherche. Même question.*) Je ne sais pas bien... les années.

D. — Y a-t-il longtemps que vous êtes ici?

R. — Je ne sais pas... Peut-être?

D. — Quel âge avez-vous?

R. — Je m'appelle Elmina...

D. — Votre âge?

R. — J'ai à peu près... à peu près... j'ai à peu près l'habitude de ne pas avoir... de ne pas avoir de grandes machines... Nous sommes mariés avec L... (*Soupirs.*)

D. — Où demeuriez-vous?

R. — Je demeurais avec L... dans le lit.

D. — Dans quelle rue?

R. — Dans la rue... (*Efforts.*) Il travaille pour un patron... il était obligé... (*Efforts.*) de travailler autrement... Cela fait qu'il restait tranquille... puis il allait travailler ailleurs. (*Soupirs.*)

D. — Et vous, que faisiez-vous chez vous?

R. — Je ne pense à rien.

D. — Et ici, que faites-vous?

R. — Je ne pense à rien.

D. — Savez-vous où vous êtes?

R. — (*Elle regarde autour d'elle.*) Je ne l'ai jamais vue.

D. — Que fait-on autour de vous?

R. — Je n'arrive que ce coup-ci!

Cet interrogatoire, si court qu'il soit (et même nous avons été favorisés aujourd'hui), devient, vous le voyez, de plus en plus pénible. La malade semble fatiguée ; l'obtusion, la torpeur intellectuelles sont plus prononcées qu'au commencement.

C'est un fait que nous pouvons d'ailleurs aisément vérifier, par exemple, en posant à nouveau une des questions auxquelles la malade avait le mieux répondu tout à l'heure.

D. — Qu'est-ce que je vous montre? (*La même horloge.*)

R. — C'est... c'est une machine... pour dire l'heure.

De même, les mouvements sont encore moins bien exécutés au commandement qu'au début.

Comme autres symptômes, je vous rappelle ces mouvements automatiques de la jambe droite, que vous avez pu constater vous-mêmes depuis que cette femme est devant vous, mouvements presque continuels et qui, le plus généralement, ne sont interrompus que quand elle parle elle-même ou lorsqu'on réussit à fixer son attention.

Vous voyez aussi que les réflexes rotuliens sont exagérés ; et à propos de la sensibilité, vous pouvez constater que les modifications qu'elle peut présenter dépendent de troubles de la perception personnelle, avec conservation des sensations élémentaires. En effet, si je pique la malade, en lui demandant ce que je lui fais, elle répond : « Rien. » Mais vous voyez aussi qu'en même temps la piqûre détermine un mouvement réflexe de retrait du membre piqué. On ne rencontre pas, d'autre part, d'exagération de la sensibilité dans les régions habituelles aux hystériques ; Mme T... n'accuse guère que des maux de reins, sur lesquels elle revient constamment.

Les appareils organiques sont intacts ; le pouls faible, la

respiration superficielle, les urines sans sucre ni albumine ; gâtisme persistant ; l'appétit est bon, même exagéré ; pas d'amaigrissement depuis l'entrée.

Les pupilles égales, normales, réagissent toutes deux assez bien. D'autre part, vous avez pu vous rendre aisément compte que l'hésitation de la malade en parlant ne dépend que de son inertie cérébrale, de la difficulté qu'elle éprouve à rassembler et traduire ses idées ; il n'y a vraiment aucun trouble d'articulation rappelant, en quoi que ce soit, ceux des paralytiques généraux.

Il n'y a point de tremblement ni dans les membres, ni dans les lèvres, ni dans la langue.

Quant à l'écriture, il est fort difficile, dans l'état où est cette dame, d'en obtenir un spécimen. C'est à peine si elle peut écrire un mot ; elle se trouve obligée d'épeler et elle s'arrête au bout de deux ou trois lettres. Vous remarquerez seulement que la forme des signes graphiques ne présente absolument rien de particulier.

Voilà, Messieurs, toutes les indications que nous pouvons recueillir.

Quelle hypothèse faut-il en déduire au point de vue du diagnostic?

Tout d'abord, sans chercher à dénommer l'état actuel, il est une question dont il faut nous débarrasser pour n'y plus revenir.

Vous vous rappelez sans doute qu'antérieurement Mme T... a présenté certains symptômes, vraisemblablement de nature hystérique.

Les troubles mentaux actuels reconnaîtraient-ils la même origine?

Je vous ferai remarquer à cet égard que, depuis le jour où

cette malade a été soumise à notre observation, elle n'a présenté aucune manifestation hystérique. Sans doute, elle a pu en avoir antérieurement ; mais ce n'est pas là, comme vous le savez, une raison pour attribuer à l'hystérie tous les désordres qui se produisent par la suite. Pour le soutenir, il faudrait d'abord reconnaître que les troubles mentaux actuels sont la conséquence d'un phénomène nettement hystérique, puis y constater le caractère fondamental de l'état hystérique, le dédoublement de l'esprit, l'alternance des états de conscience, la formation de phénomènes réellement subconscients.

En est-il ainsi chez Mme T... ? Nullement, et voilà pourquoi je suis tenté de rejeter cette hypothèse.

Les accidents hystériformes, d'ailleurs peu accentués, avaient totalement disparu depuis six ans lorsque a débuté la maladie actuelle, au moment de la ménopause et à l'occasion d'hémorragies graves. D'autre part, on n'a pas constaté de symptômes hystériques au début ou au cours de l'affection que nous avons à déterminer. Enfin l'examen psychologique, actuel ou rétrospectif d'après les renseignements fournis, ne nous montre pas cette désagrégation psychique de caractères particuliers, permanente et complète, que les études récentes de M. P. Janet tendent à faire regarder comme plus spéciale aux manifestations psychopathiques de l'hystérie.

Pour ces raisons, il est donc légitime d'admettre qu'il ne s'agit pas là d'un état psychopathique symptomatique de l'hystérie, en rapport direct avec elle; cet état s'est seulement développé chez une hystérique, mais d'une façon indépendante et doit être rattaché à une autre origine.

En fait, Messieurs, il n'y a que deux diagnostics qui

puissent être discutés : confusion mentale primitive, démence paralytique.

Un premier point à déterminer, c'est de savoir si l'état d'obtusion intellectuelle correspond à un affaiblissement démentiel des facultés, ou bien simplement à cette sorte de pseudo-démence qu'on rencontre à différents degrés dans la démence aiguë apathique, la confusion mentale asthénique.

Tout d'abord, il faut tenir compte d'un caractère physique important : la physionomie. Elle n'a point ici cette expression de niaiserie, ce cachet d'abrutissement qui est comme la marque de la démence. Mais, ainsi que vous avez pu le remarquer, elle traduit de la façon la plus nette l'étonnement, l'hébétude, l'égarement. C'est un type presque parfait du facies dans la confusion mentale.

De même, l'attitude, les gestes manifestent aussi un état correspondant d'hésitation, d'incertitude, de lenteur intellectuelle ; ils ne sont ni incohérents, ni incoordonnés, ni même simplement maladroits.

Le langage nous donne aussi quelques renseignements. Ici, rien qui ressemble à l'ânonnement, l'hésitation, la scansion, le bredouillement, l'achoppement du paralytique général. La parole est lente ; on saisit comme une difficulté à coordonner les idées et leurs expressions verbales. Le ton du discours est monotone, toujours empreint du même caractère pénible d'incertitude et d'interrogation, soit que la malade répète la question, soit qu'un temps d'hésitation précède sa réponse, qu'elle énonce souvent comme si elle demandait : « Est-ce bien ainsi ? » N'est-ce pas là encore ce que nous avons vu chez les confus ?

En outre, au cours de l'interrogatoire, Mme T... ne

manifeste pas cette indifférence du dément paralytique simple. Vous avez pu voir qu'elle fait des efforts pour écouter, comprendre, pour suivre la conversation, pour répondre, efforts dont témoignent ses hésitations, sa mimique, ses soupirs.

Il faut tenir compte aussi de la difficulté qu'on éprouve à fixer l'attention, de la nécessité de répéter les questions à plusieurs reprises, de les formuler d'une façon très simple, de la difficulté que cette dame semble avoir à les comprendre, fussent-elles des plus banales, de ses réponses enfin précédées toujours d'un temps d'hésitation, parfois d'une répétition de la question comme pour bien en pénétrer le sens.

Tout cela ne laisse pas de contraster avec ce qu'on observe chez les déments, qui sont indifférents à tout, ne témoignent d'aucun effort, répondent au hasard ou bien ne trouvent dans la question qu'un prétexte à divagations sans suite et sans rapport avec ce qu'on vient de leur demander.

Chez notre malade, les réponses sont le plus souvent vagues, incomplètes ; mais, si la question a été bien comprise, la réponse lui est, en général, adaptée. Tout au moins y a-t-il un effort dans ce sens ; et il semble que le décousu de son discours tient surtout à la difficulté de fixer et de rassembler les idées ou les souvenirs et aussi de trouver les mots correspondants et de les grouper de façon à traduire la pensée. Enfin, sa réponse une fois donnée, la patiente s'arrête, sans trouver là prétexte à de nouvelles divagations et retombe dans son inertie habituelle.

Il semble donc que l'obtusion intellectuelle résulte plutôt d'un état de pseudo-démence, de confusion mentale, que de démence véritable.

D'autre part, pas de phénomènes émotionnels, pas d'idées délirantes, pas d'hallucinations qui puissent figurer à l'origine de cette confusion mentale.

Serait-ce donc une confusion mentale primitive ? A s'en tenir à l'examen direct, il semble qu'il en soit ainsi, car elle se présente comme la manifestation immédiate d'un état d'affaiblissement psychique.

Mais rappelez-vous, Messieurs, à ce propos, certaines divergences d'opinions dont je vous ai parlé (p. 194).

Vous savez qu'en pareil cas, à côté de la question psychologique de la nature du symptôme confusion, se place la question clinique, plus importante, de la nature de l'affaiblissement intellectuel qu'elle traduit, pour arriver au diagnostic exact de l'affection.

Cela va de soi, si l'on pense que la confusion mentale peut être secondaire dans les différents modes d'affaiblissements intellectuels *permanents*, congénitaux ou acquis.

Mais, quand bien même dans tous les cas d'affaiblissements intellectuels, la confusion mentale serait primitive, ainsi que certains auteurs veulent bien l'admettre, la question clinique subsiste identique. Car, suivant la nature de l'affaiblissement intellectuel, au lieu de constituer la confusion mentale, primitive affection à titre indépendant, l'état de confusion que l'on observe peut n'être alors qu'épisodique ou symptomatique.

La solution ne peut être cherchée que dans les commémoratifs et l'existence de symptômes actuels caractéristiques.

Or, le mode de début ne ressemble pas dans le fait actuel à ce qu'on voit d'ordinaire dans l'affection dite confusion mentale primitive. Vous savez qu'alors il est

généralement très rapide, brusque, souvent marqué par une phase d'excitation, qui peut, il est vrai, faire défaut. Si, parfois, il existe une période prémonitoire, initiale, elle est d'ordinaire assez courte. De plus, les symptômes ont toujours un caractère de généralisation uniforme, d'emblée ; et, par la suite, il ne s'agit pas d'une extension, mais d'une accentuation du processus morbide.

Ici, au contraire, les choses ne semblent pas s'être présentées de cette façon.

Les symptômes se sont installés lentement, petit à petit ; et si la généralité des facultés intellectuelles a pu être touchée, cela fut d'une façon certainement inégale. Tout d'abord, on ne remarqua que des défaillances de la mémoire, intermittentes, puis continues ; plus tard, un état d'anéantissement, des manies enfantines... et c'est au bout de *quatre mois* seulement que l'affection est arrivée à sa période d'état.

Ce début progressif, les symptômes qui l'ont marqué et surtout le caractère des troubles amnésiques ne ressemblent-ils pas singulièrement à ce qu'on observe dans la paralysie générale ? N'est-ce pas le diagnostic qui se fût présenté à l'esprit comme le plus probable, si l'on eût observé la malade à ce moment ?

Aujourd'hui qu'il nous faut juger les choses d'une façon rétrospective, j'inclinerais à penser encore que l'affection, dès son début, revêt bien les caractères d'une véritable démence paralytique commençante, se présentant, par la suite, sous l'aspect de cet état de confusion que nous observons aujourd'hui et qui, par l'anéantissement intellectuel même qu'il suppose, ne permet pas la traduction extérieure de symptômes de démence qui existent, *peut-être* assez accentués, sans que nous puissions les constater.

Et maintenant, cette hypothèse trouve-t-elle des points d'appui dans la notion de l'évolution de la maladie jusqu'à ce jour, dans les constatations de symptômes actuels?

La marche de l'affection, une fois installée, ne nous apprend rien; l'atténuation des symptômes observée depuis quelque temps ne peut avoir de signification précise. Nous savons, en effet, que les rémissions sont fréquentes aussi bien dans la confusion mentale primitive que dans la paralysie générale.

Trouvons-nous, dans l'ensemble symptomatique actuel, des indications spéciales?

Les symptômes que nous avons notés à côté de l'état de confusion mentale se rencontrent tout aussi bien dans la confusion primitive que dans la paralysie générale.

D'autre part, nous n'avons constaté aucun signe pathognomonique de cette dernière affection.

Il est, toutefois, deux points à relever : c'est, d'une part, l'état général de Mme T..., l'absence de dénutrition, d'amaigrissement, assez extraordinaire dans l'hypothèse de l'affection confusion mentale primitive, surtout dans un cas aussi accentué et déjà prolongé.

D'autre part, ce sont les mouvements automatiques de la jambe qu'elle présente. Sans doute, je vous ai signalé, chez nos confus, l'existence possible de pareils mouvements. Mais, chez eux, ils sont toujours relativement peu accentués et surtout très intermittents. Chez notre malade, au contraire, surtout abandonnée à elle-même, ils sont constants et durent non seulement des heures, mais des journées entières, sans trêve ni repos, et cela depuis déjà des semaines. A cet égard, je ne puis m'empêcher de leur reconnaître une analogie avec le grincement de dents des paralytiques généraux.

Sans doute, cela est bien peu de chose, et cette analyse vous paraîtra peut-être très minutieuse. Mais, en pareil cas, il ne faut rien négliger, et ces petits faits acquièrent plus de valeur lorsque nous les rapprochons de notre appréciation sur le mode et les symptômes du début.

En tout cas, je crois que, dans les circonstances actuelles, notre diagnostic doit être très réservé, en l'absence de signes pathognomoniques.

Qu'il s'agisse ici d'un état de confusion mentale, cela me paraît indiscutable. Mais est-ce un exemple de l'affection que nous avons étudiée sous le nom de *confusion mentale primitive?* La chose est plus que douteuse et, pour ma part, j'inclinerais très volontiers vers l'hypothèse d'une paralysie générale.

Seule, l'évolution de la maladie pourra dissiper notre incertitude (1).

Vous voyez, Messieurs, combien est parfois délicate cette question de diagnostic.

(1) Depuis l'époque où cette leçon fut faite (8 février 1894), j'ai pu suivre la dernière des malades qui en fait l'objet. L'évolution ultérieure de son affection me semble avoir confirmé l'hypothèse que j'avais exprimée. Je crois donc qu'il ne sera pas sans intérêt de compléter maintenant ce document clinique.

Dès le mois d'avril, l'état de la malade semble se modifier.

Le facies est toujours un peu hébété, mais beaucoup moins cependant que précédemment, et, en revanche, il a comme une *expression légère de niaiserie* apathique. La malade est moins inerte ; ainsi, elle se déplace plus facilement, marche même spontanément, s'aide quand on l'habille ou la couche, mange d'elle-même; elle gâte toujours. Les troubles vaso-moteurs des extrémités existent bien toujours, mais à un degré moins accentué ; les réflexes tendineux sont encore un peu exagérés, la sensibilité à peu près normale; les pupilles égales, un peu paresseuses, mais réagissant toutefois également. *Les mouvements automatiques de la jambe ont persisté;* on constate un *léger tremblement de la langue et des lèvres* à l'occasion des mouvements

Sans être absolument fréquents, les faits de ce genre ne sont pas des exceptions. Vous en trouverez bien des exemples dans la littérature psychiatrique et vous n'êtes pas sans avoir entendu parler, d'ailleurs, de la *stupeur paralytique*. Dans certaines circonstances, lorsqu'il existe des signes

volontaires, mais *seulement par moments*. Il n'y a pas de troubles de l'articulation des mots, et les différentes épreuves qu'on fait d'habitude en pareil cas n'aboutissent, même répétées, qu'à un résultat parfaitement négatif.

Le ton du discours est encore le même, toujours monotone, souvent interrogateur. Les réponses sont toujours lentes, embarrassées, mais notablement moins qu'autrefois. Malgré tout, bien que la malade se prête mieux à l'interrogatoire, il y a encore un effort d'attention et de recherche manifestement pénible. A ce propos, il est à remarquer un contraste singulier. Ainsi, la malade est évidemment moins anéantie, l'apathie intellectuelle moins prononcée. Par moments maintenant, elle reconnaît certains objets, certaines personnes familières, elle retrouve certains souvenirs, tout cela peu précis d'ailleurs et toujours incoordonné. Or, malgré cette sorte de réveil intellectuel, les réponses, plus faciles, sont d'autre part plus décousues, plus vraiment incohérentes qu'autrefois, et, par instants, la malade a une tendance à inventer toutes sortes d'histoires et se laisse aller à des divagations sans suite. Elle se contredit souvent d'un instant à l'autre sans même y prendre garde. Dans certaines circonstances mêmes, *elle soutient ses dires avec obstination* et *malgré toutes les preuves* qu'on cherche à lui donner de leur inexactitude; c'est lorsqu'elle aborde la question de ses rapports avec son mari, alors, par exemple, qu'elle prétend être sortie avec lui, n'avoir été mariée qu'une fois (ce qui est faux), être enceinte actuellement de ses œuvres, et n'avoir pas eu d'autres enfants (ce qui est également faux). Ces différentes conceptions, celles de la grossesse notamment, se présentent comme de véritables idées fixes, résistant à tout argument.

Au mois de juin, l'état physique est resté à peu près le même. Il n'y a toujours pas d'embarras de la parole semblable à celui de la paralysie générale; de même pas de troubles pupillaires; pas de tremblement, ni de la langue, ni des lèvres, plus de mouvements automatiques. Du côté mental, c'est également toujours à peu près la même chose. Il est à noter, cependant, que la malade a gardé ces idées fixes indiquées plus haut, en particulier celle de la gros-

pathognomoniques de paralysie générale, ou bien lorsque cette stupeur paralytique se présente chez des malades ayant présenté antérieurement des symptômes de paralysie générale, le diagnostic est relativement facile.

Il n'en est déjà pas de même lorsque cet aspect clinique

sesse, qui est le pivot d'un véritable délire. Ainsi elle raconte, lorsqu'on la met sur ce sujet et aussi d'elle-même, sans hésitation, d'un air satisfait, que « sa grossesse est terminée, qu'elle est accouchée à Saint-Antoine, il y a trois mois, de deux jumeaux qui ont aujourd'hui deux ans. Ils étaient crochés; le médecin, très adroit, les a séparés, et l'a très bien soignée. Les enfants sont aujourd'hui chez sa sœur (en réalité, c'est à sa fille qu'elle fait allusion). Pour elle, elle est revenue ici pour travailler chez Mme Marguerite, où elle est depuis six ans, et, si elle se promène dans la cour, c'est qu'on lui a donné congé. »

En août, changement frappant dans le facies, qui n'exprime plus l'étonnement, mais la *niaiserie*; la physionomie, immobile et sans expression, s'anime parfois d'un *rire enfantin et béat*. Il y a, par instants et très fréquemment, du tremblement des lèvres et de la langue, *quelques accrocs de la parole*, mais, fait assez anormal, *seulement au début des phrases*.

En septembre, les choses s'accentuent encore. La physionomie est indifférente, ou, par instants, revêt un aspect de *niaiserie béate* tout à fait typique. La malade est *expansive*, donne des poignées de main quand on l'aborde, et vous accueille avec un rire enfantin. Elle se prête volontiers à une conversation, disant qu'elle va causer de son mieux. On n'a plus besoin de répéter les questions qu'on lui pose; elle répond de suite sans hésitation, sans faire aucun effort, et lorsqu'elle a terminé sa phrase, elle regarde son interlocuteur en riant niaisement d'un air satisfait.

Ses réponses nous la montrent toujours désorientée, en ce sens qu'elle a perdu complètement la notion du temps et qu'elle ne comprend pas la plupart des choses qui se passent autour d'elle; néanmoins, elle reconnaît les personnes, les cours, sa salle, son lit.

Si quelques-unes de ses réponses, prises isolément, peuvent encore prêter matière à discussion, il en est d'autres, fort nettes, où l'on ne retrouve plus que des idées mal associées bien que gravitant autour d'un centre et exposées sans suite, d'une façon absolument incohérente. A chaque instant, elle se contredit de la façon la plus invrai-

marque le début de la maladie, comme dans le cas actuel. Ici le mode d'installation des symptômes a pu nous fournir quelques indications, tout au moins nous mettre en garde.

Mais souvenez-vous des faits — auxquels je faisais allusion

semblable, sans que cela paraisse la choquer; alors même qu'on cherche à le lui faire comprendre, elle garde son air béat. D'autre part, il existe, à propos des souvenirs, des lacunes qui ne paraissent pas toutes justiciables d'un état de confusion, mais plutôt d'une amnésie réelle.

Du côté physique, à cette époque déjà il n'existait plus de troubles vaso-moteurs; mais il y avait, très accentué à certains moments, disparaissant presque dans d'autres, un tremblement de la langue, des lèvres, des mains; puis un embarras de la parole très semblable à celui des paralytiques généraux, mais n'existant guère qu'au commencement des phrases ou même de la conversation. Plus on faisait parler la malade, plus il s'atténuait, jusqu'à disparaître totalement. Enfin la malade manifestait un appétit vorace, engraissait beaucoup; le gâtisme persistait. *Grincement de dents.*

En octobre, l'état n'a guère changé. Ses réponses, faciles et sans effort, manifestent des lacunes profondes de la mémoire. Elle ne sait toujours pas où elle est, mais ne s'en inquiète nullement et trouve même à ce propos toutes sortes d'interprétations erronées. Elle reconnaît bien les choses et les personnes qui l'entourent. Son discours n'est plus qu'un tissu d'idées incohérentes et puériles qu'elle exprime d'un air satisfait, en riant de temps en temps. D'ailleurs elle est volontiers expansive, contente de tout; elle se porte bien, s'amuse bien, etc. Elle ne veut toujours pas admettre qu'elle ait été mariée deux fois, qu'elle ait eu des enfants de son premier mariage, bien qu'elle se contredise souvent à ce propos. Il est impossible de lui faire comprendre que la plupart de ses idées sont contradictoires, alors même que cette contradiction est des plus simples et des plus évidentes, par exemple, qu'en deux ans elle n'a pu avoir quatre enfants venus à terme séparément, ayant tous deux ans, alors qu'elle dit les avoir confiés à sa fille âgée de vingt-huit ans, etc. Il est vrai que, pour elle, les années ont quatre mois et qu'elle ne sait ni son âge, ni la date de l'année actuelle. Elle transporte sans cesse avec elle son panier, « parce qu'elle y met ses affaires, des sous qu'on lui apporte et elle s'amuse avec, cela fait qu'elle est contente ».

La démarche n'est nullement hésitante ni incoordonnée; simple-

au commencement de cette conférence — où le début de cet état est *absolument subit*, comme dans la confusion mentale primitive, où l'on peut voir ainsi des malades qui paraissent véritablement atteints de cette affection devenir

ment lourde, ce qu'explique aisément la corpulence de la malade. Elle engraisse de jour en jour, mange avec voracité, n'a pas cessé d'être grande gâteuse. Tremblement évident, bien que peu accentué, des mains, des lèvres, de la langue. Accrocs caractéristiques de la parole, mais *surtout au début* de la conversation, ou lorsqu'elle commence à répéter les mots qu'on lui dit de prononcer. Une fois mise en train, ils sont prononcés correctement. *Le grincement de dents persiste.*

L'écriture est bien particulière : les signes graphiques sont incorrects, tremblés comme dans les écrits des paralytiques généraux. En outre, la malade ne trace que des lettres sans suite ou même des bâtons informes qu'elle relit comme s'ils correspondaient réellement à une phrase écrite.

Au début de février 1895, la malade est de plus en plus incohérente. Elle n'émet plus que des bribes de phrases, des divagations puériles, entrecoupées de rires. Elle cause d'ailleurs très volontiers, manifeste à tout propos une satisfaction niaise, enfantine. Elle conserve toujours l'idée qu'elle n'a été mariée qu'une fois; elle ne parle plus de ses grossesses imaginaires, mais raconte que son mari a une *dizaine* d'enfants qui ont à peu près dix ans tous, à qui elle donne à téter, ils sont très gentils, ne lui mordent pas le sein et tout le monde est content.

La mémoire est profondément altérée; il est impossible de lui faire émettre une idée raisonnable sur sa vie antérieure. Pour le moment, elle ne sait pas comment elle vit, où elle est, bien que se dirigeant très bien partout, et connaissant les personnes qui l'entourent; mais tout lui est parfaitement indifférent et elle exprime sur les incidents de son existence journalière les interprétations les plus extravagantes.

Tremblement très accentué des mains, de la langue, des lèvres. Accrocs caractéristiques de la parole; écriture typique. Sa signature même n'est plus qu'un assemblage de caractères informes et tremblés. Malgré tout, elle est aussi satisfaite de ses gribouillages que de sa parole hésitante et de ses divagations absurdes. Le gâtisme a toujours persisté.

ensuite, au bout d'un temps plus ou moins long, des paralytiques généraux avérés.

L'interprétation de tels cas a, vous le concevez, prêté matière à de nombreuses hypothèses, sans qu'aujourd'hui encore nous soyons bien fixés à cet égard.

S'agit-il de paralysie générale avec une démence véritable existant dès le début, mais qui serait masquée simplement par un état de confusion, de stupidité surajouté?

Ou bien cette stupidité doit-elle être considérée comme purement symptomatique? Ou encore n'y a-t-il vraiment d'abord que de la stupidité proprement dite, évoluant ensuite vers la paralysie générale, une pseudo-démence se transformant en une démence vraie?

Ce qui augmente encore la difficulté, c'est que, si les deux phases cliniques peuvent se suivre sans interruption, elles peuvent, dans d'autres cas, être séparées par une période de rémission parfois très accentuée, dans laquelle le malade ne présente plus de signes de démence constatable.

De plus, si cette période intercalaire est souvent courte, elle est quelquefois aussi très prolongée. Si bien qu'un malade qu'on aura cru guéri d'un accès de stupidité ou confusion mentale primitive, versera plus tard dans la démence paralytique.

En fait, on se trouve en face des difficultés qu'on rencontre en des circonstances analogues, alors que la période préparalytique se présente sous l'aspect d'un état de neurasthénie simple, ou bien alors qu'un malade atteint de neurasthénie sous sa forme la plus banale, paraissant amélioré ou même guéri, arrive, plus ou moins tôt, à présenter des signes manifestes de paralysie générale.

Et les choses sont d'autant plus comparables que la con-

fusion mentale primitive n'est, vous le savez, bien souvent que le symbole d'un état d'épuisement psychique, une véritable psychasthénie, et, comme telle, ne représente alors en quelque sorte, dans le domaine intellectuel, que le pendant de la neurasthénie ordinaire dans le domaine nerveux.

DIXIÈME LEÇON

De la Mélancolie sans délire [1].

Sommaire. — Définition de la mélancolie. — L'état de douleur morale, son origine. — Troubles physiques au début de la mélancolie. — Cénesthésie; troubles cénesthétiques. — Aboulie; arrêt psychique. Mélancolie simple, sans délire, avec conscience. — Exemple clinique. Le suicide dans la mélancolie.

Messieurs,

Nous allons examiner aujourd'hui une malade atteinte de cette forme particulière de troubles intellectuels — plus fréquente dans la clientèle de ville que dans la pratique hospitalière — et qu'on désigne d'habitude sous les noms divers de *mélancolie sans délire*, *mélancolie simple*, *mélancolie avec conscience*, *hypocondrie morale*.

Mais auparavant, et afin de mieux vous faire saisir les détails du cas actuel, permettez-moi de vous exposer quelques considérations générales sur la mélancolie, et plus spécialement sur cette forme simple, consciente, de la maladie.

Qu'entend-on par mélancolie? A mon sens, on peut en donner la définition suivante : « La mélancolie est une psychoneurose, qui — en plus de symptômes physiques d'une grande importance — est psychiquement caractérisée : 1° par la production d'un état cénesthétique pénible; 2° par des modifications dans l'exercice des opérations in-

(1) Leçon du 11 février 1894, recueillie par MM. le docteur H. Meige et Apert, interne des hôpitaux (*Bulletin médical*, 15 avril 1894).

tellectuelles; 3° par un trouble morbide de la sensibilité morale se traduisant par un état de dépression douloureuse. A ces symptômes fondamentaux peuvent se joindre des troubles délirants qui en résultent directement, leur sont secondaires. »

La constatation de ces derniers symptômes sert à différencier la mélancolie délirante ; mais ils sont toujours précédés par les troubles fondamentaux déjà énumérés et qui même peuvent, à eux seuls constituer la maladie, comme dans le cas que nous allons étudier.

Jetons d'abord un coup d'œil sur les différents éléments constituants de la mélancolie, en laissant pour aujourd'hui de côté l'étude du délire.

Tous les auteurs sont d'accord pour considérer que, dans la mélancolie, les phénomènes fondamentaux sont : l'état émotionnel, de douleur morale, insuffisamment ou même nullement motivée, et les troubles de l'exercice intellectuel, l'arrêt psychique, dit-on encore.

Mais on n'est pas d'accord sur les rapports de ces deux symptômes. L'opinion la plus générale professe que c'est la douleur morale qui engendre l'arrêt psychique; mais pour quelques-uns la douleur morale n'est que secondaire, le résultat dérivant justement de la conscience des modifications survenues dans l'exercice des facultés intellectuelles. Pour ma part, j'adopterais volontiers cette dernière opinion qui me paraît la plus conforme aux données cliniques, expérimentales et psychologiques.

Voyons d'abord, Messieurs, en quoi consiste cet état de douleur morale (1).

(1) J. Séglas, *Archives de neurologie*, 1892, et *le Délire des négations* (*Encyclopédie des Aide-Mémoire*). Masson, éditeur, 1894.

Au début de toute mélancolie, comme dans la forme simple qui fait le sujet de cette conférence, on observe un vague sentiment d'abattement ou de tristesse, d'inquiétude, d'anxiété même; sentiment qu'accuse le malade spontanément lorsqu'il dit se sentir déprimé, incapable d'agir, triste, ennuyé, vaguement inquiet ou indifférent, tout autre qu'auparavant.

Ordinairement, on tente d'expliquer cette douleur morale par un trouble de nutrition de la totalité ou d'une partie du système nerveux. Il s'agirait d'un processus analogue à celui qui se produit dans un nerf sensitif atteint d'un trouble pathologique de nutrition et réagissant sous forme de névralgie. Les sentiments et les idées sont fonctions spécifiques de l'écorce cérébrale; les troubles de nutrition qui viennent à s'y produire donnent lieu à la douleur psychique. Telle serait la *névralgie psychique* de Krafft Ebing.

Le fait est possible, mais l'explication est insuffisante. Il ne faut jamais, en pathologie mentale, considérer uniquement le cerveau, ni même le système nerveux isolément; il importe de se rappeler toujours qu'ils sont intimement reliés au reste de l'organisme ; cela surtout, pour les psychoneuroses comme la mélancolie. Aussi, lorsqu'on cherche à comprendre la genèse de la douleur morale du mélancolique, est-il indispensable d'envisager non seulement le système nerveux, mais toutes les fonctions de l'organisme.

Il est un fait bien établi par la clinique, c'est que dans la mélancolie tout l'organisme est atteint, les différentes fonctions n'ont plus leur régularité habituelle, la nutrition générale languit. Non seulement il en est ainsi à la période

d'état, mais dès le début; même, si l'on y prend garde, ce sont là les premiers symptômes de la maladie.

Le plus généralement, en effet, la mélancolie n'éclate qu'après une période d'incubation, parfois assez longue. Aussi est-il nécessaire de bien étudier cette période prodromique si l'on veut comprendre la genèse et les rapports respectifs des différents symptômes.

On s'aperçoit alors que les troubles intellectuels les plus élémentaires sont précédés par des symptômes physiques souvent très accentués, traduisant dans leur ensemble un trouble de la nutrition, un état d'épuisement parfois considérable.

Vous n'en serez pas surpris si vous vous reportez à l'étude des causes. A juste raison, Marcé a fait ressortir l'analogie qui existe ici entre la nature de la cause et celle de la maladie.

En effet, en dehors des causes communes à toutes les affections mentales, il en est quelques-unes qui semblent plus constantes dans l'étiologie de la mélancolie. Sans les énumérer, je me contenterai de vous dire d'une façon générale qu'elles sont de nature déprimante aussi bien au physique qu'au moral, déterminant, par leur action prolongée, répétée ou perturbatrice, un état de faiblesse générale, d'épuisement, qui marque le début et fait partie intégrante de la maladie.

Les troubles physiques initiaux offrent de nombreuses analogies avec ceux de l'état neurasthénique. Le malade se plaint d'une courbature générale, d'une faiblesse des jambes, d'une fatigue pour le moindre effort; il accuse des douleurs vagues, de la céphalalgie, un vide dans la tête,

des bourdonnements d'oreille, des battements dans les tempes. Il a des palpitations, une sorte d'anxiété précordiale, des troubles vaso-moteurs. Les fonctions digestives sont troublées ; on note la perte de l'appétit, la constipation, des phénomènes d'auto-intoxication d'origine gastro-intestinale. Chez les femmes, les règles sont irrégulières ou suspendues. Le sommeil est troublé ; il y a de l'insomnie ou de la somnolence. La nutrition générale est atteinte, ainsi qu'en témoignent l'amaigrissement, les modifications dans les éléments normaux de l'urine, l'examen du sang, etc.

Dans leur ensemble, ces différents symptômes se résument en un sentiment vague de malaise général, un « sentiment douloureux corporel », comme dit Schuele, qui crée chez le malade une nouvelle habitude psychique.

Il faut bien admettre, en effet, que dans le tableau de nos représentations mentales, quelque chose correspond à notre corps, à nos viscères, à leur fonctionnement, et que ce quelque chose peut s'altérer.

On a donné le nom de *cénesthésie*, sens de l'existence, au sentiment que nous avons de *l'existence* de notre corps, sentiment qui, à l'état normal, s'accompagne d'un certain bien-être. Chaque fonction vitale y contribue pour sa part, et de cet apport complexe résulte cette notion confuse qui, par une répétition incessante, est devenue *nous-même* au point que nous ne pouvons nous en rendre compte sans les variations qui l'élèvent au-dessus ou l'abaissent au-dessous de la normale.

Par suite des troubles qui surviennent dans le domaine des fonctions organiques au début de la mélancolie, on comprend aisément combien est grand le nombre de sensations

nouvelles qui peuvent modifier le complexus cénesthétique habituel. De plus, en raison même de l'état particulier des centres nerveux qui participent également à la souffrance générale de l'organisme, c'est surtout dans leur élaboration cérébrale que les diverses sensations se transforment et s'altèrent. Les images intérieures ne sont plus adéquates à leurs excitants normaux ; et les sensations, même régulièrement transmises, n'arrivent plus à la conscience que comme autant d'impressions alarmantes par leur étrangeté.

L'état cénesthétique normal, de bien-être, produit par le consensus harmonique des sensations organiques, fait ainsi place, l'équilibre une fois rompu, à un nouvel état cénesthétique pénible, de malaise général, avec, parfois, quelques localisations plus précises.

C'est la source de raisonnements inconscients aboutissant en dernier terme à un jugement confus, mais défavorable, sur la constitution physique et psychique, dont le ton semble abaissé au malade.

En effet, soit en santé, soit en maladie, les sensations organiques, lorsqu'elles sont perçues par la conscience, ne produisent pas au début des idées bien nettes, mais donnent seulement naissance à ces modifications vagues et indéterminées de l'intelligence que l'on désigne du nom de *sentiments, d'émotions*. Aussi a-t-on pu dire qu'elles étaient la base de notre nature affective.

C'est ainsi que « l'effet d'un organe faible ou malade dérange le ton psychique et se traduit dans le cerveau par une irritabilité excessive, une disposition à l'émotion, en résumé par un état de *malaise psychique* ». (Maudsley.)

Voilà déjà, Messieurs, une première cause de la douleur

morale, je dirais même volontiers la principale. Mais ce n'est pas tout.

Il s'établit des connexions étroites entre les sensations organiques et les diverses opérations de la pensée, ainsi que l'avait déjà fait remarquer autrefois Griesinger ; et c'est de là, des troubles cénesthétiques, que dérivent les premiers troubles intellectuels que nous constatons chez les mélancoliques. Cette relation, d'ailleurs, n'aura rien qui puisse vous surprendre, si vous vous rappelez l'influence, constatée cliniquement et expérimentalement, de la fatigue et de l'épuisement physiques sur les diverses opérations de l'esprit.

Ces premiers troubles intellectuels chez le mélancolique se traduisent cliniquement par la dépression générale, l'apathie, l'irrésolution, la lenteur des mouvements, de la démarche, de la parole qui est basse, traînante, monotone; par la négligence des occupations habituelles, de la toilette, de la préparation des aliments, par la manie lectuaire ; dans certains intervalles, par un besoin de mouvement sans but, automatique. En un mot, ce sont des manifestations diverses de l'*aboulie*, décrites déjà dans cette maladie par Guislain.

A côté de ces phénomènes objectifs, résultant de l'aboulie motrice, il en existe d'autres identiques dans le domaine purement intellectuel. C'est par exemple la difficulté de fixer l'attention, de grouper les idées, de suivre un raisonnement, la lenteur dans les perceptions souvent indécises (Calmeil) [« je crois, il me semble », disent sans cesse les malades], la lenteur à comprendre les questions (Guislain) ou à y répondre, qui en s'accentuant peut aboutir au mutisme vésanique, la difficulté d'évoquer et de conserver les sou-

venirs, une certaine tendance à l'automatisme de la pensée.

Le contenu des idées n'est pas encore altéré, il n'y a pas de délire, mais seulement ce que les Allemands appellent les troubles *formels* de l'idéation.

Mais, vous le savez, Messieurs, ces modifications intellectuelles se rencontrent dans d'autres circonstances; nous les avons vues, par exemple, dans la confusion mentale primitive, et nous les retrouverons encore dans bien d'autres variétés d'aliénation. Aussi la différence n'est-elle pas simplement dans leur existence, mais dans leurs caractères particuliers à tel ou tel cas, portant sur leur évolution, leur intensité, leur généralisation, leur permanence, etc.

Dans la confusion mentale primitive, en particulier, elles éclatent très rapidement, souvent même soudainement, se généralisent presque d'emblée, produisant ainsi une dissociation psychique brusque et totale sans réorganisation, d'où naît justement le chaos des idées, la confusion mentale.

Ici, au contraire, chez nos mélancoliques, tout en gardant leur caractère d'acuité, elles s'installent progressivement, sourdement en quelque sorte, ce qui permet aux malades de s'en rendre compte, d'*avoir conscience* du changement survenu dans leur individualité psychique, particularité qu'ils traduisent très bien lorsqu'ils vous disent « ne plus se sentir comme avant, se trouver tout drôles, etc. ». Et c'est justement là une nouvelle cause de *douleur morale*. « Toutes les circonstances, disait Griesinger, qui troublent la succession et l'enchaînement des idées qui représentent le moi peuvent engendrer la douleur morale qui est constituée par la conscience de ce dérangement survenu dans la marche normale de la pensée. »

Voilà les deux origines de la douleur morale du mélan-

colique (état cénesthétique pénible, troubles de l'exercice intellectuel) ; et vous voyez, en résumé, Messieurs, que cette interprétation, basée sur l'observation des faits, concorde avec la théorie psychologique qui pense que la douleur morale se réduit à un sentiment d'impuissance.

Cette douleur morale, cette dépression douloureuse, comme dit Schuele, est le symptôme le plus frappant de la mélancolie, je dirais même volontiers caractéristique. Elle se manifeste dans l'attitude, la physionomie, la mimique toujours très expressive et traduisant toute la gamme des passions tristes, depuis l'abattement, l'ennui, jusqu'à l'angoisse, la terreur ou la stupeur.

Une fois apparue, elle tend à envahir tout le champ de la conscience qui, comme l'on dit, ne contient alors plus rien que l'idée-douleur (Schuele). Et de même qu'une douleur physique intense atteignant un de nos sens s'accompagne d'anesthésie, de même la douleur morale détermine chez le mélancolique un état d'anesthésie, de dysesthésie psychiques. Il est insensible aux excitants normaux, isolé presque au milieu du monde extérieur, replié sur lui-même. Il ne prend plus part à ce qui se passe autour de lui, tout lui semble pénible, « ses impressions se font contraires », il voit tout en noir. Son humeur, disait Griesinger, devient négative. Ce qui l'intéressait jadis lui devient étranger, indifférent, lui répugne ou l'irrite. Il ne vit plus que concentré en lui-même.

A son tour, la douleur morale réagit, pour les augmenter, sur les phénomènes divers qui lui ont donné naissance, déterminant ainsi, du côté physique, l'amyosthénie ou la tension musculaire, les tremblements, l'angoisse avec son cortège de symptômes vaso-moteurs, respiratoires, muscu-

laires, etc., tandis que du côté intellectuel tout effort deviendra impossible, comme paralysé (aboulie, inhibition), ou bien l'attention se fixera comme convulsivement sur un objet amenant ainsi l'idée fixe, ou encore ce sera une impulsion violente, rapide, sans but déterminé, etc.

Ces nouveaux désordres arrivent à la conscience, et, par une sorte de choc en retour, exaspéreront encore la douleur morale. Ainsi s'établit un cercle vicieux dans lequel tourne le mélancolique pendant toute la durée de sa maladie.

Tels sont, Messieurs, les symptômes qui marquent le début de la mélancolie et qui constituent même, à eux seuls, la mélancolie sans délire ou avec conscience.

Il n'y a pas dans ce cas d'hallucinations, pas d'idées délirantes. Tout au plus peut-on noter quelques préoccupations, des interrogations que se pose le malade sur son état, sur l'avenir, importantes à noter en ce qu'elles démontrent bien comment, dans les cas de mélancolie délirante, se développe le délire, à titre de tentative d'explication des phénomènes douloureux primitifs.

Cette forme de la mélancolie est en général curable ; mais il ne faut pas oublier que c'est là une vésanie d'accès, intermittente, et que les récidives sont fréquentes.

Vous allez trouver une confirmation des considérations précédentes dans l'examen de la malade que je vais vous présenter maintenant.

C'est une dame, âgée de 37 ans, dont le père est mort paralysé à 59 ans, à la suite d'un ramollissement cérébral ; une cousine de la branche paternelle avait présenté des troubles mentaux.

Je n'ai rien à vous signaler sur l'enfance de notre malade : elle fut réglée à 14 ans sans accident; mariée à 23, elle accoucha à 24 ans d'une façon tout à fait normale. Elle a toujours eu « la tête dure », dit-on; le caractère sombre, scrupuleux, indécis, impressionnable. Asymétrie faciale évidente. Elle a déjà eu deux accès antérieurs semblables à celui d'aujourd'hui, mais moins accentués: l'un, il y a six ans, ayant duré plus de deux mois; l'autre, il y a trois ans, d'une durée de trois mois.

En août 1893, elle contracta une fièvre typhoïde grave, au cours de laquelle elle eut beaucoup de délire. Ce délire consistait surtout en un radotage tranquille, sans agitation motrice, dans lequel la malade rabâchait toutes sortes d'idées sans suite, très mobiles, surtout de richesse. Elle était égarée, désorientée, ne savait pas où elle était, ne reconnaissait personne, et elle n'a gardé aucun souvenir de cette période. Ce délire disparut quand vint la convalescence. La malade fut alors pendant un mois, tant au physique qu'au moral, aussi bien que pouvait le souhaiter une convalescente d'une maladie grave.

Au bout de ce temps, elle fut prise d'un anéantissement général avec douleurs dans les jambes, dans la tête au niveau du vertex, d'insomnie persistante. Tels sont les premiers symptômes qu'elle a remarqués; elle est fort précise sur ce point. Très peu après, elle s'aperçut que son esprit devenait paresseux, qu'elle ne pouvait prêter attention à rien, qu'elle avait des faiblesses de mémoire. C'est alors qu'elle fut prise, dit-elle, de l'ennui, de l'inquiétude de se voir dans cet état.

L'apparition de la douleur morale est donc bien en rapport avec ce que je vous disais tout à l'heure. « Cela est venu tout doucement, nous dit la malade. Je n'eus d'abord que

de l'anéantissement, l'insomnie; puis les idées paresseuses, et c'est cela qui m'ennuyait de me voir ainsi; mes ruminations ne sont venues que plus tard. Toute ma maladie, ajoute-t-elle, c'est l'ennui et l'inquiétude. » Ces paroles vous montrent bien le caractère envahissant de la douleur morale, symptôme fondamental, caractéristique de toute mélancolie.

Ainsi installée, la maladie n'a fait que s'aggraver, et c'est alors que vous allez voir l'action en retour exercée par la douleur morale, et ce cercle vicieux où, comme je vous le disais, tourne le mélancolique.

« Je me laissais aller tout à fait; j'étais tout à fait découragée, anéantie, paresseuse; et puis, en même temps, j'avais toujours le besoin de changer de place, il me semblait que je serais mieux ailleurs; j'étais toujours inquiète, serrée à l'estomac. Je ne pouvais plus m'occuper à rien, j'avais besoin de changer d'ouvrage tout le temps; je ne pouvais m'appliquer à aucun travail, et j'avais même bien du mal à faire les choses courantes; j'avais parfois les idées bouleversées et ne pouvais même pas lire. J'oubliais tout à l'instant, je me rappelais même difficilement les choses passées; pour que je me rappelle quelque chose, il fallait que cela me touche beaucoup. Mais surtout je m'absorbais tout le temps dans mon ennui parce que je voyais que je n'avais pas les idées comme auparavant; et j'avais beau vouloir réagir, je ne pouvais pas. Je m'inquiétais de tout, je voyais tout en noir, tout m'ennuyait; la moindre chose me faisait de la peine; je me faisais des chimères d'un rien en me voyant ainsi affaiblie et je serais bien restée couchée toute la journée. J'avais souci de mon ménage, de perdre la raison; je m'absorbais dans mon état. Je me disais : « Je suis perdue,

« je ne suis plus bonne à rien, je ne guérirai pas, il vau-
« drait mieux disparaître, m'en aller ou me tuer. Est-ce
« drôle d'être comme cela ! Qu'est-ce que j'ai donc fait pour
« être ainsi inquiète, qu'est-ce que je vais devenir? »

Notez en passant ces interrogations que se pose la malade sur son état, et qui sont le premier pas dans la voie du délire mélancolique. Mais notre malade s'est arrêtée en chemin et n'a pas poussé jusqu'au délire ses tentatives d'explication.

Vous voyez enfin que cette dame se rend bien compte, a conscience de la nature pathologique des phénomènes qu'elle accuse et contre lesquels elle dit vouloir, mais ne pouvoir réagir. Bien qu'un peu améliorée aujourd'hui, elle est toujours déprimée ou inquiète. Son attitude, l'expression de sa physionomie, ses pleurs ne laissent pas de doute à cet égard. Elle a maigri pendant sa maladie et se plaint surtout de maux de tête, d'un poids sur l'estomac, de digestions difficiles, de constipation, d'irrégularités du sommeil. La menstruation est aussi irrégulière. Mais, en somme, elle se trouve un peu moins abattue depuis quelque temps, et au moral moins inquiète. Elle s'occupe un peu et commence à entrevoir la possibilité d'une guérison.

Vous avez vu qu'elle avait pensé à disparaître, à s'en aller ou se tuer. Eût-elle pu aller jusqu'au suicide? J'en doute. D'ailleurs elle vous dit elle-même : « Je me souhaitais morte, mais je n'avais pas le courage de me tuer. » C'est qu'en effet le suicide, quand il n'est pas le résultat d'une impulsion, nécessite une détermination bien difficile à exécuter dans l'état d'aboulie générale où sont plongés ces mélancoliques conscients.

Cette remarque pourrait d'ailleurs être étendue aux mélancoliques en général. Alors que tous ou presque tous ma-

nifestent des idées de suicide souvent très développées, le nombre est relativement rare de ceux qui arrivent à mettre un terme à leur existence.

C'est à tort, à mon avis, qu'on insiste souvent sur l'adresse, la réflexion, l'énergie, la ténacité que les mélancoliques déploieraient dans leurs tentatives de suicide. Sans nier que cela ait pu parfois se produire, je crois qu'il faut admettre alors l'existence de circonstances tout à fait particulières et exceptionnelles ; car une pareille résolution, une énergie semblable ne cadrent guère avec ce que nous savons de l'état de la volonté dans la mélancolie.

Sans doute, la plupart des mélancoliques ruminent très longtemps leurs projets de suicide, inventent toutes sortes de plans. Mais ils en remettent l'exécution de jour en jour, et ce luxe de combinaisons ne fait, en réalité, que cacher un manque absolu de décision et d'initiative, inhérent à leur condition même de mélancoliques.

Ils souhaitent bien mourir pour échapper à leurs misères, mais leurs aspirations restent ordinairement platoniques ; ils sont incapables de déployer l'énergie nécessaire, de faire un effort sérieux pour se tuer. De leur propre aveu, il faudrait que la mort leur arrivât toute seule, et souvent ils vous demandent de la leur donner.

Ce manque d'énergie nous explique pourquoi, la plupart du temps, leurs tentatives sont ridicules ou inachevées, rarement dangereuses.

Lorsqu'elles aboutissent — et il ne faut pas oublier que, malheureusement, cela peut encore arriver — ce n'est que lorsqu'elles se produisent *inopinément*, sous le coup d'un raptus anxieux, de terreurs panophobiques, par le fait d'une impulsion *subite*. Et, là encore, elles gardent ainsi l'empreinte de la faiblesse de la volonté.

ONZIÈME LEÇON

Le délire dans la mélancolie.

Sommaire. — Mélancolie délirante. — Caractères généraux du délire : il est avant tout *secondaire ;* son origine, sa signification.
Il est aussi pénible, fixe, monotone.
Humilité, passivité, résignation ; caractère divergent, rayonnement centrifuge du délire.
C'est surtout un délire d'attente ; il peut être aussi, et en même temps, rétrospectif.
Importance respective de ces différents caractères du délire.
Exemple clinique.
Recherche du caractère secondaire du délire dans quelques cas particuliers.

Messieurs,

Nous avons examiné, dans la dernière séance, les phénomènes élémentaires, fondamentaux de la mélancolie. Nous avons vu que, souvent, ils constituent toute la maladie, qui est alors la mélancolie simple, sans délire. Ces cas sont très fréquents, surtout dans la clientèle de ville ; il est plus rare relativement de les observer dans les services d'aliénés, car l'internement pour ces malades ne s'impose pas d'une façon absolue.

Mais il en est d'autres chez lesquels l'affection prend un développement plus complet, par suite de l'adjonction de phénomènes nouveaux, les *symptômes délirants*.

C'est qu'en effet, dans la mélancolie, les troubles de l'idéation, envisagés d'une façon générale, sont de deux

ordres et peuvent intéresser soit la formation des idées, soit leur contenu.

Nous avons vu l'autre fois que les premiers se résument dans un état de paresse, d'aboulie intellectuelle, d'*arrêt psychique*, conscient et pénible pour le malade, et peuvent exister seuls comme dans les cas que nous avons examinés alors. Nous allons nous occuper aujourd'hui des troubles du contenu des idées, c'est-à-dire du délire.

Leur apparition caractérise les cas groupés sous le nom de *mélancolie délirante*, quelle qu'en soit d'ailleurs la variété.

Je tiens à ce propos à bien préciser que nous ne ferons pas ici une étude complète de la mélancolie délirante. Nous nous bornerons simplement à celle de quelques-uns des symptômes délirants. Nous ne nous occuperons ainsi que des conceptions délirantes proprement dites et des hallucinations, envisagées surtout dans les cas aigus de la maladie.

Les conceptions délirantes du mélancolique peuvent revêtir des formules très variables au premier abord : idées de ruine, d'humilité, d'incapacité, d'auto-accusation, de culpabilité envers la société, envers Dieu ; idées de damnation, de persécution, crainte de châtiments, de supplices, de l'enfer, et parfois idées plus spéciales de négation et d'immortalité que nous étudierons à part.

Ces idées, si diverses en apparence, ont au fond bien des points communs. Leurs formules variées tiennent surtout au caractère de l'individu, à son degré de culture intellectuelle, aux événements qui ont marqué son existence, à des impressions accidentelles, au milieu social. Mais sous ces variations, on retrouve des caractères généraux communs.

C'est en partant de ce principe que, depuis longtemps déjà, on a pu dire que la caractéristique du délire chez le mélancolique était l'*humilité*, l'*auto-accusation*. Sans doute ce sont là des traits importants de ce délire, mais il faut bien reconnaître qu'ils sont insuffisants à le caractériser d'une façon absolue. Ils ne lui sont nullement exclusifs. On peut les rencontrer — nous le verrons par la suite — dans le délire d'autres malades, qui ne sont nullement pour cela des mélancoliques.

Mais si ces caractères ne suffisent pas à eux seuls à distinguer le délire dans la mélancolie, il n'en est pas moins vrai qu'ils méritent d'être pris en considération, et peuvent fournir un appoint sérieux au diagnostic, lorsqu'ils s'unissent à d'autres nouveaux que nous allons passer en revue.

Dans des conférences antérieures (1), j'ai insisté bien souvent sur les caractères généraux du délire mélancolique se dégageant de l'observation même des malades, et que j'ai essayé de grouper sous des formules très simples qui permissent de les retenir aisément.

Tout d'abord, Messieurs, et c'est là un fait capital, si l'on envisage l'origine de ce délire, on voit qu'il est *secondaire*.

Il ne naît pas d'emblée. Les troubles du contenu des idées ne sont pas ceux que l'on constate les premiers. Même dans les cas les plus complets de mélancolie, ceux de mélancolie délirante, les symptômes initiaux sont ceux qui caractérisent la mélancolie simple, et l'affection se présente tout d'abord sous l'aspect que nous avons étudié dans notre dernière

(1) J. Séglas, *Caractères généraux du délire mélancolique*, leçon recueillie par MM. Béchet et A. Marie (*Progrès médical*, 1889 ; *Semaine médicale*, 1890; *Journal des connaissances médicales*, 1891).

réunion. Au point de vue psychique, ce sont donc les troubles cénesthétiques, émotionnels (douleur morale), de l'exercice des opérations intellectuelles (troubles de la formation des idées, arrêt psychique, aboulie), qui constituent les symptômes premiers, fondamentaux de la maladie. C'est d'eux que procèdent les troubles du contenu des idées, le délire, et c'est ainsi qu'il peut être dit *secondaire*.

Ce fait est d'ailleurs mis en évidence de la façon la plus nette par l'observation clinique. Elle nous montre, d'une part, que le délire se présente seulement lorsque la maladie, une fois constituée, a déjà passé par la période de début que nous avons étudiée en détail ; et qu'il n'est le plus souvent, d'autre part, qu'une tentative d'interprétation de l'état d'anéantissement profond, de douleur morale ou des causes qui l'ont produit, dont le patient cherche la raison ou envisage les conséquences.

Rappelez-vous, Messieurs, à ce propos, le fait que je vous signalais chez la malade que nous examinions la dernière fois, atteinte de mélancolie simple, et qui se disait : « Est-ce drôle d'être comme cela? Qu'est-ce que j'ai donc fait pour être ainsi inquiète? Qu'est-ce que je vais devenir? » Je vous ai fait remarquer que ces préoccupations, ces interrogations, étaient importantes à noter. Elles montrent bien comment, dans les cas de mélancolie délirante, se développe le délire, à titre de tentative d'explication des phénomènes douloureux primitifs. Cette malade s'était arrêtée en chemin, après ces premiers pas dans la voie du délire mélancolique et n'avait pas poussé plus loin ses tentatives d'explication.

Il n'en est pas toujours de même, et c'est alors que s'établit le délire.

Le sentiment de douleur morale, analogue à celui que doit éprouver un criminel après l'accomplissement d'un forfait, amène chez un malade l'idée qu'il est coupable, qu'il a commis un crime. Un autre, jadis religieux, en présence du changement qu'il ressent en lui, dans ses sentiments, se croira réprouvé de Dieu, abandonné aux puissances infernales, par suite de fautes, de péchés imaginaires. Se sentant incapable d'agir, tel autre craint pour l'avenir des siens, se croit ruiné, se voit à charge à tout le monde.

Cette filiation se retrouve nette jusqu'à l'évidence dans le délire d'une de nos malades. « Tous mes sentiments, toutes mes impressions se sont faits contraires. J'étais comme si j'avais des remords. J'ai pensé que j'avais commis des crimes. Ces impressions toujours contraires et ces remords continuels n'étaient que le résultat d'une malédiction divine ; seulement, je n'y croyais pas. Mais c'est bien vrai, allez, je suis maudite et bien maudite de Dieu ! »

Griesinger, déjà, avait insisté sur cette genèse des idées fausses mélancoliques.

« Le malade, disait-il, se sent en proie à la tristesse ; or, il est habitué à n'être triste que sous l'influence de causes fâcheuses ; de plus, la loi de causalité exige que cette tristesse ait un motif, une cause, et, avant qu'il s'interroge à ce sujet, la réponse lui arrive déjà ; ce sont toutes sortes de pensées lugubres, de sombres pressentiments, des appréhensions, qu'il couve et qu'il creuse jusqu'à ce que quelques-unes de ces idées soient devenues assez fortes et assez persistantes pour se fixer, au moins pendant quelque temps. Aussi ce délire a-t-il le caractère de tentatives que fait le malade pour s'expliquer son état. »

Je vous ferai remarquer toutefois que ces interprétations, ces déductions de l'aliéné ne sont pas la résultante d'un raisonnement aussi nettement conscient qu'on pourrait l'imaginer. Les troubles qui existent dans l'exercice volontaire de l'intelligence, dans la formation des idées, s'accompagnent d'un autre côté, et comme conséquence nécessaire, d'un certain degré d'automatisme psychologique, origine première des idées délirantes, reprises ensuite par la conscience pour être alors énoncées nettement par le sujet à titre de tentative d'explication. Aussi la remarque de Griesinger, qu' « avant que le malade s'interroge, la réponse lui arrive déjà », est-elle, en ce sens, absolument exacte. C'est un fait dont il importe de tenir compte lorsqu'on dit, en résumé, que le délire du mélancolique n'est, de sa part, qu'une tentative d'interprétation de l'état pathologique dans lequel il se trouve.

Voilà donc, Messieurs, un premier caractère du délire mélancolique : c'est un délire secondaire. C'est là le fait principal, de lui découlent tous les autres.

Ainsi s'explique, par exemple, la nature *pénible* des idées délirantes en rapport avec l'état de douleur, de peine morale, qui domine le patient et constitue l'élément fondamental, caractéristique de la maladie.

Nous avons déjà étudié cet état émotionnel du mélancolique par suite duquel il ne peut se réjouir de rien. Toutes les impressions l'affectent d'une façon désagréable ou douloureuse. « Son humeur, a dit Griesinger, revêt un caractère négatif, de répulsion ; » et ce caractère, nous le retrouvons toujours dans les idées qu'il exprime, parfois même d'une façon très exagérée. Il n'est plus ce qu'il était autrefois; il a tout perdu, il est incapable, misérable ; il n'est pas

de crimes dont il ne s'accuse, de craintes qu'il ne puisse avoir. Il n'y a de possibles chez lui que les idées douloureuses, en rapport avec l'état de la conscience. (Krafft-Ebing.)

Nous avons vu également le caractère envahissant de la douleur morale qui, de même qu'une douleur physique intense s'accompagne d'anesthésie, détermine un état d'anesthésie, de dysesthésie psychiques ; finalement, comme dit Schuele, la conscience ne contient plus rien que l'*idée-douleur*.

Aussi le délire qui la reflète au dehors revêt-il une apparence générale de *monotonie* et en même temps de *fixité* en rapport avec l'arrêt psychique, et bien différente de la systématisation progressive de certains autres délires.

Le mélancolique tourne toujours dans le même cercle de lamentations monotones, se limitant à quelques conceptions délirantes qui l'obsèdent en quelque sorte et qu'il répète incessamment, parfois avec les mêmes formules. Il y a un abîme entre ce refrain, cette litanie fixe et monotone du mélancolique, et le roman du persécuté.

Ajoutons cependant que cela est surtout évident dans les cas aigus de mélancolie délirante ; dans certaines circonstances, lorsque par exemple l'affection tend à la chronicité, le délire, tout en gardant l'empreinte des caractères que nous venons de définir, peut présenter un certain degré de systématisation, assez pauvre d'ailleurs.

Le sentiment de son incapacité à penser, vouloir et agir, de son indignité, donne, d'autre part, aux idées du mélancolique une empreinte très marquée d'*humilité*.

Il se croit coupable, indigne de communiquer avec ses

semblables ; il n'est qu'un animal, une bête de somme, une bûche, une saleté. Il ne sert à rien sur terre ; il vaudrait mieux qu'il fût mort. Tel autre se dira déchu du reste de l'humanité ; il n'a plus de sentiments, plus de volonté ; il n'est plus comme tout le monde, il est ruiné, il n'a plus d'organes, il n'existe plus... Et en même temps qu'il s'abaisse, par une sorte de contraste, il exalte sans mesure la supériorité des autres.

Cette humilité se traduit aussi dans l'attitude, la physionomie, les actes.

Le malade se présente souvent avec une allure timide, embarrassée. Il répond à voix basse, refuse de vous donner la main ou de parler « parce qu'il n'est pas digne des marques d'estime qu'on lui témoigne, qu'il ne vaut pas la peine qu'on s'occupe de lui ». Il refuse de s'asseoir quand on lui parle ; ou, si on le laisse libre, il choisit le siège qui lui paraît le moins confortable et sur lequel il s'assied à peine. S'il refuse les aliments, c'est tantôt « parce qu'il ne pourra pas les payer », tantôt « parce qu'il les trouve trop succulents pour lui ». S'il travaille, il s'astreint aux besognes les plus répugnantes, etc. S'il tente de se suicider, c'est souvent dans le but de supprimer ainsi un être incapable, inutile ou même dangereux pour les autres, et son suicide n'est alors qu'un sacrifice.

Vous pouvez vous expliquer, Messieurs, de la même façon les caractères de *passivité* et de *résignation* du délire des mélancoliques qui souffrent, et sont dominés par cet état de souffrance, auquel ils ne peuvent se soustraire, étant donnée d'autre part l'aboulie profonde dans laquelle ils sont plongés.

Ils se trouvent anéantis, soumis à une puissance invin-

cible, état bien spécial, qui se révèle souvent au maximum par des idées de damnation et de possession. « Il faut attendre les événements, je ne sais lesquels, nous disait ces jours-ci une de nos malades ; je ne puis me défendre, on fera ce qu'on voudra. Il faut bien me résigner, quand même je ne voudrais pas ; quand c'est décidé, c'est comme le feu. »

Ils sont d'ailleurs facilement résignés ; ils se sentent incapables de lutter, et le sentiment profond de leur indignité les en empêche. S'ils souffrent, ils l'ont bien mérité par leurs fautes, ce n'est que justice. Aussi, tout en se lamentant, acceptent-ils et même parfois désirent-ils les supplices qui doivent leur faire expier leurs crimes, ou la mort qui débarrassera le monde d'individus inutiles ou malfaisants tels qu'ils croient être.

Ce caractère de résignation semble tout naturel, lorsqu'il s'agit de mélancoliques déprimés ; mais peut-il s'appliquer aux mélancoliques anxieux ? Sans doute, au premier abord, il semble contradictoire de dire que le délire d'un mélancolique, en état d'anxiété, offre ce même caractère de résignation qui est parfaitement logique chez un autre en état de dépression. Mais ce n'est là, Messieurs, qu'une apparence. Quelque paradoxal que cela puisse vous sembler à première vue, il n'en est pas moins vrai qu'anxiété et résignation ne s'excluent pas chez un même sujet.

Je vous ferai remarquer déjà que la dépression et l'anxiété ne sont pas deux manières d'être absolument opposées. Mais tandis que le mélancolique anxieux traduit ses sentiments pénibles au dehors, le déprimé les concentre au contraire en lui-même. Son anxiété, pour être intérieure, n'en est pas moins très intense, si intense même qu'elle

détermine parfois un état de stupeur profonde, qui, en paralysant toute réaction objective, revêt toutes les apparences d'un état d'inertie complète.

Au fond, dépression et anxiété ne sont que deux modalités d'un seul et même symptôme, la douleur morale, l'un des éléments essentiels, fondamentaux de la mélancolie.

Dès lors, il vous semblera moins étonnant que le délire des mélancoliques, déprimés ou anxieux, puisse être empreint du même caractère de résignation.

L'analyse clinique elle-même nous montre parfaitement qu'un anxieux peut être en même temps un résigné. Sous cette dénomination générale d'*anxiété* se cachent diverses manifestations émotionnelles intimement reliées entre elles : le regret du passé, la constatation désespérante du présent, et surtout la crainte de l'avenir. C'est ce dernier sentiment, conséquence des autres, qui entre pour la plus grande part dans l'anxiété du mélancolique. Dans cette crainte de l'avenir, ce qui l'angoisse le plus, ce n'est pas l'idée d'une expiation qu'il reconnaît justifiée par ses fautes, mais l'attente incessante du châtiment et l'incertitude de son moment, de sa nature, de sa durée. Il est bien résigné à subir cette expiation méritée à laquelle il ne peut échapper ; et ses lamentations ne sont que la manifestation de ses regrets, de ses remords et de l'ignorance des supplices expiatoires que son imagination en délire lui représente sous les couleurs les plus fantastiques. C'est ce doute qui l'angoisse et lui fait même souvent souhaiter une fin rapide au prix des plus cruelles souffrances.

Voici, par exemple, une malade du service. C'est une mélancolique anxieuse dans toute l'acception du mot, sans cesse gémissante et désespérée. Son facies caractéristique

vous en dit plus à cet égard que toutes les descriptions possibles. Elle se croit misérable, voleuse, coupable de tous les crimes. Elle ne parle qu'avec terreur des supplices qu'on va lui faire subir. Quels seront-ils? Elle ne le sait; en tout cas, ils seront épouvantables. Et, toujours, elle les attend... Pourquoi ne pas en finir tout de suite, puisqu'elle est fatalement condamnée?...

Si l'on s'approche d'elle, elle demande aussitôt que cela ait un terme, si on ne va pas l'égorger; ce n'est que dans cette expiation, qu'elle attend sans cesse, qu'elle espère trouver enfin le repos. A quoi nous sert-il de l'interroger aujourd'hui, de prolonger ainsi son supplice? Autant en finir au plus vite, puisqu'elle est « devant le tribunal et qu'elle est prête à marcher à l'échafaud ».

Il est encore bon de noter, chez le mélancolique, la direction des idées, leur mode de rayonnement en quelque sorte *centrifuge*, le malade étant considéré comme un centre.

Le mélancolique, comme on l'a déjà dit (Guislain, Falret), n'accuse pas les autres; il s'accuse lui-même. Si son délire s'étend au monde extérieur, aux personnes qui l'approchent, à sa famille, à la société, ce n'est pas pour les rendre responsables de ses souffrances. Au contraire, il redoute d'être pour tous un être nuisible, d'attirer par ses forfaits, par ses crimes, par son incapacité, la ruine, le déshonneur, la mort, sur famille, sur la société, etc. Souvent, s'il ne parle pas, c'est qu'il a peur de faire du tort à quelqu'un. Certains mélancoliques, hallucinés de l'odorat, croient que les odeurs émanent d'eux-mêmes et se répandent dans l'atmosphère environnante, pouvant ainsi devenir nuisibles aux personnes qui les approchent.

Le délire a donc un *caractère divergent*, une *marche cen-*

trifuge, partant du malade pour atteindre ceux qui l'entourent.

Il est bien différent en cela de celui d'autres aliénés que nous étudierons plus tard, les persécutés systématiques, chez lesquels il revêt des caractères absolument inverses. Alors le malade devient un centre sur lequel converge l'attention universelle; loin de nuire aux autres, c'est à lui qu'on veut nuire, ce sont les autres qu'il accuse. Le délire est convergent, à marche centripète.

Cette considération nouvelle confirme ce que je vous disais tout à l'heure, que le mélancolique était toujours un humble. Le persécuté vrai, au contraire, est toujours un orgueilleux. Même lorsque le mélancolique a des idées de persécution, ce qui est rare d'ailleurs, elles sont chez lui toujours dominées par le caractère particulier du délire. Si la police le recherche, si certaines personnes lui manifestent de l'hostilité, c'est qu'il est un coupable, qu'il a fait tort à autrui, qu'il mérite d'être surveillé, arrêté, condamné.

Les troubles émotionnels primitifs impriment aussi au délire des mélancoliques un caractère particulier au point de vue de la localisation des idées dans le temps. Leur délire est surtout ce que j'appellerai volontiers un *délire d'attente*.

L'angoisse dont ils souffrent les plonge continuellement dans la crainte d'un malheur qui peut leur arriver ou qu'ils pensent devoir provoquer. « On va les tuer, ils seront maudits, leur famille sera ruinée, etc. » Ils ne se livrent pas, comme les persécutés vrais dont je vous parlais tout à l'heure, à des récriminations sur les misères de toute sorte qu'ils endurent ou ont endurées; ils sont le plus souvent dans le doute et l'incertitude, et n'expriment que des

craintes sur les supplices ou les châtiments qui leur sont réservés dans l'avenir, sur les malheurs dont ils seront la cause. Le mélancolique, disait Lasègue, est un *prévenu*, le persécuté un *condamné*.

Cependant, Messieurs, le délire du mélancolique peut intéresser le passé en même temps que l'avenir. Certains de ces malades, en effet, lorsqu'ils cherchent la cause de l'état moral pénible qui les affecte si profondément, n'en trouvent pas toujours l'explication dans des faits récents. Ils font alors un retour sur eux-mêmes, une sorte d'examen de conscience de toute leur vie et trouvent l'explication de leurs souffrances morales actuelles, de leurs craintes pour l'avenir, dans un fait passé, souvent fort ancien, une peccadille de leur jeune âge, dont ils n'ont pas, disent-ils, compris toute la portée. Ainsi, une mélancolique, âgée de trente ans, par exemple, malade depuis quelques mois et redoutant la damnation, trouvera que la cause de son malheur, de ses craintes, est d'avoir à douze ans mal fait sa première communion, et cependant elle ne s'en était jamais doutée !

C'est une sorte de délire *rétrospectif* portant tantôt sur un fait purement imaginaire, tantôt sur un fait réel dont le malade exagère l'importance et la portée.

Mais il n'en est pas moins vrai qu'alors même ces regrets du passé se relient à des craintes pour l'avenir ; le remords amène l'idée d'une expiation ; le délire rétrospectif s'associe au délire d'attente qui reste le fait principal.

Je me résume. Si nous groupons ensemble les caractères généraux du délire mélancolique, nous voyons que nous avons affaire à un délire secondaire, pénible, fixe, monotone, d'humilité, de passivité, de résignation, divergent ou centrifuge, d'attente, rétrospectif.

Ces caractères généraux, s'appliquant à toutes les idées mélancoliques, quelle qu'en soit la formule, n'ont pas la même importance. Par exemple, à l'encontre de l'opinion courante des auteurs qui regardent l'humilité et l'auto-accusation comme la caractéristique du délire mélancolique, j'estime que ce sont là des caractères de second ordre et qui ne peuvent suffire par eux-mêmes au diagnostic, car on les rencontre dans d'autres délires en dehors de la mélancolie. Ils constituent ainsi une condition nécessaire, mais non suffisante, de l'existence de la mélancolie; au contraire, les caractères principaux, indispensables, du délire dans cette forme vésanique sont les premiers que je vous ai énumérés, c'est-à-dire la genèse secondaire, la peine morale, la fixité, la monotonie.

Messieurs, avant d'aller plus loin je vais vous présenter un malade de notre consultation, atteint de mélancolie délirante et chez lequel vous pourrez retrouver aisément les différents caractères généraux du délire mélancolique que je viens de vous exposer.

M. S..., âgé de vingt-huit ans, est comptable dans une grande administration en province. Son père, qui l'accompagne, nous affirme qu'il n'y a dans la famille aucune tare neuro-psychopathique, et, jusqu'à ces derniers temps, le malade aurait toujours manifesté un équilibre intellectuel parfait. D'une humeur égale, dévoué à sa famille, il était estimé de toutes les personnes qui l'approchaient.

Au mois de juillet dernier, il fut désigné pour remplacer temporairement un de ses chefs qui partait en congé. Il en manifesta une grande satisfaction, voyant là un moyen d'acquérir des titres à son avancement. Il s'occupa de ses nouvelles fonctions, sans négliger les anciennes, avec une

grande activité. Il se surmena même, travaillant d'une façon continue toute la journée et souvent une partie des nuits, sans cesse préoccupé des responsabilités qui lui incombaient. Il finit par perdre totalement le sommeil, son appétit diminua, ses digestions devinrent difficiles, et il ne tarda pas à présenter tous les symptômes d'un état neurasthénique très accentué. Il ne voulut pas se soigner, refusa de se reposer un peu, et persista à travailler sans trêve. Il s'aperçut bientôt qu'il n'avait plus la même capacité intellectuelle : il ne pouvait s'occuper longtemps, fixer son attention ; il se perdait au milieu des détails de sa besogne ; sa mémoire devenait infidèle. Ces symptômes l'inquiétaient beaucoup et il en parlait sans cesse à sa famille.

Voyant qu'il ne pouvait pas, malgré tous ses efforts, travailler comme autrefois, il commença à s'inquiéter beaucoup, à se décourager. Il voyait tout en noir ; il ne pourrait mener à bien les affaires dont il était chargé, il se jugeait incapable, il avait trop présumé de ses forces, n'aurait pas dû accepter une telle responsabilité, etc. Il persistait, malgré tout, à s'occuper ; mais l'état dans lequel il était ne pouvait que lui rendre tout travail encore plus difficile, et, par suite, son découragement ne faisait qu'augmenter. Il dormait et mangeait de moins en moins, tombant du découragement et de l'inertie dans un état d'agitation anxieuse avec lamentations, larmes, désespoir.

Cet état dura ainsi jusqu'au mois de novembre. A cette époque apparurent des idées véritablement délirantes. Le malade prétendait « qu'il était déshonoré, qu'il avait fait des erreurs de compte dans ses caisses, qu'il allait passer pour un voleur. Son déshonneur serait bientôt public, tous les journaux allaient en parler. Sa famille était ruinée, perdue par sa faute. On allait le traîner en prison, le fusiller... »

Malgré tous les moyens employés pour le rassurer, il persistait dans ses convictions délirantes, répétant sans cesse les mêmes plaintes monotones, repoussant avec impatience les personnes de sa famille qui s'occupaient de lui. Les preuves d'affection qu'on lui donnait ne faisaient même que le désespérer, car il s'en croyait indigne.

Jamais il n'a fait de tentative de suicide ; mais, vers le mois de janvier, il commença à refuser les aliments, prétextant que cela coûtait trop cher, qu'il était ruiné, qu'il ne pouvait manger et qu'il fallait faire des économies pour combler les déficits imaginaires de sa caisse. Il négligeait tout, même sa toilette, passant ses journées et ses nuits tantôt à marcher de long en large en gémissant et en ressassant les mêmes craintes, tantôt déprimé, inerte, parlant à peine.

Aujourd'hui, ce malade est dans un état de dépression très accentué. Il est extrêmement amaigri ; l'haleine est fétide, le pouls petit, les extrémités froides ; le teint est jaune, terreux ; la physionomie est concentrée. Comme absorbé par une idée fixe, il semble indifférent à tout ce qui se passe autour de lui. Sa toilette est des plus négligées, et l'on constate aisément qu'il ne s'acquitte même pas des soins de propreté les plus élémentaires. Il répond à peine aux questions qu'on lui adresse, pousse de temps en temps de profonds soupirs.

Néanmoins, si nous insistons dans l'interrogatoire, il nous dit qu'il est un misérable, un voleur, qu'il a déshonoré sa famille, que cela est patent et public aujourd'hui, qu'on va l'emprisonner, le fusiller... Tout est perdu pour lui et pour les siens... ; il n'y a plus rien à faire qu'à se résigner au malheureux sort que lui ont mérité ses fautes. Il ne sort pas de ce cercle d'idées, inébranlables, résistant

à toute argumentation. Autant qu'on peut le constater, il semble n'avoir jamais eu d'hallucinations.

Cet exemple, Messieurs, a pu, je l'espère, justifier à vos yeux les considérations diverses que je vous ai exprimées sur la mélancolie, et vous retrouvez ici très facilement les caractères généraux du délire mélancolique, tels que nous venons de les étudier.

Les faits analogues sont certainement, et de beaucoup, les plus fréquents.

Mais il en est d'autres dans lesquels la nature *secondaire* de ce délire est moins frappante au premier abord. On pourrait même croire parfois que l'idée délirante s'est montrée la première, forme le pivot de la maladie et détermine d'une façon réactionnelle la dépression et la douleur morale.

Ce n'est là qu'une apparence; et les faits de ce genre que j'ai pu observer par moi-même ne me paraissent nullement contradictoires des vues que je vous ai exposées.

a. — Il est nécessaire, en pareil cas, de toujours chercher à fixer le plus exactement possible l'époque et le mode de début de l'affection. Il peut se faire qu'on retrouve ainsi les symptômes fondamentaux d'un état mélancolique avant l'éclosion de l'idée délirante jugée au premier abord comme primitive, soit que les renseignements anamnestiques aient fait défaut, soit que le malade lui-même, concentré sur son idée, n'attache plus d'importance aux faits antécédents, les ait oubliés ou les nie par une tendance inhérente à son état maladif.

Prenons un exemple.

Voici une dame, âgée de vingt-trois ans, dont le facies,

l'attitude dénotent de suite un état d'anxiété très prononcé. C'est, en effet, une mélancolique anxieuse. Elle nous raconte qu'il y a cinq mois, une nuit, subitement, sans prodromes, elle a craché du sang. Elle en fut extrêmement impressionnée, convaincue qu'elle était phtisique, condamnée à mourir à bref délai. En vain essayait-on de la rassurer ; tout fut inutile. Obsédée par cette idée fixe, elle tomba dans un état de dépression physique profonde avec insomnies, bourdonnements d'oreille, céphalalgie frontale, anéantissement général. En même temps, elle devint découragée, aboulique, ne s'intéressant à rien, sans cesse préoccupée, inquiète de l'avenir. Ces inquiétudes augmentèrent, allant jusqu'à l'anxiété ; elle a passé chez elle cinquante-deux nuits à marcher de long en large dans sa chambre, répétant qu'elle était perdue. Puis d'autres idées délirantes se sont fait jour. « Voilà ses enfants phtisiques comme elle ; quel triste héritage elle leur laissera ; elle va ruiner sa famille ; tout est désespéré, etc. » Et elle pense au suicide sans avoir le courage de mettre ses projets à exécution.

Si les dernières idées délirantes sont bien manifestement secondaires, il semblerait, d'après le récit de la malade, que l'idée persistante, principale, d'être phtisique, devrait être considérée comme primitive, à l'origine de l'accès mélancolique.

Or, il n'en est rien. Si l'on interroge cette femme de plus près, et surtout si l'on se renseigne auprès de son mari, on apprend que, quinze mois déjà avant le crachement de sang, elle était très déprimée, accusant des symptômes neurasthéniques (fatigue des jambes au réveil, inappétence, gonflement de l'estomac), n'ayant de courage à rien, négligeant son ménage, se préoccupant de l'avenir sans raison aucune, toujours ennuyée, inquiète sans motif plausible

sur ce qu'elle-même et les siens allaient devenir. Ce sont ces conditions qui ont favorisé à la fois et l'éclosion et la fixité de l'idée délirante survenue à l'occasion du crachement de sang. En fait, l'idée fixe de la phtisie ne marque qu'une aggravation et non le début de la mélancolie ; elle garde bien le caractère secondaire des idées mélancoliques. (Cette malade ne présente d'ailleurs aucun symptôme réel de phtisie.)

b. — D'autres fois, la nature secondaire des idées délirantes peut être voilée par leur caractère rétrospectif.

Votre mélancolique rapporte la cause première de ses souffrances à un fait du passé, et s'il n'est pas trop éloigné de l'accès vésanique, cette idée qui forme le pivot du délire peut apparaître comme primitive aux troubles psychiques fondamentaux. Le sujet lui-même ne peut que contribuer à développer cette erreur, lorsqu'il assure que tout date de là, qu'auparavant tout allait très bien. Mais à un examen plus attentif, il finira souvent par avouer que ce n'est que plus tard — une fois devenu mélancolique — que le fait qui le tourmente a pris pour lui de l'importance, alors qu'il n'avait point songé à s'en préoccuper au moment de sa production. « Il ne se doutait pas de sa valeur, dit-il, il ne l'avait pas compris; on aurait dû le lui expliquer, etc. » Et de la détermination du caractère rétrospectif de l'idée délirante actuelle résultera ainsi sa nature vraiment secondaire.

c. — Mais il est des cas cependant dans lesquels le délire se rattache à un fait qui a marqué réellement le début de la vésanie. Doit-il être considéré pour cela comme s'étant développé primitivement? Une telle interprétation serait bien hâtive et risquerait fort d'être inexacte.

Admettons même que le malade ait été jusque-là en état de santé parfaite. Le fait en question ne constituerait-il pas une *cause* de la maladie, dans son ensemble, beaucoup plutôt que le début du symptôme délire? Hypothèse d'autant plus rationnelle que le développement de la mélancolie ne se fait pas d'emblée et comporte toujours l'influence de causes persistantes, ou répétées, ou violemment perturbatrices.

Voici une femme de quarante-deux ans, qui est en proie à un accès de mélancolie anxieuse, panophobique. Elle ne peut tenir en place, ne cesse de gémir; tout l'effraye. Elle appelle au secours, se croit poursuivie par la police parce qu'elle est une coupable. « Elle est cause de la mort de son enfant; elle ne l'a pas bien soigné; peut-être même l'a-t-elle empoisonné, etc.? »

La présence de cette idée, qui forme aujourd'hui le pivot du délire, se trouve en rapport avec les circonstances particulières dans lesquelles est survenue la maladie.

Il y a un an déjà, cette pauvre femme a perdu un petit enfant de deux ans, qui est mort presque subitement de diphthérie.

Cet événement la plongea dans un état de dépression, de tristesse profonde; elle ne faisait que parler de cet enfant, ne pouvait s'habituer à l'idée qu'il était mort. Elle prit tout en dégoût, ne s'occupa plus de rien, se plaignait d'ailleurs d'être fatiguée, de ne plus avoir d'appétit ni de sommeil, de n'avoir aucun courage. L'existence lui paraissait désormais vide et sans but.

Progressivement, cet état s'est accentué; elle devint de plus en plus découragée, inquiète, parlait toujours de son enfant, demandant si on avait tout fait pour le sauver, si

l'on n'avait aucun reproche à se faire à ce sujet. Finalement, il y a deux mois, survint un véritable état d'anxiété panophobique, au cours duquel elle commença à émettre ses idées de culpabilité relativement à la mort de son enfant.

Mais les rapports qui existent entre la formule de l'idée délirante principale, et l'événement qui a marqué le début de l'accès, nous autorisent-ils à la regarder pour cela comme le fait psychologique primitif? Je ne le crois pas.

La mort de l'enfant n'a été que la cause perturbatrice qui a provoqué la mélancolie. Et cette émotion violente n'a, en réalité, joué que le rôle qui eût pu revenir à un traumatisme quelconque, moral ou physique.

A sa suite, l'état mélancolique s'est installé progressivement sous sa forme habituelle. Il est facile de comprendre comment, sous son influence, les préoccupations relatives à la mort de l'enfant ont pu devenir de plus en plus intenses, se fixer, et, en dernier lieu, lorsque la mélancolie s'est confirmée, lorsqu'est survenu l'état panophobique, revêtir la formule de l'auto-accusation.

Vous voyez ainsi, Messieurs, que, malgré les premières apparences, le délire conserve bien encore ici son caractère secondaire.

d. — Des faits plus complexes sont ceux dans lesquels la mélancolie se développe chez des malades atteints déjà d'obsessions. Il importe en pareil cas de bien faire la délimitation entre les symptômes qui relèvent soit de l'obsession, soit de la mélancolie.

Une de mes malades, atteinte de folie du doute depuis plusieurs années déjà, se trouve assez incommodée de ses obsessions, presque constantes, pour ne pouvoir s'occuper de son ménage, de ses enfants. Déjà neurasthénique,

elle s'inquiète de cela, se voit désormais incapable de rendre les services que l'on est en droit d'attendre d'elle, et finalement tombe dans un véritable état mélancolique avec idées de ruine, d'auto-accusation, etc.

Il est bien évident qu'en pareil cas les idées obsédantes n'ont joué que le rôle de cause occasionnelle dans la production d'un accès épisodique de mélancolie, survenu à titre de complication chez une obsédée, déjà prédisposée par son état de dépression neurasthénique antérieur. Et ces idées obsédantes ne peuvent prendre place parmi les idées mélancoliques qui gardent encore ici leurs caractères habituels.

Des cas plus difficiles sont ceux dans lesquels on voit se développer, chez un obsédé, un accès mélancolique s'accompagnant d'un délire dans lequel figurent des idées obsédantes antérieures, mais maintenant à titre d'idées délirantes vraiment mélancoliques.

Je prends un exemple.

Voici une dame, âgée de trente ans, au déclin d'un accès de mélancolie qui a duré plus de cinq mois.

A peine relevée de couches, il lui fallut soigner sa mère, qui mourut peu après, emportée par une affection cardiaque. En même temps, son mari perdit dans des spéculations hasardeuses la plus grande partie de ce qu'il possédait, et de l'aisance, le ménage tomba dans la gêne.

Sous l'influence de ces causes multiples, notre malade versa dans un état d'anéantissement de plus en plus prononcé; elle était brisée, mangeait et dormait mal, se plaignait d'être faible, lourde, de ne pouvoir se remuer qu'à grand'peine. Elle se décourageait, devenait triste, inquiète, pleurant sans cesse, préoccupée de tout.

Cet état ne fit que s'accentuer, et, quelques semaines plus tard, sur ce fonds mélancolique, apparurent des idées délirantes de ruine, d'incapacité, de culpabilité, *de damnation*.

Je passe sur la suite de son histoire, puisque c'est surtout le développement de la maladie qui nous intéresse.

Jusque-là, il semble tout à fait normal, et les idées délirantes, en particulier, paraissent bien nettement secondaires.

Mais il en est parmi elles, les idées de damnation, pour lesquelles la chose est moins évidente, si l'on se reporte aux antécédents de la malade.

On y relève, entre autres faits, qu'elle a toujours été atteinte de folie du doute, notamment de scrupules religieux, de *craintes de damnation,* qui la faisaient retourner à confesse, douter de la valeur de ses confessions, etc., malgré tous les raisonnements qu'elle pût se faire à ce sujet.

Cette constatation enlève-t-elle aux idées de damnation figurant dans le délire de l'accès mélancolique leur caractère secondaire ?

En réalité, ces deux idées n'ont de commun que leur objet, ce qui n'a rien d'étonnant eu égard aux tendances religieuses de cette malade. Mais elles diffèrent profondément au point de vue psychopathique; les unes se présentent comme des idées obsédantes irrésistibles, conscientes, discutées par la malade, et les autres comme de véritables conceptions délirantes en tout semblables aux autres idées concomitantes de ruine, de culpabilité, etc.

Or, cette forme actuelle, elles la doivent à ce que, dans l'intervalle, s'est développé un état mélancolique par suite des mêmes causes, suivant la même marche que dans les

cas les plus classiques. Ce n'est que consécutivement qu'elles ont pu revêtir le caractère mélancolique; elles sont donc bien encore secondaires.

Ces distinctions, Messieurs, vous paraissent peut-être subtiles ; elles ont néanmoins leur importance. Elles peuvent aider à reconnaître les faits de ce genre de ceux où il s'agit de ces accès obsédants prolongés que je vous ai signalés et dont nous avons vu ensemble un exemple (p. 92); et aussi de ceux où l'on a affaire à de vieilles obsessions qui ont fini par devenir continues et totalement inconscientes (p. 142). Cette distinction devient alors d'autant plus importante qu'il s'agit, dans le premier cas, d'un état peut-être transitoire, dans le second, d'une marche vers la chronicité.

e. — Dans les différentes hypothèses que nous venons d'examiner, vous avez vu, Messieurs, que, malgré certaines apparences, les idées délirantes mélancoliques conservaient leur caractère secondaire lorsqu'on examine l'évolution totale et les rapports intrinsèques des différents phénomènes psychopathiques.

Il est, cependant, des faits revêtant dès l'abord, par différents côtés, l'aspect symptomatique d'un état mélancolique, et dans lesquels l'analyse la plus précise et la plus attentive nous montre l'idée délirante apparaissant la première, provoquant par réaction les phénomènes émotionnels. Mais la détermination de l'ensemble psychopathique montre qu'ils ne rentrent pas dans le cadre de la mélancolie et se rapprochent plutôt des délires systématiques formant, entre les deux, comme des modalités intermédiaires.

Je ne veux pas insister aujourd'hui sur ces faits, que certains auteurs (Krœpelin) ont étudiés sous le nom de *délire systématisé dépressif* (*depressiver Wahnsinn*). Je me contente de vous les signaler, espérant avoir l'occasion d'y revenir par la suite et de vous en montrer des exemples.

DOUZIÈME LEÇON

Des hallucinations dans la mélancolie.

SOMMAIRE. — L'existence et la fréquence des hallucinations dans la mélancolie sont très controversées.
Elles font défaut dans la mélancolie avec conscience, sans délire.
Lorsqu'on les recherche dans la mélancolie avec délire, il faut faire des distinctions rigoureuses, ne s'adresser qu'à des cas de mélancolie *vraie et pure*, et préciser la nature des hallucinations.
Les hallucinations sensorielles ne sont pas un symptôme constant, ni essentiel, dans la mélancolie délirante. Leurs caractères.
On observe plus souvent les hallucinations motrices, communes ou verbales, à différents degrés.
Exemple clinique. — Mélancolie délirante ; hallucinations sensorielles rares ; hallucinations motrices nombreuses et fréquentes ; accès de mutisme consécutif. — Autres causes du mutisme.
Exemple clinique. — Mélancolie délirante; hallucinations motrices; refus d'aliments; confusion mentale.

MESSIEURS,

Nous avons, dans notre dernière réunion, jeté un rapide coup d'œil d'ensemble sur le délire dans la mélancolie délirante. Aujourd'hui, nous allons examiner brièvement un symptôme qui se rattache étroitement au précédent, je veux parler des *hallucinations*. Ces considérations nous serviront aussi pour le diagnostic de cas que nous aurons à examiner par la suite.

Si l'on s'accorde à dire que les délirants mélancoliques peuvent être hallucinés, les opinions sont, en revanche, très partagées au sujet de la fréquence des hallucinations dans la mélancolie. Certains auteurs les regardent comme

exceptionnelles ; d'autres pensent, au contraire, qu'elles sont fréquentes, et que les mélancoliques avec conscience sont les seuls à n'en pas avoir (1).

C'est là une question très délicate, et dont la solution ne sera jamais donnée par des statistiques générales. Il importe, en effet, de faire des distinctions au point de vue non seulement de la maladie elle-même, mais aussi du symptôme en litige.

Tout d'abord, un fait sur lequel l'accord est unanime, c'est que les hallucinations ne se rencontrent pas dans la mélancolie avec conscience, simple, sans délire. Voilà ainsi déjà une première catégorie de mélancoliques éliminée. Nos recherches, dès lors, n'ont plus à porter que sur la mélancolie délirante.

La première condition est, d'ailleurs, que la mélancolie soit *vraie* et *pure*. Et voici ce que j'entends par ces qualificatifs.

En vous parlant de mélancolie délirante vraie, j'entends qu'il faut que le malade chez lequel vous vous proposez d'étudier les hallucinations soit bien et dûment reconnu atteint d'un véritable accès de mélancolie délirante, en un mot que votre diagnostic soit scrupuleusement exact.

C'est là, n'est-il pas vrai, une recommandation banale. En apparence, sans doute, mais non pas en réalité ; et si j'insiste sur ce point, c'est que les erreurs ne sont pas rares. Souvent, en effet, le diagnostic de mélancolie ne repose que sur la simple constatation d'idées d'humilité,

(1) *De la mélancolie et de ses diverses variétés. Discussion à la Société médico-psychologique :* M. Legrain (24 février 1890), M. Saury (28 juillet 1890). — Voir aussi Revertégat, Thèse de Paris, 1893.

d'auto-accusation, de tentatives de suicide, d'un état de dépression ou d'anxiété.

Or, ce sont là des données parfaitement insuffisantes pour faire un diagnostic exact. Les idées d'humilité, d'auto-accusation, le suicide, etc., peuvent se rencontrer conjointement dans bien des formes vésaniques autres que la mélancolie ; et même avec la dépression ou l'anxiété, qui, au lieu d'être les phénomènes primitifs et fondamentaux, ne sont plus alors que de simples modes de réaction sous l'influence du délire. Ce qui importe pour le diagnostic de la mélancolie, ce n'est pas tant la constatation de ces divers symptômes, que leur évolution, leurs associations réciproques. Vous devrez, pour cela, rechercher non seulement la présence des symptômes fondamentaux que je vous ai énumérés dans la définition de la mélancolie, mais aussi leur mode d'enchaînement, leurs rapports intrinsèques, aboutissant en dernier terme à un délire dont les caractères généraux sont ceux que nous avons examinés, surtout ceux que nous avons reconnus être les principaux. Ce sont là autant d'indications qui manquent dans beaucoup d'observations, par ce fait incomplètes et ne fournissant sur la nature exacte de la maladie que des données incertaines et peu précises.

A côté de ces observations douteuses, il en est d'autres, manifestement erronées, dont les détails prouvent bien que le sujet n'était pas un mélancolique, mais que sa maladie rentrait dans d'autres classes voisines d'affections mentales, telles que, par exemple, la confusion mentale délirante, hallucinatoire ou non, la folie systématique (paranoia) aiguë avec ou sans hallucinations, etc.

Vous comprenez maintenant, Messieurs, pourquoi je vous

disais qu'il faut être certain d'avoir affaire à un cas de mélancolie *vraie*. Et, de plus, vous ai-je dit, elle doit être *pure*, c'est-à-dire dégagée de tout autre élément susceptible de créer par lui-même des symptômes surajoutés au délire mélancolique simple.

Vous savez, par exemple, avec quelle facilité les hystériques peuvent devenir hallucinés. Qu'un de ces malades vienne à être atteint d'un accès de mélancolie vraie, le terrain sur lequel celui-ci se sera développé ne pourra-t-il pas être considéré comme entrant pour une bonne part dans la production des hallucinations?

J'en dirais autant des individus qui sont sous le coup d'une intoxication (alcool, morphine, cocaïne, etc.), toujours favorable à la production de phénomènes hallucinatoires, qui représentent un élément surajouté au cours d'un accès de mélancolie, alors même que ce dernier n'est pas directement en rapport avec l'intoxication.

Il me semble de même que les cas désignés généralement du nom de *mélancolie avec stupeur* doivent être mis à part dans cette étude. Il faut convenir, en effet, que ces faits nous sont bien peu connus. La mélancolie avec stupeur n'est pas toujours, ainsi que le croyait Baillarger, une simple exagération, le degré maximum de la mélancolie. La stupeur se présente souvent à titre d'élément surajouté, avec un cortège de symptômes qui peuvent lui être directement rattachés. D'autre part, beaucoup de faits désignés couramment sous le qualificatif de *mélancolie avec stupeur*, ne sont nullement des cas de mélancolie ; ils appartiennent à d'autres formes vésaniques, comme la confusion mentale ou le délire hallucinatoire.

On se limitera donc aux deux formes dépressive et

anxieuse de la mélancolie, qui sont d'ailleurs identiques au fond et ne diffèrent guère, que par les réactions extérieures, de la douleur morale.

Lorsqu'on s'est bien assuré que l'on a affaire à un cas de mélancolie vraie et pure, il faut encore préciser avec soin la nature du phénomène qu'on recherche, et déterminer s'il s'agit bien réellement d'une hallucination ; puis quelle est sa nature.

L'hallucination, en effet, est souvent confondue avec l'interprétation délirante et l'illusion, symptômes qui sont incontestablement très fréquents chez les mélancoliques délirants. C'est donc là un diagnostic symptomatologique qu'il importe de faire très exactement. Je n'y insiste pas, vous ayant donné antérieurement les indications nécessaires (p. 23).

Il importe également de bien distinguer s'il s'agit d'un de ces phénomènes ou simplement d'un trouble de la conscience personnelle survenu sous le coup des modifications du fonds émotionnel ou de la difficulté des opérations intellectuelles, de l'arrêt psychique.

Enfin, lorsqu'il vous paraît dûment établi que votre mélancolique est halluciné, il est nécessaire, surtout s'il s'agit d'hallucinations verbales, d'en déterminer la nature, sensorielle ou motrice.

En tenant compte de toutes ces distinctions, voici, Messieurs, les résultats auxquels on arrive sur la nature et la fréquence des hallucinations dans la mélancolie délirante.

Considérons d'abord les hallucinations sensorielles ; ce sont à peu près les seules qui aient fixé dans ce cas l'attention des auteurs.

En procédant comme je vous l'ai indiqué, on s'aperçoit alors que si elles peuvent exister dans la mélancolie délirante, elles sont bien loin d'y être fréquentes et se présentent dans des conditions particulières.

Ce n'est pas un symptôme constant ni essentiel. Souvent elles font totalement défaut ; d'autres fois elles se montrent isolées ou d'une façon transitoire.

Il est également indispensable de considérer l'époque de la maladie à laquelle elles apparaissent. On ne les trouve en effet, le plus souvent, qu'au bout d'un certain temps ; lorsqu'elles existent, elles appartiennent à cette catégorie, établie par Baillarger, des hallucinations qui reproduisent les préoccupations actuelles des malades ; encore sont-elles bien souvent peu précises.

Ces considérations s'appliquent à toutes les variétés d'hallucinations sensorielles : élémentaires, communes ou verbales. Toutefois, il importe de remarquer que les hallucinations sensorielles sont plus fréquentes sous la forme élémentaire ou commune. Elles peuvent porter sur l'un quelconque des sens, mais principalement sur la vue et l'ouïe. Il semble qu'à ce sujet la couleur du délire ne soit pas indifférente et les hallucinations visuelles se rencontrent surtout dans les cas où le délire revêt une teinte mystique.

Plus rares sont les hallucinations verbales sensorielles. Quelquefois visuelles, plus souvent auditives, elles sont généralement tardives, vis-à-vis des premiers symptômes du début de la maladie, confirmatives également des idées délirantes, et se montrant d'une façon épisodique, par bouffées ou même à l'état isolé.

Je ne puis, Messieurs, dans cette conférence, accumuler les faits à l'appui de l'opinion que je viens de vous exposer.

Ils résultent des examens de mélancoliques que j'ai observés depuis plusieurs années. Je vous citerai simplement, pour fixer vos idées, le cas suivant relatif à une malade que j'ai suivie très attentivement ; elle était atteinte de mélancolie délirante, vraie et pure.

« Au cours de cet accès, elle a entendu par l'oreille la voix de Dieu qui lui a dit *une fois :* « Tu es maudite ; » et elle a *vu ces mots* écrits sur le mur. Mais, à cette époque, il y avait *trois mois* qu'elle était malade et que, *pour expliquer* le changement survenu en elle, *elle se disait* à elle-même : « Mais, tu es maudite. » *Depuis*, aussi, elle a eu des hallucinations visuelles *communes*, *en rapport* avec ces mêmes idées ; elle a vu le diable, l'enfer ; mais ces hallucinations *ne se présentent que la nuit*, les personnages sont *indistincts*, ce sont plutôt des ombres qu'elle voit sur le mur. Pour l'ouïe, de même, elle n'entend que *des bruits.* »

Passons maintenant aux hallucinations motrices.

A l'inverse des précédentes, elles semblent être fréquentes chez les mélancoliques, soit sous la forme commune, soit sous la forme verbale.

Je n'insisterai pas ici sur les hallucinations motrices communes. On admet assez généralement que les troubles de la sensibilité générale et viscérale ne sont pas rares chez les mélancoliques, notamment chez ceux qui délirent dans le sens hypocondriaque. Or, bon nombre de ces phénomènes ne sont autres que des hallucinations motrices communes. Vous les constatez souvent également, à des degrés différents, pouvant même aller jusqu'à l'impulsion, lorsque ces malades accusent des sensations d'arrêt, de déplacement, et disent se sentir entraînés ou empêchés dans l'accomplissement de certains actes.

A côté de ces hallucinations motrices communes, et plus fréquemment peut-être, vous rencontrerez la forme verbale, souvent très nette et présentant tous les symptômes psychologiques que nous avons étudiés ensemble au début de ces conférences.

Parfois même le phénomène atteint son plus haut degré d'intensité et se présente sous l'aspect de l'impulsion verbale, lorsque, par exemple, les malades ont en même temps des idées de possession.

D'autres fois, et dans presque tous les cas, on peut noter un symptôme identique de nature, bien que différent d'intensité : c'est la *conversation mentale*, se faisant surtout à l'aide des images verbales motrices, représentant ainsi l'état faible de l'hallucination de même nature. Elle est presque de règle chez le mélancolique, pouvant se montrer dès le début de l'affection et constituant ainsi un terrain tout préparé pour le développement ultérieur de l'hallucination motrice confirmée.

En résumé, je crois donc, Messieurs, pouvoir dire que, si l'on s'adresse, pour la recherche des hallucinations, aux cas de mélancolie délirante vraie et pure, si l'on fait bien la distinction d'une part entre les hallucinations et des symptômes très ordinaires dans ces cas, facilement et souvent confondus avec elles (l'illusion, l'interprétation délirante, les troubles de synthèse mentale), d'autre part entre les hallucinations sensorielles et motrices surtout verbales, on est amené à penser que, sans être exceptionnelles, les hallucinations sensorielles ne sont pas un symptôme essentiel ni fréquent dans la mélancolie délirante. En ce qui regarde notamment les hallucinations verbales, les hallucinations motrices semblent être, surtout si on

les envisage à tous leurs degrés d'intensité beaucoup plus ordinaires que les sensorielles, avec lesquelles elles sont le plus souvent confondues.

Cette opinion, que j'ai déjà exprimée dans un travail avec M. Paul Londe (1), se trouve ainsi conforme à celle formulée par Schuele (2) : « Il faut noter que les hallucinations véritables ne sont pas aussi fréquentes dans les mélancolies pures que les pseudo-hallucinations et les illusions ; » les pseudo-hallucinations dont parle Schuele n'étant autre chose que les voix intérieures, les hallucinations verbales psycho-motrices.

Cette rareté relative des hallucinations, la façon dont elles se présentent, ainsi que la fréquence plus grande des hallucinations motrices, s'expliquent aisément d'ailleurs si l'on se reporte à l'état mental qui caractérise la mélancolie ; elles cadrent bien avec la conception psychologique de cette affection résultant de l'analyse clinique des symptômes morbides.

Nous verrons plus tard, en effet, que la mélancolie peut être considérée, en résumé, comme une désagrégation progressive, plus ou moins accentuée, de la personnalité, une sorte de dédoublement devenant parfois très évident à un moment donné, mais existant même au début, alors que les modifications dans l'état cénesthétique, l'état émotionnel, les manifestations intellectuelles volontaires du sujet, sont déjà autant d'atteintes portées à sa personnalité primitive et le point de départ de la formation d'une personnalité nouvelle. Le mélancolique assiste lui-même à cette dissociation ; il sent que le mal réside en lui, contraire-

(1) J. Séglas et P. Londe, *Archives de neurologie*, nos 68 et 69, 1895.
(2) Schuele, *Traité des maladies mentales*.

ment aux persécutés qui, suivant l'expression de Cotard, « objectivent l'automatisme dans le monde extérieur ». Aussi comprend-on facilement que les mélancoliques soient peu sujets à l'hallucination sensorielle. Leur délire est intérieur, subjectif ; leur maladie est une maladie de la personnalité, non de la connaissance.

Il ne sera donc pas étonnant de rencontrer plutôt, dès le début à l'état faible de conversation mentale et s'accentuant plus tard, les hallucinations motrices et les impulsions, verbales ou communes. Ces symptômes, par leur essence même, représentent autant de faits d'automatisme psychologique, favorisés par l'état d'aboulie où est plongé l'individu, et contribuant pour leur part à la formation d'une nouvelle personnalité à côté de l'ancienne.

Nous avons vu, d'autre part, que les idées, les préoccupations subjectives des mélancoliques étaient toujours marquées d'un cachet de doute et d'incertitude ; cette incertitude même s'oppose à ce qu'elles puissent revêtir une intensité suffisante pour que les images représentatives, surtout verbales, puissent passer à l'état hallucinatoire. Il se passe chez eux l'inverse de ces phénomènes que M. Chaslin a si bien étudiés et mis en lumière chez les persécutés (1).

Aussi ces hallucinations sensorielles, secondaires en quelque sorte au délire qu'elles confirment et reproduisent avec ses caractères, ne se montrent-elles que relativement tard, quand le malade est entré dans la voie de l'explication délirante et qu'il a, en quelque sorte, trouvé et fixé sa formule. Et même dans ces cas, il n'est pas rare de voir persister à leur endroit cet état de doute et d'incertitude qu'on rencontre dans les délires mélancoliques.

(1) Ph. Chaslin, *Annales médico-psychologiques*, juillet 1890,

A l'appui des considérations précédentes, voici, Messieurs, l'exemple d'une femme du service.

Mme R... est âgée de cinquante-six ans. Son *père*, d'une intelligence au-dessous de la moyenne, était de vingt ans plus vieux que sa femme. Il avait une sœur, *tante* de la malade, qui était « comme idiote ». La *mère* de notre malade était d'un caractère violent, méchante pour ses enfants, très émotive ; pour une simple contrariété, elle pleurait ou se trouvait mal, mais n'avait pas de convulsions.

Pour Mme R..., elle a toujours été bonne, mais violente, ne souffrant pas la moindre contrariété ; peureuse et émotive, elle pleurait et riait facilement, parfois sans motif, surtout au moment de ses règles. Jamais elle n'a eu d'attaques de nerfs, ni de syncopes, mais elle sentait souvent que son estomac « se nouait ». Dans le courant de sa vie, elle a eu, à plusieurs reprises, quelques hallucinations, mais sans délire. Ainsi, à l'âge de dix-neuf ans, elle vit à côté d'elle deux personnes, l'une toute blanche, l'autre habillée en écossaise ; « cela a passé comme une fumée ». Quelques mois avant de tomber malade, la nuit, elle a vu des têtes autour de son lit.

Ménopause à cinquante ans.

La maladie actuelle remonte à peu près à Pâques 1887. Depuis plusieurs années, Mme R... était très préoccupée parce que des personnes, habitant la même maison qu'elle, lui avaient donné à entendre que son mari la trompait et avait une maîtresse. Sur les indications qu'on lui avait fournies, elle le suivait et l'aurait surpris, plusieurs fois, dans la rue ou chez des marchands de vin, avec la personne qu'on lui avait désignée. Elle n'en a pas su plus long ; son mari, dit-elle, n'a jamais nié que cela ne fût pas. Quoi qu'il en soit,

ces soupçons la chagrinaient beaucoup. Sa tristesse augmentait encore par suite de manque d'argent et des privations qu'elle devait s'imposer.

C'est ainsi qu'elle en arriva (fin avril 1887) à tomber dans un état d'ennui profond, de dégoût de tout, d'anéantissement général ; tout lui semblait changé, elle ne s'intéressait à rien, ne pouvait plus penser à rien, ne pouvait plus travailler. « A quoi cela m'aurait-il servi? disait-elle. » En même temps, elle se sentait comme épuisée et dormait continuellement.

Cet état dura plusieurs semaines. Un matin, son mari lui demanda : « As-tu bien dormi, cette nuit, avec tout le bruit qu'on a fait dans la maison? » Elle répondit que non, qu'elle avait entendu comme une machine sur sa tête. Son mari sortit en disant sur le palier : « Ils font donc de la fausse monnaie au-dessus? » Et se plaignit à la concierge, qui lui répondit que c'étaient des voisins qui travaillaient la nuit. Le bruit continua, et Mme R... en causait avec différentes personnes du quartier, en répétant comme son mari l'avait dit : « Ce sont peut-être des gens qui font de la fausse monnaie. »

Cette idée la frappa vivement. Quelques jours après, il lui semblait que tout le monde, voisins et passants, lui reprochait ce qu'elle avait dit. Elle trouvait que tout le monde changeait d'attitude vis-à-vis d'elle. Un jour, chez un fournisseur, un client paye en disant : « Tenez, voilà votre compte, et ce n'est pas de la fausse monnaie, cela. » Elle s'imagine que ces paroles sont dites à son adresse, et devient toute pâle et toute tremblante.

Dès lors, il n'y a plus de trêve pour elle; elle a peur de tout, elle se figure qu'on la suit, qu'on va l'arrêter... Elle n'aurait pas dû dire ce qu'elle a dit,... elle est une mal-

heureuse;... mais pourquoi son mari lui a-t-il donné cette idée?... On va la tuer... des caisses, qu'elle voit passer, vont lui servir de cercueil... un sergent de ville, qu'elle rencontre, est là pour l'arrêter, etc... Ces craintes la dominaient malgré ses raisonnements et ceux de son mari, qui lui disait qu'elle n'était ni coupable, ni responsable en aucune façon.

Un jour, le 27 juin, l'idée lui vient tout d'un coup, d'après quelques paroles entendues chez le boucher et qu'elle prend à son adresse, qu'on va peut-être, à cause d'elle, arrêter son mari et son fils ; elle rentre aussitôt dans sa chambre, en disant : « Mon Dieu, je suis une malheureuse ! » — Elle voit un canif sur une table, s'en empare et se coupe, sans ressentir aucune douleur, les veines du pli du coude aux deux bras, espérant par son suicide conjurer les malheurs qui menaçaient sa famille. Elle perd beaucoup de sang et tombe en syncope ; on la conduit à l'hôpital Tenon.

A partir de ce moment, l'état mental ne fait que s'aggraver, et l'on voit apparaître un phénomène nouveau : l'hallucination ; Mme R... disait que des voix lui parlaient.

Août 1888. — Anxiété considérable, pleurs, gémissements, terreurs continuelles, le moindre bruit la fait tressaillir. Lorsqu'on s'approche d'elle, elle sursaute et dit : « C'est pour m'emmener que vous venez. » Les idées délirantes roulent toujours dans le même cercle : elle est coupable, elle est un monstre, on va la tuer, la mettre au supplice ; on va la couper en morceaux, on la fera bouillir, on lui coupera le nez et on lui mettra une fourchette dans la bouche, on l'écartèlera et on la traînera attachée à la queue des chevaux, on lui arrachera les yeux ; elle sait cela parce

que, en passant à côté d'elle, une personne s'est frotté les yeux.

A côté de ces interprétations délirantes, elle a parfois, depuis sa tentative de suicide, des hallucinations. Il y a des voix qui lui annoncent toutes sortes de malheurs. Elle croit qu'elle répand autour d'elle une mauvaise odeur, qu'elle perçoit elle-même, et elle s'étonne qu'on ne s'en aperçoive pas. Elle met la peste partout. Elle fait du mal à tout le monde. Puisqu'elle est un monstre, elle n'aurait pas dû exister, elle aurait dû mourir; elle était coupable, mais elle ne s'en apercevait pas, on aurait dû le lui dire, elle ne l'aurait pas fait. Elle attend tous les jours la mort; c'est sa fosse qu'ont creusée, dans la cour, des ouvriers qui réparaient une conduite de gaz; elle y souffrira encore, car elle est bien étroite! Mais elle est résignée à tout; quand on viendra la tuer, elle ne se défendra pas, et même elle désire la mort. Tout ce dont elle souffre, tous les supplices qui l'attendent sont mérités, parce que, à l'âge de dix ans, un homme lui aurait montré ses parties génitales. C'est pour cela qu'elle est coupable, c'est de là que viennent tous ses malheurs; et cependant elle n'est pas responsable, ce n'est pas sa faute; si elle était un monstre, on aurait dû le lui dire; mais elle ne le sait que depuis qu'elle est ici.

Pas d'alcoolisme. Insomnie, langue sale, anorexie; emphysème et bronchite chronique.

Août 1889. — La malade est beaucoup plus calme; elle juge notamment très bien à leur valeur ses hallucinations anciennes, qui ont disparu et qu'elle considère comme produites par la perte de sang qui a suivi sa tentative de suicide; l'anxiété a cessé; le délire mélancolique a progressi-

vement diminué d'intensité, mais n'est pas encore complètement effacé. Si elle ne manifeste plus ouvertement ses craintes, c'est, dit-elle, qu'elle est résignée à tout.

Cette rémission dans les symptômes mélancoliques fut de courte durée, et si les phénomènes émotionnels objectifs sont moins évidents qu'autrefois, le délire persiste toujours et sous la même forme. Vous avez pu d'ailleurs vous rendre aisément compte que le début de l'affection, la filiation des symptômes, les caractères du délire se présentent ici bien véritablement sous l'aspect propre de la mélancolie. Je n'y reviens donc plus ; mais je vous signalerai quelques faits d'observation importants, constatés chez cette malade, et se rapportant plus particulièrement à la question qui nous occupe aujourd'hui.

Au mois de mars 1891, un jour que je faisais la visite, je m'arrête auprès d'elle et lui adresse la parole. Je n'obtiens pas de réponse et je réitère ma question à plusieurs reprises, sans plus de succès. Je crois d'abord me trouver en face d'un cas de mutisme mélancolique. Mais, cependant, je suis frappé de ce fait que la malade, au lieu de rester figée dans l'immobilité sans paraître même entendre, comme c'est l'habitude dans le mutisme vésanique, lève la tête et me regarde d'un air étonné.

Le lendemain, elle m'arrête d'elle-même au moment de la visite et me dit : « Je ne sais ce qui s'est passé hier ; je suis plus bête que jamais. Je ne vous ai même pas reconnu quand vous m'avez parlé, et je n'ai pas non plus reconnu le son de votre voix, ni compris ce que vous me disiez. J'ai bien vu qu'une personne me parlait, car elle remuait les lèvres et j'entendais un son de parole ; mais je n'ai pas pu arriver à comprendre ce qu'on me disait. »

Ce fait me semble pouvoir être rapproché d'autres exemples, que j'ai déjà signalés, d'amnésiè et de défaut de synthèse mentale dans la mélancolie, et nous pouvons admettre que ce trouble, revêtant une apparence de cécité psychique et de surdité verbale transitoire, était dû soit à la perte momentanée des images correspondantes, soit plutôt à la difficulté de les évoquer et de se les assimiler.

Quoi qu'il en soit, vous savez que ces facteurs peuvent entrer en cause dans l'étiologie du mutisme vésanique (1).

Nous allons maintenant en constater un nouveau.

Le 2 juin de la même année, la malade qui, jusque-là, sans être précisément bavarde, sans parler volontiers d'elle-même, répondait aux questions qu'on lui adressait, se renferme tout à coup dans un mutisme absolu qui persiste pendant six jours. Pendant ce temps, son aspect est assez singulier : elle n'est pas déprimée, abattue comme dans le mutisme ordinaire, ni étonnée comme dans le fait que je vous signalais tout à l'heure. Elle semble entendre très bien ce qu'on lui dit, fixe son interlocuteur, semble faire un effort, exécute avec ses mains des signes incompréhensibles pour nous ; on voit ses lèvres agitées comme d'un frémissement, mais on ne perçoit aucune réponse.

Le 7 juin, elle répond de nouveau aux questions qu'on lui pose. Interrogée alors sur la raison de son silence pendant les jours précédents, elle nous répond : « C'est à cause des voix qui parlent là (elle montre le creux épigastrique) et qui causaient continuellement, d'une façon incessante, de choses trop graves pour pouvoir être répétées. »

Le mutisme était donc relié chez elle à la présence d'hal-

(1) J. Séglas, *Troubles du langage chez les aliénés*, Bibliothèque médicale Charcot-Debove, 1892.

lucinations verbales ; mais quel était le mécanisme de cette subordination ?

S'agissait-il là de ces hallucinations impératives qui imposent souvent aux aliénés un silence absolu ? Nullement ; Mme R... affirmait de la façon la plus catégorique que ses voix ne lui défendaient pas de parler. Était-ce qu'elle avait peur, en parlant, de révéler les choses graves dont l'entretenaient les voix ? Pas davantage ; car aujourd'hui elle sait fort bien garder le silence sur ces mêmes choses ; et elle affirme, d'autre part, que quand même elle aurait voulu les révéler, elle n'aurait pas pu le faire. « Je comprenais bien, dit-elle, ce qu'on me demandait ; j'aurais bien voulu répondre, mais c'était inutilement. Je voulais parler, mais je ne le pouvais pas ; je n'étais pas maîtresse de ma langue ; je la sentais remuer comme malgré moi, et cependant, quand je voulais répondre, je ne pouvais en être maîtresse ni la diriger pour répondre à ce qu'on me disait ; c'était comme si mon gosier et ma langue étaient paralysés ; et pendant ce temps, j'entendais toujours mes voix intérieures. »

Voilà l'interprétation du fait ou plutôt sa constatation telle que la donnait la malade. Comment l'expliquer au point de vue psychologique ?

Cherchons d'abord à déterminer les caractères des voix que percevait cette mélancolique.

Nous savons déjà que ces voix viennent de l'épigastre, sont intérieures. Nous pouvons donc penser qu'il s'agit d'hallucinations verbales motrices. Et en effet, interrogée d'une façon plus précise, Mme R... déclare « que ce ne sont pas de vraies voix, car elle ne les entend pas par l'oreille comme la voix d'une personne qui parlerait, mais elle les

sent en elle-même : c'est une voix intérieure, comme une pensée. Et cependant il lui semble bien que ces voix parlent en dedans d'elle, sans qu'elle entende ; c'est incompréhensible ». Quand ces voix lui parlent, c'est, dit-elle, un peu comme si sa langue marchait malgré elle, et même elle a parfois dans la bouche, à ce moment, la sensation d'un corps étranger qu'elle cherche à avaler. En revanche, elle est très affirmative pour dire qu'elle n'a pas en même temps de sensations auditives. Ces voix ne lui parlent pas dans l'oreille, mais là, dit-elle en montrant l'épigastre.

Il s'agit donc d'hallucinations verbales motrices des plus évidentes.

Or, vous vous rappelez sans doute, Messieurs, qu'en étudiant la pathogénie de ces hallucinations, j'ai invoqué comme preuve de l'intervention du centre moteur d'articulation, cette remarque de Stricker : que s'il est possible de penser à deux mots différents en même temps, à l'aide de deux images verbales différentes ou même de deux images sensorielles de même nature, on ne peut le faire au moyen de deux images motrices simultanées. Je vous ai fait observer, à l'appui de cette idée, que l'on rencontre des malades atteints d'hallucinations motrices cessant d'en avoir lorsqu'ils se mettent à parler ; ou d'autres, inversement, qui, en proie à leur hallucination, ne peuvent alors répondre aux questions qu'on leur pose. Je vous ai même présenté une aliénée qui, au cours de l'interrogatoire, s'est interrompue pour dire à son hallucination motrice d'attendre pour parler qu'elle-même se soit expliquée.

Nous assistons à un phénomène du même genre chez Mme R... Mais, dans les cas précédents, il n'était qu'intermittent, ne déterminant qu'un simple retard dans la réponse, tandis que maintenant les hallucinations motrices

étant, de l'aveu même de la malade, presque incessantes, on peut comprendre qu'il en résulte, par le même mécanisme, un mutisme prolongé. C'est à elles sans doute que se rapportaient les mouvements des lèvres que nous avions notés chez cette dame alors qu'elle ne nous répondait pas. Son mutisme n'était donc que le fait de l'incapacité de se représenter à la fois deux mots à l'aide d'images motrices simultanées, l'une servant à la production de l'hallucination, l'autre à l'expression de la réponse demandée.

Vous venez de voir, Messieurs, une mélancolique qui présente des hallucinations psycho-motrices manifestes. Quelle place celles-ci tiennent-elles dans la symptomatologie de son affection ? N'ont-elles fait leur première apparition qu'au moment de l'accès de mutisme que je vous ai signalé ?

Interrogée très soigneusement à ce sujet, la malade répond catégoriquement que non, qu'elle en a toujours eu de semblables, qu'elles sont devenues plus fortes et plus fréquentes depuis six mois, mais sans être incessantes comme lors de son accès de mutisme.

Vous vous rappelez sans doute qu'après la tentative de suicide, nous avons noté dans son observation qu'elle entendait des voix. Or, ces voix, dit-elle, étaient intérieures comme celles d'aujourd'hui, mais sa langue ne lui semblait pas marcher comme maintenant. Elles lui révélaient des choses auxquelles elle ne pensait pas, qui étaient toujours très graves pour elle, lui parlaient de l'avenir. Certains de ses actes lui étaient en quelque sorte dictés par les voix, et elle se sentait invinciblement entraînée à accomplir l'acte qu'elles indiquaient, même lorsqu'il était en dehors de sa volonté.

Elle convient cependant avoir entendu des voix par l'oreille dans les premiers temps de son séjour ici. Mais cela, dit-elle, était très rare ; je n'entendais ainsi que de temps en temps ; c'était plutôt en dedans. D'ailleurs, elle affirme catégoriquement n'avoir jamais rien entendu depuis par l'oreille.

Vous trouvez donc ici, Messieurs, une confirmation de ce que je vous disais à propos de la fréquence et du caractère des hallucinations dans la mélancolie. Vous voyez chez cette femme l'importance, la durée, la fréquence des hallucinations verbales motrices et la rareté des hallucinations verbales sensorielles, leur caractère épisodique, leur apparition au bout d'un certain temps de maladie, une fois le délire installé, et leur caractère en rapport avec les préoccupations délirantes.

D'un autre côté, vous avez vu les hallucinations motrices révéler à la malade des choses terribles, lui parler de l'avenir, etc. Or, ce phénomène n'étant qu'une manifestation de l'automatisme psychologique, vous voyez bien là la part de l'inconscient dans l'origine de certaines idées délirantes reprises ensuite par le sujet à titre d'explication, comme je vous l'ai indiqué à propos de l'analyse du délire mélancolique.

Après l'accès de mutisme relié aux hallucinations motrices, Mme R..., qui a parlé pendant quelques jours, s'est renfermée à nouveau dans le mutisme. Elle se touche le front quand on lui demande pourquoi elle ne parle pas, et ne répond que par signes aux questions qu'on lui pose. On arrive cependant à savoir que maintenant, si elle ne parle pas, c'est qu'elle ne veut plus parler ; si elle parlait, cela

serait peut-être compromettant, dangereux pour elle ou d'autres personnes ; elle est trop bête pour parler, et puis elle trouve singulier qu'on lui adresse la parole, cela doit signifier quelque chose, aussi elle se taira. D'ailleurs, ce qui s'est passé l'autre jour, quand elle avait ses voix qui l'empêchaient de parler, est trop extraordinaire ; il doit être très important qu'elle ne parle pas. Aussi se renferme-t-elle dans un mutisme obstiné et absolu. Il n'est donc plus maintenant que simplement volontaire, résultant d'interprétations délirantes.

Depuis quelques mois, ce mutisme n'est plus total et paraît se rattacher à l'opposition systématique. La malade ne parle pas quand on lui adresse la parole ; mais, de temps en temps, elle parle d'elle-même, ce qu'elle ne faisait pas auparavant. D'ailleurs, il est impossible actuellement de rien savoir de son délire, qu'elle ne traduit pas au dehors. Elle reste calme, couchée le plus souvent, les yeux fermés comme si elle dormait ; elle urine au lit par intervalles.

Outre qu'elle met en lumière les points principaux dont nous nous sommes occupés dans nos conférences à propos de la mélancolie, cette observation, Messieurs, a pu vous montrer quelques-unes des causes du mutisme vésanique et combien elles sont multiples souvent chez le même individu.

Nous allons examiner maintenant une autre femme atteinte de mélancolie délirante. Son observation, tout en confirmant, comme la précédente, les particularités diverses relatives à l'étude de la mélancolie sur lesquelles j'ai déjà insisté, vous fournira aussi un exemple de ces faits de confusion mentale se montrant, à différents titres, au cours

d'autres psychoses et que je vous ai très brièvement signalés.

Mlle V..., âgée de vingt-deux ans, est entrée à la Salpêtrière le 25 avril 1893. Les renseignements recueillis sur les antécédents nous apprennent que sa grand'mère s'est suicidée à soixante-trois ans, en se jetant à l'eau, dans un accès de délire mélancolique. Le père buvait.

Elle-même a toujours été chétive de santé ; intelligente, entêtée, souvent distraite, vivant en imagination, romanesque, orgueilleuse, un peu jalouse, elle trouvait toujours que sa famille ne la traitait pas aussi bien que les autres ; une fois elle s'est même jetée à l'eau, à l'âge de quatorze ans, pour une simple contrariété.

La maladie remonte à plusieurs mois avant l'entrée. Mlle V... était accouchée, cinq mois auparavant, sans accident d'ailleurs, d'un enfant qui mourut au bout de huit jours. Le père de cet enfant était son beau-frère (elle vivait chez sa sœur). Ils avaient fait le projet de partir ensemble; et même, dans ce but, elle s'astreignait, depuis un certain temps, à toutes sortes de privations, afin de faire des économies. Mais, sur ces entrefaites, sa sœur devint enceinte. Alors, elle se trouva prise entre ces deux alternatives, ou renoncer à ses projets de fuite avec son amant, ou abandonner sa sœur enceinte et sans ressources.

Cela la plongea dans de grandes perplexités. Elle perdit tout à fait le sommeil et l'appétit, ne s'occupa plus de rien, laissant tout en désordre, à l'abandon chez elle. Elle disait qu'elle ne savait plus où elle en était, que ses idées lui échappaient, qu'il lui semblait qu'elle allait devenir folle. Elle était toujours inquiète, préoccupée, ayant peur de tout.

Deux à trois semaines plus tard, elle commença à dire

qu'elle avait des remords et, quinze jours après, elle a divagué tout à fait. Elle disait qu'elle était une coupable, une criminelle, qu'elle avait tué sa mère, son enfant, qu'on allait la punir. Elle était absolument panophobique. On ne s'est pas aperçu qu'elle ait eu des hallucinations. Elle fit, vers cette époque, deux tentatives de suicide : une fois elle essaya de se pendre, une autre fois de s'empoisonner. Mais, en réalité, elle avait peur de la mort. Ses tentatives étaient tout à fait enfantines ; c'est ainsi que, pour s'empoisonner, elle avait avalé quelques cuillerées d'huile de foie de morue.

On la conduisit alors à l'hôpital, ce qui lui faisait dire qu'on la menait devant le tribunal pour être jugée et expier ses crimes ; néanmoins, elle reconnaissait bien qu'elle était dans un hôpital.

A son entrée, elle se présente sous l'aspect d'une véritable mélancolique, dans un état de dépression assez accentué, entrecoupé de quelques intervalles d'anxiété. Elle exprime des idées de ruine, de culpabilité, d'expiation, d'humilité ; elle se trouve trop bien soignée, on a trop d'égards pour elle. Elle refuse souvent les aliments, parce qu'elle ne peut payer, qu'elle vole le pain des autres.

Au bout de quelques mois, elle est beaucoup plus calme, quoique toujours délirante. Néanmoins, elle commence à s'occuper un peu. Mais ce ne fut là qu'une période de rémission, et les accidents délirants reparurent de plus belle avec leur même aspect et leur intensité première.

Vers la fin de l'année, elle refuse les aliments et toujours sous le coup des mêmes idées délirantes avec entêtement, résistances systématiques, impulsions constantes au suicide.

Insuffisamment nourrie à ce moment, elle ne tarde pas à tomber dans un état d'amaigrissement extrême. L'haleine est fétide, il y a des troubles vaso-moteurs des extrémités, une prostration profonde allant presque jusqu'à la stupeur. Elle reste immobile, le regard perdu dans le vide, comme hébété ; la physionomie est inerte, égarée, au lieu d'être concentrée ou inquiète, comme auparavant. Elle paraît désorientée, demande où elle est, pourquoi elle est ici, ce qui se passe. Aux différentes questions qu'on lui pose et qu'elle semble à peine comprendre, elle se borne à répondre que c'est drôle, qu'elle n'a pas peur, qu'elle n'entend pas de voix, n'a pas de visions ; lorsqu'on lui parle de ses idées anciennes, elle semble ne guère comprendre ce qu'on lui dit et répond seulement : « Ah ! oui, peut-être, c'est possible. » Elle est docile, se laisse nourrir sans résistance.

Au bout d'une quinzaine de jours, l'alimentation régulière redevient possible, ces accidents disparaissent et le délire mélancolique réapparaît comme devant.

Depuis le début de cette année 1894, la malade est toujours sous le coup des mêmes conceptions délirantes et en proie à une anxieté profonde, tantôt se manifestant au dehors par des plaintes, des larmes, des mouvements de fuite, tantôt restant tout intérieure. Elle est panophobique, s'effraye au moindre bruit qu'elle entend, au moindre mouvement qu'elle voit faire. Elle cause peu, et la concentration de ses traits semble indiquer qu'elle est en proie à des idées qui l'absorbent.

Lorsqu'on l'interroge, il faut insister pour obtenir une réponse, et une fois qu'elle a commencé à parler, elle émet à voix haute ses idées délirantes, par lambeaux, d'une

façon décousue, sans faire attention aux questions nouvelles qu'on lui pose. « J'ai peur ; qu'est-ce que vous allez me faire ? C'est de ma faute ce qui s'est passé... Je sais bien que c'est ma faute... Faut m'en aller, ce n'est pas une prison ici, c'est l'hôpital... Oh ! mais c'est affreux ; qu'est-ce que j'ai donc fait ?... Je suis punie... A qui dois-je de l'argent ? »

Elle n'est pas désorientée, sait où elle est, donne les noms, l'adresse de ses parents et même quelques renseignements sur le début de sa maladie. « Je sentais bien qu'il y avait quelque chose qui couvait, qui me tourmentait. Je m'ennuyais bien ; tout me semblait étrange ; j'ai peut-être fait du mal à ma fille ; je ne veux pas qu'on lui en fasse... j'ai mal fait, c'est du remords. J'étais lasse de cette existence-là. Je voulais mourir, et cela m'ennuyait de mourir. »

Un autre jour, elle écrit : « Je voudrais bien m'en aller, je ne sais à qui causer maintenant ; j'ai peur que j'aie une personne qui me tienne ici ; j'ai peur, je suis très bête et je n'ai pas de cœur. Mais je vous assure que j'ai le cœur bien serré tout de même. Je ne sais plus ce que l'on me commande. Je sais que je mange sans travailler et que voilà longtemps que cela dure. J'ai l'air de faire la comédie, c'est vrai : j'ai ri en commençant, je ne pouvais m'en empêcher ; après, je suis devenue triste, d'une drôle de tristesse, c'est vrai, mais je voulais me sauver. J'avais peur, je ne comprenais pas ce qu'on disait : j'ai cru que l'on voulait donner la... »

Elle assure ne rien voir, ni entendre ; mais là (elle montre l'épigastre) une voix lui dit intérieurement de se tuer, et il le faut...

Résistance systématique et opposition à propos de tous

les actes qu'on lui demande. Par moments, elle répète toujours les mots « non, non, non... » en se fermant les yeux et se bouchant les oreilles, et tout en pleurant à chaudes larmes. Amaigrissement, insomnie, constipation, troubles vaso-moteurs, aménorrhée depuis son entrée.

Aujourd'hui, Mlle V... est toujours dans le même état ; elle déploie toujours la même opposition pour se lever, pour se coucher, pour manger, pour parler. Elle reste immobile, pleurant, soupirant, ou bien regarde partout d'un air à la fois étonné et effrayé. Elle sursaute au moindre bruit, s'écarte quand on l'approche. Toujours en proie aux mêmes idées, elle les exprime d'une façon décousue et qui montre bien l'intensité des troubles émotionnels et le désordre qu'il y a dans ses idées, toujours cependant monotones et fixes. « J'ai peur..., j'ai peur... Qu'est-ce que c'est que cela... Oui..., je vais mourir. J'ai fait du mal..., j'ai peur. Il ne faut pas manger. C'est de ma faute. Ah ! oui, le premier hôpital... Mon Dieu !... J'ai fait du mal, etc. »

Elle sait cependant son âge, l'endroit où elle est ; elle reconnaît toutes les personnes qui l'entourent.

Messieurs, si je vous ai présenté cette malade et rapporté son observation, c'est qu'elle me paraissait intéressante à divers points de vue.

D'abord elle confirme différents points de la mélancolie que nous avons étudiés ensemble, succession et rapports des symptômes, caractères du délire ; vous avez vu aussi que cette mélancolique n'accuse que des hallucinations verbales motrices.

En outre, ce fait présente une particularité digne d'attirer un moment votre attention.

Vous avez pu vous rendre compte par vous-mêmes qu'en même temps que Mlle V... exprime des conceptions de nature mélancolique toujours identiques, tournant dans le même cercle monotone, elle le fait d'une façon décousue ; il y a du désordre, de la confusion dans ses idées.

Vous vous rappelez sans doute, d'autre part, un détail sur lequel j'ai appelé votre attention en vous racontant son histoire. C'est qu'à un moment de sa maladie, alors qu'elle refusait les aliments, elle a présenté un état de confusion mentale, de quasi-stupeur.

Comment interpréter cette confusion mentale qui se présente à deux reprises chez une aliénée manifestement mélancolique. Si vous déterminez exactement ses conditions, vous voyez que les choses révêtent, dans ces deux circonstances, une signification toute différente.

La confusion actuelle est bien différente de ce que nous avons étudié dans la confusion mentale primitive. Ici, la malade n'est nullement désorientée ; il n'y a pas d'affaiblissement de l'activité intellectuelle. Au contraire, elle est en proie à un délire très actif, à des troubles émotionnels intenses, se traduisant par cet état de terreur incessante, de panophobie qu'elle accuse si bien. Or, c'est l'intensité même de ces troubles émotionnels qui empêche l'exercice des facultés intellectuelles, qui introduit dans les idées délirantes cette espèce d'incohérence que vous avez remarquée, qui détermine, en un mot, la confusion mentale. Ce symptôme apparaît donc nettement ici comme *secondaire*, simple résultante de l'intensité des troubles émotionnels.

Les choses étaient tout autres, au contraire, dans cette période de demi-stupeur que je vous ai signalée consécutivement au refus d'aliments. Au lieu d'être expressive, con-

centrée ou effrayée, la physionomie était inerte, immobile. En même temps, la malade était désorientée, ne savait pas où elle était, trouvait tout drôle, elle avait peine à comprendre les questions qu'on lui posait. Elle semblait même avoir oublié son délire; n'avait plus d'anxiété, plus de terreurs. La confusion mentale nous apparaît ici, en un mot, sous le même aspect que la confusion mentale primitive, indépendante des symptômes vésaniques préexistants; et je croirais volontiers qu'il s'agissait là d'un état passager, épisodique de confusion, s'étant présenté au cours de la mélancolie à titre de complication et sous l'influence de causes occasionnelles qui suffisent souvent pour produire l'affection confusion mentale primitive. Je serais disposé, en effet, à rattacher cet épisode à un état d'épuisement passager résultant de l'inanition consécutive au refus des aliments; d'autant plus qu'on a décrit sous le nom de *délire d'inanition* des états tout à fait analogues, s'accompagnant également de symptômes très accentués de confusion mentale.

C'est là, Messieurs, un exemple de ces faits complexes sur lesquels j'ai attiré votre attention à plusieurs reprises au cours de nos réunions, faits que Sauze avait déjà notés et dans lesquels on rencontre non plus seulement le symptôme confusion à titre secondaire, mais un véritable état de confusion mentale se présentant comme complication au cours ou à la fin des psychoses.

TREIZIÈME LEÇON

Le délire (idées délirantes) d'auto-accusation.

Sommaire. — Le délire d'auto-accusation n'est pas spécial à la mélancolie ; on le retrouve dans bien des formes mentales.

Folie intermittente. — Mélancolie rémittente et intermittente. — Le diagnostic repose surtout sur les caractères de l'évolution de l'accès. — Exemples cliniques. — De la part de l'automatisme dans la genèse des idées d'auto-accusation mélancoliques.

Obsessions. — Idées d'auto-accusation dans un cas de folie du doute. — Diagnostics différentiels.

Paralysie générale. — Le délire d'auto-accusation revêt alors les caractères des délires paralytiques. — Difficulté du diagnostic quand ce délire marque la période initiale, préparalytique. — Exemple clinique.

Sénilité. — Le délire d'auto-accusation conserve chez le vieillard ses caractères distinctifs quand il se relie à un accès de mélancolie *tardive*. — Dans d'autres cas, ce délire se rattache directement à la démence *sénile*, dont il prend tous les caractères.

Confusion mentale (délirante) primitive. — Idées d'auto-accusation. — Exemple clinique.

Délire alcoolique. — Idées d'auto-accusation dans la forme aiguë de ce délire. — C'est un délire symptomatique, hallucinatoire, avec confusion mentale et non de la mélancolie. — Il en est de même dans la forme subaiguë. — Exemple clinique. — Le délire d'auto-accusation n'a pas, d'autre part, les caractères fondamentaux du délire mélancolique ; il se relie parfois à des idées de persécution.

Le délire d'auto-accusation se rencontre encore dans d'autres formes vésaniques.

Messieurs,

En étudiant le délire mélancolique, nous avons vu que toutes les idées délirantes exprimées par le malade pouvaient en quelque sorte être groupées sous le qualificatif d'*idées d'auto-accusation*. Certains auteurs semblent même regarder leur présence comme une caractéristique de la mé-

lancolie ; et bien des diagnostics, actuels ou rétrospectifs, de mélancolie, ne sont fondés que sur la constatation, à un moment donné, de ces idées délirantes. Si elles sont accompagnées de troubles émotionnels, anxiété en particulier, le diagnostic paraît indiscutable.

Je vous ai déjà dit, et je le répète, que cette manière de voir est erronée. Il existe d'autres caractères plus importants du délire mélancolique. Si le délire d'auto-accusation est très ordinaire — constant même, si vous le voulez — dans la mélancolie délirante vraie, cela ne veut pas dire qu'il y soit exclusif. Ce délire d'auto-accusation, pas plus qu'aucune autre espèce de délire d'ailleurs, n'est pathognomonique d'une forme mentale unique, mais se rencontre dans bien des circonstances différentes.

Il ne suffit pas, pour faire un diagnostic, d'indiquer la variété du délire, il faut tenir compte de l'évolution de la maladie, de l'ensemble des symptômes, de leurs rapports réciproques et, sans se contenter de noter telles ou telles idées délirantes, il faut essayer de leur reconnaître des caractères intrinsèques, psychologiques ou cliniques, plus particuliers dans telles ou telles circonstances.

C'est cette simple étude de diagnostic séméiologique que nous allons commencer aujourd'hui pour le délire d'auto-accusation en prenant comme point de départ les considérations exposées précédemment sur ce délire lorsqu'il se rattache à la mélancolie, et en l'envisageant successivement dans la folie intermittente, les obsessions, la paralysie générale, la sénilité, la confusion mentale primitive, l'alcoolisme.

Folie intermittente. — La mélancolie est toujours une vésanie d'accès, et, comme telle, peut se présenter sous cette

forme non seulement une fois, mais plusieurs fois dans la vie d'un individu.

Il peut se faire que les accès, qui se renouvellent à intervalles irréguliers, ne soient séparés que par une période d'atténuation des symptômes, une simple rémission. On a affaire alors à ce qu'on a appelé *la mélancolie rémittente*, qui n'est, en fait, qu'une folie continue avec paroxysmes.

Dans d'autres cas, les accès qui surviennent à intervalles irréguliers sont séparés par une période de retour complet à l'état normal, une véritable intermittence. Ce sont les cas les plus ordinaires, ceux que nous avons eus surtout en vue jusqu'ici.

La maladie est donc alors intermittente. Toutefois on réserve plus particulièrement le nom de *mélancolie intermittente* aux cas dans lesquels les accès et les intermittences se succèdent d'une façon toujours régulière et identique.

Sans entrer ici dans l'étude clinique approfondie des cas de ce genre, je vous dirai succinctement qu'ils se distinguent par les caractères suivants, qui leur donnent une physionomie à part : apparition des accès à intervalles réguliers révêtant le caractère d'une véritable intermittence, identité presque parfaite de ces accès les uns avec les autres, début et terminaison brusque, durée indéfinie de la maladie n'aboutissant qu'à la longue à la chronicité ou à la démence, prédisposition en général très accentuée.

Ces caractères s'appliquent surtout aux accès de courte durée; mais on les retrouve cependant, bien que moins parfaits, dans les accès plus longs.

Ces considérations s'appliquent d'ailleurs aussi bien aux cas où la folie intermittente se présente toujours sous la forme mélancolique, qu'à ceux où elle revêt toujours la

forme maniaque ; mais on peut les étendre encore à la folie dite *circulaire*, *alternante* ou *à double forme* constituée par l'alternance régulière de l'accès mélancolique avec un accès maniaque, séparés ou non par des intervalles de calme.

Dans le cas de folie intermittente, l'accès mélancolique peut se présenter avec une intensité variable, tantôt à l'état simple, sans délire — c'est le cas le plus fréquent — tantôt sous la forme délirante. Nous retrouverons alors nos idées d'auto-accusation.

Elles revêtent les caractères généraux que nous avons déjà étudiés dans la mélancolie délirante vulgaire, si bien que le diagnostic devra surtout reposer sur les particularités plus spéciales aux folies intermittentes vraies et que je viens de vous indiquer.

Les deux cas suivants, que nous allons examiner, sont assez nets à cet égard.

Notre premier malade est un homme âgé de vingt-neuf ans, cuisinier, suivant nos consultations externes de l'hôpital.

Son histoire est bien simple et il la raconte lui-même d'une façon fort explicite. Sa mère était très nerveuse, très exaltée : c'est tout ce qu'il peut nous indiquer sur ses antécédents héréditaires. Pour lui-même, il ne sait rien de son enfance ; il semble intelligent, prétend n'avoir jamais eu d'accidents nerveux ou mentaux, ni rien qui ressemble à ces symptômes que nous désignons couramment du terme d'obsessions ; mais il dit avoir toujours été extrêmement impressionnable.

Les troubles intellectuels dont il se plaint remontent au temps de l'Exposition de 1889 et se sont déclarés sans

cause connue, presque subitement, pour revêtir, par la suite, la forme d'accès mélancoliques régulièrement intermittents, toujours identiques à eux-mêmes.

Le début de l'accès est brusque, précédé seulement, la veille ou l'avant-veille, de quelques maux de tête et de pesanteur sur les yeux et à la nuque. L'accès est caractérisé par un état d'aboulie générale, d'inquiétude incessante et des idées noires de toute espèce. Le malade ressent une fatigue générale ; le moindre exercice l'anéantit ; tous les mouvements lui sont pénibles à décider et à exécuter. En même temps, il ne peut prêter une attention suivie à quoi que ce soit ; il est dans un état d'indécision perpétuelle. Il perd l'appétit ; son sommeil est agité ; il se réveille à 2 heures du matin et, le jour venu, ne peut se lever, tant il se sent fatigué. Il devient en même temps, *tout de suite*, inquiet, triste, tourmenté, assailli par toutes sortes d'idées noires qu'il ne peut chasser : « Il se voit fini, incapable de gagner sa vie ; il n'est qu'un misérable, il a des idées de suicide ou plutôt le désir de la mort. » Pendant tout ce temps, malgré cela, il a comme *conscience d'être malade*, et il s'arrange pour ne se charger que des besognes qu'il peut accomplir ou pour se faire remplacer au besoin.

Tous ces symptômes durent huit ou dix jours et disparaissent brusquement tous à la fois. « Il se couche malade et se réveille bien portant. »

Il entre alors dans une période de calme complet, devient ce qu'il était avant 1889, et cela dure environ quinze jours. Il n'est plus du tout fatigué, ne souffre plus de la tête, a bon appétit, bon sommeil, s'occupe aisément de ses travaux et n'a plus d'idées noires.

Ces alternatives sont très régulières depuis le début de l'affection.

L'autre malade est une dame, âgée de quarante et un ans, suivant également nos consultations externes.

Sa mère s'est noyée à soixante-sept ans, après avoir divagué pendant deux mois; son père est devenu buveur vers l'âge de quarante ans, après la naissance de sa fille.

Elle-même prétend n'avoir jamais entendu dire qu'elle ait eu des accidents pathologiques quelconques dans la première enfance; son développement aurait été précoce au point de vue physique et intellectuel.

Mais l'on trouve dans ses antécédents deux faits importants. Le premier, que je vous signale tout de suite afin de n'y plus revenir, c'est que, depuis l'âge de dix-sept ans, elle a des crises nerveuses de nature hystérique. « Cela la prend par un serrement dans la région du cœur, puis à la gorge, avec une sensation de froid dans les jambes. Alors elle tombe, presque complètement sans connaissance. Autrefois, elle se débattait et criait beaucoup, mais aujourd'hui elle reste tranquille, comme évanouie. » Les crises ont une durée très variable, de quelques minutes à une heure; elles se présentent surtout au moment des époques et pendant la période de santé mentale intermédiaire aux accidents que nous examinerons tout à l'heure.

J'ajouterai qu'il y a de l'hyperesthésie ovarienne à gauche, et une légère diminution de la sensibilité de ce côté; rien de notable du côté des sens spéciaux, des yeux en particulier.

Le second fait que nous relevons dans les antécédents a plus d'importance au point de vue des troubles mentaux actuels. Notre malade a toujours été très impressionnable, indécise, irrésolue, méticuleuse, scrupuleuse. Dès l'âge de huit ans, elle avait des scrupules obsédants au sujet de ses confessions. Elle craignait de ne pas s'être accusée de tous

ses péchés et il lui fallait retourner auprès de son confesseur. Elle avait souvent des craintes d'avoir mal fait, d'avoir commis des fautes ; *elle avait peur d'être damnée*, et malgré tous les raisonnements possibles, cette peur l'obsédait parfois tellement qu'elle pensait à se suicider pour s'assurer tout de suite si cela était vrai.

C'était là un terrain bien préparé à tous les points de vue pour les accidents qui se sont développés par la suite, sous forme de folie intermittente mélancolique, avec délire d'auto-accusation, culpabilité et damnation.

Le premier accès s'est montré à l'âge de seize ans. On était alors en 1871 ; le siège avait ruiné la famille jusque-là dans l'aisance, et il fallut se résigner à demander des secours au bureau de bienfaisance. Epuisée déjà par les fatigues et les privations, la malade devint de plus en plus faible, anéantie, triste, inquiète de l'avenir ; bientôt les idées délirantes apparurent, idées d'humilité, de ruine, de culpabilité, de *damnation*. Cet accès dura six mois.

Le deuxième, survenu à dix-neuf ans, eut une durée égale ; le troisième accès, à vingt et un ans, dura quatre mois ; le quatrième, à vingt-trois ans, eut la même durée ; le cinquième, à vingt-quatre ans, ne dura que trois mois. Dès cette époque, les accès ont suivi une marche tout à fait régulière, se présentant tous les quatre mois et durant quatre mois. Depuis cinq ou six ans, les deux périodes d'accès et d'intermittence s'allongent et durent chacune de six à sept mois. Bien que la marche soit ici assez régulière, cette régularité, surtout si l'on envisage l'évolution totale, est moins parfaite que dans le cas précédent. Mais, dans ce dernier, les accès étaient courts ; ici, ils sont plus longs ; et cela vient justement à l'appui de l'opinion courante,

d'après laquelle la régularité est d'autant plus parfaite que les accès sont plus courts et, j'ajouterai aussi, que la maladie est moins vieille.

Je vous signalerai encore, chez cette femme, quelques particularités cliniques, fort ordinaires par elles-mêmes, mais qui serviront à fixer dans votre esprit les variations de la maladie, suivant la durée courte ou longue des périodes.

Tandis que, dans le cas précédent, l'accès débutait brusquement, cessait de même après avoir évolué sans oscillations, ici, le début, de même que la chute, est plus lent, tout en gardant un certain caractère de soudaineté, surtout en ce qui concerne les idées délirantes ; en même temps, l'accès est marqué par des oscillations ou des paroxysmes d'un ou plusieurs jours.

La comparaison de ces deux cas vous montre aussi le rapport de durée, bien souvent constaté, entre les périodes de maladie et de calme, variant en raison directe l'une de l'autre.

Mais revenons aux accès de notre malade et voyons leurs particularités symptomatiques.

Elle prétend qu'autrefois ils débutaient et cessaient subitement. Le fait est possible, je ne puis le contrôler ; mais il nous est tout au moins permis d'en douter si nous nous reportons au développement du premier accès qui fut nettement progressif.

D'un autre côté, je ferai remarquer qu'en ce qui regarde les accès récents, cette dame — tout en disant d'abord n'être prévenue de son accès qu'un jour ou deux à l'avance — si on l'interroge soigneusement, avoue éprouver, un mois à l'avance, des symptômes déjà importants. Elle dit aussi qu'elle prévoit la fin de l'accès quelques semaines avant

qu'il se termine; ce sont là des faits que j'ai pu contrôler directement. Il est vrai qu'elle ajoute — ce qui est d'ailleurs sinon exact, du moins très possible — que cela n'existe que depuis cinq ou six ans, c'est-à-dire depuis que les périodes se sont allongées.

Pendant la période intercalaire, elle accuse toujours maintenant certains symptômes d'épuisement nerveux. Elle est souvent fatiguée ; elle a les jambes lourdes seulement le matin, des maux de reins, une barre sur les yeux, un poids sur la tête. Elle a la digestion lente, des rougeurs à la figure, de la somnolence après les repas, de la constipation. Ces différents symptômes varient d'intensité suivant les jours ; mais, lorsqu'elle les voit augmenter, c'est, dit-elle, le signe de son accès, et dès lors ils ne la quittent plus. A ce moment, pendant un mois à peu près, elle se sent de plus en plus fatiguée : sa figure devient terreuse, son appétit diminue, sa tête est embarrassée. Elle qui, en bonne santé, ne recule pas devant l'ouvrage, ne peut plus rien faire : « La moindre chose, dit-elle, est une montagne ; je suis comme un plomb et dans un état d'inquiétude continuelle. » Le sommeil devient irrégulier, troublé par des rêves portant déjà sur les idées qui se montreront évidentes lors de l'accès confirmé. Elle sent que c'est le commencement, dit-elle, et elle a peur, s'inquiète de plus en plus, devient même anxieuse et en même temps tout anéantie. Mais tout cela est encore très supportable, et la malade peut, jusqu'à un certain point, réagir, jusqu'au moment où ces symptômes s'accentuent brusquement en vingt-quatre heures. Alors l'accès bat son plein ; la dépression, l'anxiété intérieure atteignent leur maximum, et en même temps apparaissent les idées délirantes, sans même, dit-elle, qu'elle *ait le temps de réfléchir quand cela vient*.

Pendant toute la durée de l'accès, elle est fatiguée, anéantie, lourde, souvent inquiète, triste, voyant tout en noir. Elle s'accuse de faire le malheur de sa famille ; « elle est une cause de ruine pour elle, c'est sa faute si tout n'ira pas bien plus tard pour ses enfants ; elle va être damnée, et même causera la damnation des autres, car elle ne s'est pas occupée de ses enfants, elle a travaillé le dimanche ».

Elle a des idées de suicide, qu'elle a tenté de mettre à exécution si fréquemment qu'elle ne compte plus le nombre de ses tentatives. Mais toutes ont avorté. « Quoique bien décidée, quelque chose, dit-elle, me retenait par derrière. Une fois que je voulais me jeter par la fenêtre, je suis restée dix minutes sur le bord et je n'ai pas mis mon projet à exécution. D'autres fois, je m'arrêtais en me disant : « Mais « si j'étais réellement damnée ! » ou bien : « Que deviendront « mes enfants? » J'aimerais bien mourir sans être forcée de me donner la mort moi-même. »

C'est là, vous le savez, un caractère qu'on retrouve presque toujours dans le suicide du mélancolique dont les préparatifs multiples ne témoignent pas, comme on le dit souvent à tort, d'une décision bien arrêtée, mais révèlent, au contraire, les incertitudes, les hésitations. Ses tentatives ne réussissent guère que sous le coup d'une impulsion, résultat du trouble même de sa volonté.

Notons enfin que notre malade affirme n'avoir jamais eu d'hallucinations d'aucune espèce.

A la fin de l'accès, les idées délirantes disparaissent rapidement comme elles sont venues ; mais on observe encore pendant quelques semaines les mêmes symptômes qui avaient marqué le début de la crise.

Sans revenir sur les détails de cette observation, je vous

ferai remarquer, Messieurs, que le délire d'auto-accusation, que nous étudions plus particulièrement, se présente bien au cours de l'accès avec tous les caractères du délire mélancolique ordinaire. Aussi le diagnostic précis ne peut-il être fait que par la connaissance de l'évolution totale de la maladie.

Vous voyez notamment dans ce cas la part de l'automatisme dans la genèse des idées délirantes, formulées ensuite comme tentative d'explication. En effet, elles apparaissent ici d'abord dans les rêves ; ainsi mûries par une sorte de travail inconscient, elles se présentent à l'esprit de la malade, lorsque le terrain est suffisamment préparé pour le délire, avant qu'elle ait eu le temps de réfléchir. — Comme le disait Griesinger, la réponse prévient en quelque sorte l'interrogation. — Le thème une fois donné, elle en recherche les causes et les conséquences ; et c'est alors qu'on retrouve la part d'interprétation qui lui revient. Vous l'avez constatée déjà dans certaines de ses idées que je vous ai énumérées. Notons encore à cet égard qu'au cours de ses accès, elle dit se sentir tellement anéantie que tout en voyant l'indication de faire telle ou telle chose, elle se trouve incapable d'agir. Aussi est-elle beaucoup plus tranquille la nuit. Mais quand elle voit le jour arriver, elle réfléchit que les autres vont s'occuper, faire quelque chose, tandis qu'elle-même ne pourra encore rien faire ; le chagrin la reprend à cette pensée et elle se dit : « Voilà, je ne suis qu'une paresseuse, une propre à rien, etc. »

L'importance de l'idée de damnation qui figure dans le délire s'explique aisément par les tendances religieuses et les craintes obsédantes de damnation qui ont précédé l'éclosion de la folie intermittente. Mais, comme dans un cas semblable que je vous ai montré précédemment (p. 333),

elle garde malgré tout dans l'accès mélancolique le caractère secondaire ; elle n'apparaît qu'après une période de préparation nécessaire à son développement et comme conséquence des troubles fondamentaux habituels. Elle peut être alors l'idée délirante principale, mais c'est tout ; et elle n'a aucun caractère qui la distingue des autres. Elle se présente, comme elles, à titre de véritable conception délirante de caractères mélancoliques, et non plus comme une obsession simple, consciente.

Obsessions. — Messieurs, les idées d'humilité et d'auto-accusation se rencontrent aussi quelquefois dans les obsessions, notamment dans cette variété qu'on désigne du nom de *folie du doute*. Mais alors elles revêtent un aspect tout à fait particulier. Je vous en ai déjà montré un exemple ; en voici un nouveau.

C'est une dame âgée de vingt-cinq ans, fréquentant déjà depuis longtemps notre consultation externe, appartenant à une famille névropathique et atteinte elle-même de ce que je vous ai décrit sous le nom de *forme constitutionnelle des obsessions*. Je ne m'attarde pas à vous exposer chez elle les symptômes de l'affection ; ils sont absolument classiques, conformes à la description que je vous en ai donnée au début de ces conférences. Je veux vous montrer seulement quelques-unes de ses idées obsédantes.

On peut dire que, dans l'ensemble, elles constituent un cas de folie du doute, mais les interrogations que se pose la malade ont ceci de particulier qu'elles se présentent quelquefois sous la forme d'une auto-accusation.

« Je suis, dit-elle, toujours obsédée par la peur de mal faire ; lorsque je fais ma cuisine, j'ai peur d'empoisonner les aliments ; je ne veux pas sortir seule de peur de faire

des choses défendues. Il me semble que tous mes actes peuvent entraîner de mauvaises conséquences ; si je mets, par exemple, tel vêtement, mon enfant sera malade et ce sera de ma faute. Je me sens toujours portée à souhaiter toutes sortes de choses mauvaises, tout ce qui me fait le plus de peine. Je me dis d'abord : « Si je faisais cela, ce « serait horrible, je ne voudrais pas ! » Puis après, je me dis : « Si, cependant, je l'avais fait », et alors je n'arrive jamais à me rendre compte si réellement je n'ai pas fait de mal, je suis dans des transes comme des remords. Il y a quelque temps, je me croyais ainsi cause de la mort de plusieurs personnes. J'ai cru aussi avoir volé pour avoir eu, en faisant mes achats, l'idée que je pouvais voler et bien que je compte toujours scrupuleusement ma monnaie. Il m'est venu à l'esprit l'idée que je pouvais tromper mon mari ; je ne l'ai jamais fait et n'ai pas envie de le faire ; mais, ensuite, je me demandais si réellement je n'étais pas adultère et j'avais beau m'interroger à ce sujet, je ne pouvais éclaircir ce cas de conscience. »

Si vous vous rappelez les considérations que je vous ai exposées sur les troubles de la conscience chez les obsédés, vous saisirez aisément ici le mécanisme des idées d'auto-accusation. Elles sont le résultat direct de l'automatisme psychologique provenant lui-même du défaut de synthèse mentale, de l'état d'aboulie qui fait le fonds de la maladie chez le douteur. Son attention défectueuse, sa mémoire infidèle ne lui permettent d'assimiler qu'incomplètement les faits à sa conscience personnelle et de n'en évoquer qu'imparfaitement le souvenir. De là ses doutes, ses scrupules sur tel ou tel point, et aussi ses craintes de culpabilité. Grâce à l'état de désagrégation psychique du malade,

elles deviennent le noyau d'une synthèse secondaire se développant aux dépens de cette synthèse principale qui représente la conscience du sujet jusqu'à envahir plus ou moins complètement, à un moment donné, le champ de la conscience, si bien qu'à ce moment le malade peut se croire réellement un coupable.

Dans les intervalles de calme, le diagnostic de cas semblables est facile. De même au moment du paroxysme, s'il est court ; mais, s'il se prolonge sous forme d'accès (p. 84), cela devient plus malaisé. De telles idées obsédantes s'accompagnant le plus ordinairement d'anxiété, on pourrait penser à un accès de mélancolie anxieuse. Dans les deux cas, les troubles intellectuels ont isolément de nombreux points de ressemblance. Aussi faut-il surtout, comme nous l'avons fait pour établir les caractères du délire mélancolique, les envisager dans leur mode de développement, leur intensité, leurs rapports réciproques, et s'appuyer, pour le diagnostic, sur l'ensemble symptomatique et la marche de la maladie. C'est à cela que pourront vous servir les différentes notions que je vous ai déjà exposées sur les obsessions et sur la mélancolie simple et délirante.

Vous pourrez encore de cette façon distinguer les cas plus complexes que nous avons étudiés, où, par le fait de l'idée obsédante, se développe un épisode de mélancolie pouvant s'accompagner d'auto-accusation à titre d'idées délirantes vraiment mélancoliques ; — et d'autres encore où l'on voit un accès de mélancolie vraie avec idées d'auto-accusation se montrer, sous l'influence des causes ordinaires, chez un individu primitivement obsédé (p. 317).

Paralysie générale. — C'est aujourd'hui, Messieurs, un point de clinique bien connu que les idées de grandeur, de

richesses ou même de simple satisfaction ne sont pas les seules à traduire le délire des paralytiques généraux. Ils peuvent avoir aussi des conceptions délirantes de nature triste, et, parmi elles, les idées que nous étudions aujourd'hui.

Ce délire d'auto-accusation, reposant sur le fonds démentiel de la maladie, n'a plus aucun des caractères de celui du mélancolique, mais devient, comme tout délire du paralytique, mobile, diffus, incohérent, contradictoire. Il paraît donc aisé, même en l'absence d'autres éléments, de faire le diagnostic d'après les caractères mêmes du délire.

Mais, s'il en est ainsi dans certains cas déjà confirmés de la maladie, il en est d'autres où le diagnostic devient très épineux. C'est à la période initiale, lorsque ces conceptions délirantes spéciales sont les premiers symptômes constatables à l'observation, alors que les signes pathognomoniques sont absents et que l'état démentiel qui constitue le fondement de l'affection n'est point encore assez accentué pour imprimer au délire sa marque particulière.

Permettez-moi, à ce propos, de vous citer un fait que j'ai observé tout récemment.

Il s'agissait d'un homme âgé de quarante-quatre ans ; un de ses oncles avait, paraît-il, présenté des accidents mentaux. Jusque-là bien portant, sauf quelques manifestations eczémateuses, disparues d'ailleurs sous l'influence d'un traitement et d'une hygiène appropriés, très sobre d'habitude, cet homme n'avait jamais manifesté antérieurement aucun désordre nerveux ou mental caractérisé.

Depuis quelque temps déjà, il était devenu très méticuleux, très économe, émotif et irritable, lorsqu'il fut pris brusquement, dans les premiers jours du mois d'octobre,

à la suite d'un accès léger de coliques hépatiques, d'illusions, d'hallucinations, d'idées délirantes, d'anxiété. Il disait qu'il était un assassin, *s'accusait* de toutes sortes de crimes ; il croyait entendre des bruits d'armes, des pas de soldats venant l'arrêter ; il exprimait à tout propos des inquiétudes continuelles et sans motif.

Cet état, qui redoublait d'intensité le soir et la nuit, cessa au bout de deux jours aussi brusquement qu'il était apparu. Il laissa toutefois derrière lui une fatigue intellectuelle profonde se traduisant par une grande difficulté de penser, de fixer l'attention, des défaillances de la mémoire, en même temps qu'un besoin de travailler quand même ; tous symptômes dont le malade se rendait parfaitement compte.

Au bout d'une dizaine de jours, les phénomènes délirants reparurent aussi subitement que la première fois et sous le même aspect pour s'effacer dès le lendemain. Ce jour-là, le malade raconte ce qu'il appelle ses *cauchemars*, en les jugeant à leur valeur et se rend très bien compte de son état. Il ne présente aucun signe physique ; urines normales, état général satisfaisant.

Quatre jours après, le 17, nouveau paroxysme : facies craintif ; il a peur de tout, le moindre bruit le fait tressaillir. Il cause difficilement, semble avoir les idées confuses, ne termine pas ses phrases ; il avoue cependant qu'il craint d'être arrêté parce qu'il est un assassin, qu'il a commis toutes sortes de crimes. Il convient par moments que ses idées sont sans raison, mais ajoute qu'elles sont plus fortes que lui, et qu'il ne peut les chasser. Agitation automatique.

Le 18 et le 19, rémission moins complète que précédemment.

Nouveau paroxysme dans la nuit du 19 au 20. Le matin de ce jour, l'anxiété est à son comble et se révèle par l'expression inquiète du regard, la physionomie, les gestes pathétiques et des intonations dramatiques, assez singulières d'ailleurs. Il n'est pas de fautes dont le malade ne s'accuse et dont il ne demande pardon à tout le monde. « Il a trompé sa famille, perdu l'avenir de ses enfants, il a fait du tort à tout le monde, il a ruiné la Russie, il est un assassin, un misérable ; tout le monde va savoir son déshonneur. » Il refuse de serrer la main qu'on lui présente pour ne pas commettre une infamie de plus. Il demande son revolver, son fusil pour en finir ; mais « il n'aurait pas le courage de se tuer, il n'est qu'un lâche, etc. »

Le lendemain matin, après une bonne nuit, il se réveille en rémission. Bien que sa mémoire soit un peu confuse, il se rappelle son délire de la veille et dit même à ce propos : « Ah çà ! est-ce que ces cauchemars vont me reprendre tous les jours ? » Il ajoute que cela est plus fort que lui et que ces idées s'imposent à son esprit. Le soir, il redevient triste, inquiet.

Le lendemain 22, il recommence à s'agiter automatiquement, à s'inquiéter de tout, à émettre ses idées délirantes habituelles, et cet état de choses s'accentue de plus en plus jusqu'au 24.

Ce jour-là, le malade est plus inquiet que jamais, et cette inquiétude se manifeste dans sa physionomie, son attitude, ses gestes, ses paroles. Ma visite l'inquiète et il faut quelques instants pour qu'il semble se rassurer ; il refuse, cette fois encore, de me donner la main. Le moindre bruit le fait tressaillir, et ce n'est qu'avec difficulté qu'on peut fixer son attention. Les questions qu'on lui adresse sont bien comprises, mais lentement, et ses réponses les

plus simples sont embarrassées, hésitantes. Il semble ne pas trouver ses mots, il ne termine pas ses phrases, traduit difficilement ses idées, qui semblent d'ailleurs très confuses, très embrouillées ; il n'y a pas toutefois de perte de la notion de lieu ni de temps. Il sait les dates, l'endroit où il est, reconnaît très bien les choses et les personnes qui l'entourent.

Malgré cela, on constate aisément l'existence des préoccupations délirantes habituelles. Bien que leur objet varie, elles sont toujours empreintes du même caractère monotone d'inquiétude, d'auto-accusation. Si, à certains moments, il se croit un assassin qu'on va venir arrêter, l'instant d'après il parle de questions d'argent, purement fictives, il s'accuse d'avoir ruiné toute sa famille et attend l'arrivée des huissiers qui vont le saisir. Aujourd'hui, il ne se rend plus compte, comme dans les rémissions passées, que ces idées sont fausses, mais s'imposent à lui ; il prétend, au contraire, que tout cela est bien vrai.

Au point de vue physique, il ne se plaint guère que d'un mal de tête pénible lui donnant la sensation d'un cercle enserrant le crâne, et de douleurs vagues dans les reins, le ventre. L'examen des organes ne révèle aucun signe particulier ; l'analyse des urines est négative. On ne constate, malgré des recherches réitérées, aucun trouble oculo-pupillaire, la parole est nettement articulée ; il n'y a pas de traces de tremblement de la langue, ni des lèvres ; pas de signes d'un agent toxique. Le sommeil est très irrégulier, suivant le délire dans ses oscillations.

Tel était, Messieurs, l'état des choses lorsque je fus appelé, avec un de mes confrères les plus éminents, à formuler une opinion sur la nature et l'avenir de la maladie. La

question était embarrassante à résoudre d'une façon très précise. Si l'état actuel du sujet, le jour de notre observation, pouvait faire porter, au premier abord, le diagnostic de mélancolie, il fallait convenir que l'évolution de la maladie, avec son début brusque, sa marche saccadée, ne plaidait pas en faveur de cette hypothèse.

L'idée d'une paralysie générale ne pouvait être que posée, mais non admise en l'absence des signes pathognomoniques, que, malgré des recherches réitérées et minutieuses, nous n'avions pu constater.

L'absence de symptômes physiques caractéristiques, et, d'autre part, les renseignements précis sur les habitudes du malade, ne pouvaient que nous faire éliminer une nouvelle hypothèse, celle d'un délire toxique quelconque, qui se posait naturellement en présence du début rapide et du complexus symptomatique, délire hallucinatoire, confusion des idées, anxiété...

D'autre part, ces mêmes constatations cliniques pouvaient éveiller l'idée d'une de ces formes vésaniques à marche rapide et rémittente désignée en France sous le nom de *délire d'emblée*, à l'étranger sous le nom de *paranoia aiguë*. On pouvait songer plus particulièrement à cette variété décrite par certains auteurs (Krœpelin) sous le nom de *délire systématisé dépressif* (*depressiver Wahnsinn*), très voisine de la mélancolie, dont elle diffère surtout par le développement rapide et en quelque sorte fantaisiste du délire, qui n'est plus l'interprétation de troubles émotionnels primitifs. C'était bien le cas de notre malade ; mais d'un autre côté, ses antécédents héréditaires ou personnels ne nous permettaient pas de reconnaître chez lui cette « invalidité cérébrale » native ou acquise, regardée comme le terrain nécessaire à l'évolution de cette forme délirante.

D'autre part, jusqu'à cette époque du moins, on ne retrouvait pas dans le délire les traits caractéristiques de la paranoia, que j'aurai prochainement l'occasion de vous indiquer.

Aussi, sans nous prononcer catégoriquement, nous nous bornâmes à formuler l'opinion plus réservée, que les troubles délirants, tout en se présentant sous l'apparence du délire mélancolique anxieux, ne nous paraissaient devoir être considérés que comme la première période d'une maladie mentale pouvant revêtir par la suite un caractère plus grave.

Bien nous en prit, Messieurs, de cette réserve prudente.

Après une rémission de quelques semaines, les idées de culpabilité, d'auto-accusation, s'atténuèrent considérablement devant d'autres conceptions délirantes, notamment des idées de persécution, hypocondriaques et de richesses, absurdes, mobiles et incohérentes, contradictoires même.

Le malade se figurait être suivi dans la rue, on le regardait de travers, on faisait des signes, des réflexions désobligeantes sur son passage. A un autre instant, il se prétendait très riche, il avait des millions cachés dans la cave de sa maison, un trésor dans le ventre; une fois, on le surprit malaxant ses matières fécales en disant qu'il avait fait de l'or. En même temps, il était halluciné, entendait des voix « par le téléphone » et leur répondait de même. « Il faisait ainsi de nombreuses affaires. » Et, malgré tout, à d'autres moments, il se disait ruiné et s'inquiétait de savoir qui payerait son loyer; l'incohérence, la confusion des idées avaient augmenté considérablement.

La constatation de ces symptômes nouveaux, les caractères de diffusion, d'absurdité, de contradiction, du délire,

éveillèrent tout de suite l'idée d'une paralysie générale au début; toutefois, il n'y avait pas encore de signes pathognomoniques. Les premiers qui apparurent, vers la fin de novembre, furent du tremblement des mains et des troubles de l'écriture, incorrection des signes graphiques, omissions de lettres, etc.

Dans les premiers mois de 1894, les troubles intellectuels s'atténuèrent; il survint une rémission à cet égard; mais, d'un autre côté, les signes physiques s'accentuèrent, et l'on put constater de l'inégalité pupillaire, avec parésie des réflexes iridiens, du tremblement de la langue et des lèvres, des accrocs de la parole caractéristiques.

Vous voyez, Messieurs, par cette observation, que le délire d'auto-accusation peut se présenter au cours de la paralysie générale, et que s'il apparaît au début, le diagnostic est des plus épineux en l'absence des signes pathognomoniques, le délire n'ayant pas encore revêtu, d'autre part, les caractères francs du délire paralytique. Cela vous montre aussi l'importance des caractères généraux que nous avons attribués au délire lorsqu'il se rattache à la mélancolie pure, et dont la connaissance vous permettra alors, sinon de porter un diagnostic certain, au moins de pouvoir éviter une erreur.

Sénilité. — Messieurs, on peut rencontrer dans la sénilité du délire d'auto-accusation, et cela dans des circonstances et avec une signification différentes.

Tantôt il se présente au cours d'un véritable accès de mélancolie anxieuse, survenant chez un vieillard non dément, et simplement *tardive*. Il revêt dans ces cas des caractères identiques à ceux que nous lui avons reconnus dans

les accès de mélancolie chez l'adulte. La seule différence est dans l'apparition tardive de la maladie.

Dans d'autres cas, les mêmes idées délirantes d'auto-accusation sont reliées directement à la démence *sénile*, et alors le fonds d'affaiblissement intellectuel sur lequel repose ce délire lui imprime des caractères tout autres que dans les faits précédents.

Il n'est plus la traduction de troubles de l'exercice volontaire des facultés, de désordres émotionnels. Mais il porte l'empreinte des troubles démentiels dont il dérive, de ces perceptions fausses, de cette amnésie caractéristiques de la sénilité. Il n'a plus le caractère pénible; la douleur morale a fait place ici à cette sensiblerie bien connue du dément, sans caractère émotionnel précis. Loin d'être fixe, il est mobile, inconsistant, intermittent, oublié d'un instant à l'autre par le malade, incohérent, mélangé à d'autres idées ayant la même origine et les mêmes caractères. Dans certains cas où il semble persister, il n'a pas cependant le caractère de monotonie dû à un seul sentiment douloureux envahissant la conscience; cette monotonie n'est plus qu'un rabâchage chez un vieillard amnésique et dont le cercle des idées se rétrécit de plus en plus.

Les deux exemples suivants vous feront bien comprendre, je crois, ces différences.

Voici d'abord une malade âgée de soixante-quatre ans. Elle a toujours été, paraît-il, bien équilibrée, affectueuse, active, et ses facultés intellectuelles semblent n'avoir subi aucune déchéance. Nos constatations cliniques nous permettent d'ajouter foi à ce renseignement. Elle ne présente pas, d'autre part, de signes physiques de sénilité.

Il y a environ quatre mois, à la suite d'une atteinte, légère d'ailleurs, de grippe, elle tomba dans un état d'anéantissement général qui s'accentua progressivement. Elle se plaignait d'être fatiguée, de n'avoir plus de forces, d'être changée ; les soucis de son ménage, dont elle s'était acquittée fort bien jusqu'ici, étaient devenus toute une affaire pour elle ; elle n'aboutissait à rien, restait anéantie, ou bien allait et venait sans rien faire d'utile ; elle ne pouvait prendre la plus petite décision. Elle manifestait aussi un état d'inquiétude générale, indéfinie ; elle voyait tout en noir. Au début, elle avait conscience de ces désordres et cherchait, mais inutilement, à réagir. Elle mangeait moins bien, dormait mal. Au bout de quelques semaines, elle a commencé à dire qu' « elle n'était plus propre à rien, qu'elle était un être inutile, à charge à sa famille, que tout allait mal par sa faute, qu'elle compromettait l'avenir de son fils ». Bien qu'on lui démontrât que ces craintes étaient sans fondement, elle prétendait que les affaires de ce dernier périclitaient, qu'il lui arriverait malheur, et que c'était elle qui était cause de tout cela. Toute la journée, elle ne faisait que ressasser, dans des plaintes monotones, ces mêmes idées délirantes, résistant à tout raisonnement.

Vous retrouvez bien là l'évolution et les caractères cliniques du délire de la mélancolie vraie. Il n'y a de spécial que l'apparition *tardive* de l'accès.

Cet état a duré environ deux mois et demi sans modifications ; depuis quelques semaines, il y a une amélioration notable. Les idées sont moins fixes, moins tenaces ; la malade commence à se rendre compte de la vanité de ses craintes, et tout fait prévoir un retour prochain à l'état normal.

A ce point de vue encore, ce fait ne sera pas pour nous sans intérêt. On est généralement porté à admettre que tout trouble intellectuel survenant chez un vieillard est, de ce fait, incurable. Sans doute, l'âge avancé est un mauvais élément de pronostic ; mais, en fait, celui-ci dépend surtout de la nature même des troubles intellectuels d'un côté, et, de l'autre, du fonds, démentiel ou non, sur lequel ils reposent.

Le cas suivant se présente à nous d'une manière bien différente.

Il s'agit encore d'une vieille femme de soixante-cinq ans et quelques mois ; mais ici les signes de la démence sénile sont des plus évidents. Il y a trois ou quatre ans, on s'est déjà aperçu dans l'entourage que les facultés baissaient beaucoup, surtout la mémoire. Cet affaiblissement n'a fait que s'accentuer depuis, si bien même que, sans avoir jamais présenté d'attaques d'hémiplégie, d'aphasie, la malade en est arrivée à parler comme un véritable paraphasique ; son langage est tout à fait incohérent. D'une part, ses idées ne se suivent pas le moins du monde, et, d'autre part, elle ne trouve pas ses mots ou les emploie les uns pour les autres.

Depuis un an environ, elle a commencé à manifester des idées délirantes très vagues, incohérentes, intermittentes : idées de satisfaction, idées de persécution, idées de ruine. Depuis quelques semaines, ses idées délirantes se répètent plus souvent qu'auparavant, et sous la forme d'idées de ruine, d'auto-accusation.

En l'examinant, vous devez être frappé de cette incohérence du langage que je vous signalais, de l'affaiblissement profond des facultés, de la perte presque absolue de la mémoire, de l'état de sensiblerie de la malade, un moment

affectueuse, confiante, satisfaite, et l'instant d'après inquiète, méfiante, larmoyante. Au milieu de ses réponses incohérentes, on peut noter qu'après avoir vanté l'état prospère de sa fortune, elle se désole d'être ruinée ; puis elle dit qu'elle est une misérable, en ajoutant l'instant d'après qu'elle est très honorable et n'a fait de tort à personne. A un autre moment, elle manifeste de l'inquiétude, se lève, cherche à fuir, disant qu'on va l'arrêter, qu'elle est une voleuse, qu'elle a donné à ses enfants de mauvais conseils, qu'elle a compromis leur situation, etc.

Au physique, voyez combien cette malade diffère de la précédente par l'état sénile de la peau, un léger tremblement des mains, même de la tête, des artères athéromateuses, des cataractes commençantes aux deux yeux.

En un mot, c'est une sénile, et ses idées délirantes empruntent à sa sénilité des caractères qui les distinguent aisément de celles de formule identique de la première malade, mais reliées chez elle à un accès de mélancolie tardive.

Confusion mentale (délirante) primitive. — En étudiant la confusion mentale primitive, nous avons vu, Messieurs, que, parmi les symptômes de cette affection, il en était de fondamentaux et d'autres instables, accidentels, parmi lesquels des idées délirantes plus ou moins développées suivant les cas. Je vous ai indiqué, à ce propos, que souvent elles se formulaient d'une façon analogue à celles des mélancoliques, et que les plus fréquentes étaient des idées d'humilité, de ruine, de culpabilité, d'auto-accusation, de mort, de négation, etc.

Une malade, dont je vous ai parlé déjà et que j'ai observée avec mon excellent maître, le docteur Fernet, atteinte

de confusion mentale primitive, exprimait ainsi, au cours de sa maladie, des idées de ce genre. Au début, elle répétait souvent qu'elle était morte. Plus tard, les phrases décousues qu'on pouvait saisir au passage exprimaient des idées comme les suivantes : « les os ont grossi, le corps est démoli ; elle s'est mal confessée, elle est coupable, il faut la mettre en enfer. » Elle craint d'être ruinée, s'inquiète des dépenses de loyer, de table, des gages des domestiques, des honoraires des médecins. « Elle veut être fille de cuisine ; d'ailleurs, elle a le corps de sa femme de chambre, dont on lui a substitué les ossements. Elle a des dettes, on la mènera en prison, devant les tribunaux ; son nom est déjà dans les journaux. » Un jour, dans une des sorties qu'on lui fait souvent faire, un pauvre lui demandant l'aumône, elle répondit d'un ton lamentable : « Mon pauvre ami, je n'ai plus rien, je suis aussi pauvre que vous. » Toutes ces idées délirantes sont exprimées une à une, d'une façon décousue, sans suite, et sans s'accompagner de désordres émotionnels. Elles sont très confuses, très mobiles, la malade les abandonne tout de suite lorsqu'on lui en montre l'absurdité, mais pour les reprendre un instant après.

Ce sont là, en effet, autant de caractères qui, dans les cas semblables, à côté de la détermination de l'évolution, de l'ensemble des symptômes, de leurs rapports intrinsèques, aideront à diagnostiquer les idées délirantes identiques à celles du mélancolique vrai. Simples produits de l'automatisme psychologique résultant de l'état de confusion mentale, elles ne sont plus reliées, à titre d'interprétation secondaire, aux troubles primordiaux, éléments caractéristiques de la mélancolie. Ici, de même, le ton émotionnel

reste indifférent; l'anxiété, s'il y en a, n'est plus qu'un mode de réaction sous l'influence des idées délirantes, au lieu de leur donner naissance. Ainsi disparaît le caractère pénible de douleur morale inhérent au délire mélancolique. Plus de monotonie, plus de fixité, mais un délire inconstant, mobile, à forme de rêve. Ce sont là de nouvelles preuves de l'erreur de Baillarger, qui se fondait sur la seule présence de ce délire de nature triste pour rattacher ces cas à la mélancolie.

J'aurai encore l'occasion de vous rapporter l'observation d'un autre malade, atteint de confusion mentale délirante, et qui confirme également les considérations précédentes.

Délire alcoolique. — Messieurs, les éléments de diagnostic séméiologique que je viens de vous indiquer s'appliquent aussi bien au délire d'auto-accusation lorsqu'il se présente dans la confusion mentale primitive que lorsqu'il s'agit des autres variétés de confusions.

Sans entrer à ce propos dans de longs détails, je vous donnerai comme exemple ces faits où les idées d'auto-accusation se rencontrent au cours du délire alcoolique aigu ou subaigu sous une forme inconsistante, mobile, mélangées à d'autres idées délirantes, s'accompagnant de réactions anxieuses, c'est-à-dire avec les mêmes caractères que dans la confusion primitive.

D'ailleurs, depuis déjà longtemps, Delasiauve a fait ressortir les analogies symptomatiques qui existent entre la stupidité et le délire alcoolique, qui n'est, en fait, qu'un délire hallucinatoire avec confusion mentale, symptomatique d'une intoxication. Ce serait, pour lui, une variété de la stupidité, la *variété ébrieuse.* A quelques exceptions près, dit-il, l'obtusion s'offre, en effet, comme le trait saillant,

préexistant et permanent qui domine l'ensemble phénoménal. Les manifestations désordonnées les plus actives ne viennent qu'en ordre secondaire.

Sans entrer ici dans l'examen de cette question, nous remarquerons toutefois, que, si l'on peut admettre qu'il existe dans les délires toxiques un certain fonds de confusion mentale, ce symptôme apparaît surtout alors, en clinique, comme secondaire à l'intensité et à la répétition des hallucinations.

Quoi qu'il en soit, si l'on envisage d'une part la forme même de ce délire, il n'est pas vrai de dire, comme on le fait souvent, lorsqu'il s'accompagne d'idées d'auto-accusation, qu'il s'agit de mélancolie ou de délire mélancolique alcoolique. Les terreurs anxieuses de l'alcoolique ne sont que des phénomènes réactionnels, bien différents de la douleur morale, fondamentale, du mélancolique. Le délire se relie directement aux phénomènes sensoriels et présente par suite des caractères psychologiques et cliniques bien différents. L'analogie n'existe que dans la formule de certaines conceptions délirantes ; mais, au point de vue nosographique, le délire alcoolique reste toujours un délire hallucinatoire avec confusion mentale, délire symptomatique et différant profondément de la mélancolie vraie.

Ce n'est pas seulement dans les formes aiguë et subaiguë du délire alcoolique qu'on peut noter les idées d'auto-accusation, on les rencontre également au cours de l'intoxication alcoolique chronique.

Nous allons examiner ensemble une malade, alcoolique récidiviste, qui, au cours d'un dernier accès d'alcoolisme subaigu, a présenté des idées d'auto-accusation avec idées connexes de persécution, reliées aux hallucinations d'ori-

gine toxique, comme c'est le cas ordinaire chez ces malades.

Plus calme aujourd'hui, elle manifeste cependant toujours les mêmes idées délirantes, bien que d'une façon moins accentuée, et ce qui frappe lorsqu'elle les exprime, c'est leur caractère de confusion. Cette confusion dans les idées peut résulter, pour une part, d'après ce que je vous disais tout à l'heure, de la nature même de son délire d'origine toxique, hallucinatoire, mais aussi peut-être d'un état d'affaiblissement des facultés chez une malade de souche névropathique, qui, depuis de longues années, abuse de l'alcool d'une façon presque continue.

Mme C..., née M..., vingt-neuf ans, appartient à une famille où les habitudes alcooliques sont fréquentes.

Ainsi, un oncle était alcoolique, un cousin est mort dans une maison de santé ; le père buvait beaucoup de bière et de vin ; la mère était très nerveuse, avait « des sortes de crises de nerfs » ; elle se trouvait mal, mais sans convulsions ; un frère de la malade boit de l'absinthe de temps en temps.

Pour elle, elle a entendu dire qu'elle fut toujours de santé délicate jusqu'à l'âge de douze ans. Elle fut réglée à seize ans, toujours irrégulièrement. Elle a été en pension, où elle a même reçu une certaine instruction. Elle a toujours eu un caractère méfiant, très susceptible et orgueilleux.

Dès l'âge de seize à dix-sept ans, étant jeune fille et sortant de pension, elle a commencé à boire des liqueurs fortes, du cognac, du rhum et un peu d'absinthe. Le dimanche, son père l'emmenait au café boire de l'absinthe. Puis elle s'est mise à boire des liqueurs qu'elle achetait en cachette. Une fois mariée, il y a cinq ans, elle n'a pas

cessé, mais s'est mise à boire de plus en plus, surtout de l'absinthe. Dans ces derniers temps, elle vendait ce qu'elle avait, bijoux, trousseau, faisait même des dettes pour se procurer de l'alcool. Jamais elle n'a bu, comme les dipsomanes, sous le coup d'une impulsion irrésistible, mais simplement par goût d'abord et par imitation, puis par habitude et aussi par esprit de contradiction, parce qu'on le lui défendait.

Depuis une dizaine d'années déjà, elle avait de fréquents cauchemars la nuit, et des pituites le matin. Cela augmenta encore après son mariage ; elle eut alors de véritables hallucinations ; la nuit elle voyait sur le mur des têtes grimaçantes, des animaux ; ses mains tremblaient. En même temps, elle laissait tout aller à la débandade dans son intérieur, ne s'occupait même pas de son enfant, dont elle abandonnait le soin à sa belle-mère ; laissant, d'autre part, sa bonne diriger sa maison. Son caractère devenait de plus en plus violent, irritable ; sans cesse elle avait des scènes avec son mari ; alors elle demanda le divorce et s'enfuit chez ses parents.

Là, il y a un an, elle eut un véritable accès de délire alcoolique aigu, avec hallucinations de la vue (elle voyait des animaux, des chats, des scènes d'assassinat), de l'ouïe (bruits et voix de gens qui la poursuivaient), idées de persécution, idées hypocondriaques (elle se figurait avoir été mordue par un chien enragé), agitation anxieuse et panophobique. Elle faillit même se tuer en voulant se jeter par la fenêtre afin d'échapper aux gens qui la poursuivaient et voulaient lui faire du mal. Ce paroxysme délirant dura quatre jours à ce degré de violence, puis décrut ensuite rapidement.

A la suite de cet accès, redevenue plus tranquille, Mme C...

ne voulait plus de divorce, et reconnaissant qu'en définitive les torts étaient de son côté, elle demanda à son mari de la reprendre.

Mais elle ne tarda pas à se remettre à boire plus que jamais, vendant tout ce qu'elle avait, s'endettant de tous côtés, négligeant absolument tous ses devoirs d'intérieur, sans nul souci de sa dignité.

Les troubles délirants n'ont pas tardé à reparaître, mais à l'état subaigu, se manifestant surtout par des idées de persécution. De temps en temps, il y avait comme des paroxysmes, caractérisés par de l'insomnie, des hallucinations visuelles ou auditives (elle entendait des voix et leur répondait); des idées de persécution (ces voix l'accusaient, par exemple, d'être une criminelle, de s'être fait avorter, etc.).

Il y a deux mois, elle buvait encore plus que d'habitude, et, dans les premiers jours de juin, elle eut un nouvel accès de délire avec hallucinations zoopsiques (têtes d'animaux), panophobie. La nuit, elle se levait tout d'un coup, disant que le commissaire était à ses trousses. Elle entendait aussi des voix qui l'accusaient continuellement de toutes sortes de crimes, d'avoir crevé les yeux de sa grand'mère, enfoncé des épingles dans la tête d'un petit garçon, etc.

A son entrée, qui remonte à six semaines, elle est beaucoup moins anxieuse ; elle a toujours, cependant, des hallucinations de l'ouïe qui l'accusent de méfaits divers. Elle déclare que beaucoup de ces accusations sont fausses ; mais que, cependant, elle a bien des torts. Elle a eu tort de boire, de faire des dettes, de demander le divorce alors qu'elle avait trompé son mari (?). Si l'on avait su qui elle était, on ne l'aurait pas prise ici ; si l'on avait pris des renseignements sur son compte, ils auraient été mauvais et

l'on aurait dû la mener chez le commissaire pour expier ses fautes. Elle n'est pas digne de retourner avec son mari. Et, d'autre part, si elle est interdite par suite de ses dettes, elle n'a plus rien et ne peut rester ici avec des gens qui payent leur pension. Toutes les personnes de sa maison la poursuivent et lui en veulent ; mais elle a eu tort de se confier à elles et de leur dire des choses qui n'étaient pas. On la poursuit à cause de ses dettes, pour la faire punir, lui faire reconnaître qu'elle est coupable et son mari innocent. » Elle prétend n'avoir plus de cauchemars la nuit.

Tremblement des mains ; fourmillements dans les membres ; troubles gastriques, pituites le matin.

Depuis quelques jours, cette malade est beaucoup plus calme ; mais elle a toujours des idées de persécution. Elles reposent sur des interprétations délirantes, des illusions et des hallucinations de l'ouïe. Les gestes qu'elle voit ont une signification à son adresse ; elle croit reconnaître ici, dans les filles de service, des personnes qu'elle a déjà vues et qui lui en veulent ; quand elles parlent, elles font des allusions à son égard. Elle entend aussi, même la nuit, des voix qui semblent venir de loin : ce sont celles de personnes qu'elle a connues autrefois et qui lui reprochent toutes sortes de choses, faisant même allusion à des faits passés depuis la guerre. On prétend que la fortune qu'elle a recueillie de ses parents n'était pas à eux et ne devait pas lui revenir ; l'argent qu'elle croyait avoir, on a l'air de lui dire qu'il n'était pas à elle ; aussi elle se dit coupable, en ayant fait des dettes, d'avoir en plus dépensé de l'argent qui ne lui appartenait pas.

Aujourd'hui, son état est le même ; hallucinations de l'ouïe ; grande confusion dans les idées. Elle entend dire

toutes sortes de choses qui la déroutent, par exemple, qu'elle n'est pas mariée réellement. Alors elle ne comprend plus rien à ce qui lui arrive. « Si elle n'est pas mariée, alors elle n'est plus coupable ; pourquoi tous ces gens la poursuivent-ils ? Est-ce parce qu'elle leur doit de l'argent ? » Pourquoi est-elle enfermée ? On lui dit que son mari était déjà marié ; donc, elle n'est pas sa femme légitime. Alors, puisqu'elle n'a pas de mari, qui la fera sortir ? Si elle écrit à ses parents, on ne lui répondra pas. Elle refuse les aliments, car elle ne peut payer sa nourriture ; si l'on a payé ses dettes, elle ne sait pas ce qui lui reste d'argent et elle voudrait le savoir d'abord. Ces voix, qui lui disent ainsi des choses qui la déroutent, ne se font entendre maintenant que le jour ; la nuit, elle rêve, mais sans entendre de voix. Elle ne comprend rien à tout cela ; elle sait seulement qu'elle n'est plus comme autrefois, ni comme tout le monde. Elle est autrement et plus mal que les autres, au physique comme au moral. Elle est très préoccupée de savoir si son mari pourra la reprendre ; elle a fait une bêtise de le quitter, et, d'ailleurs, si c'est vrai qu'elle n'est pas mariée, il ne voudra pas d'elle. Les visites de son mari ne la rassurent pas ; de même, on ne peut arriver à la convaincre qu'elle est réellement mariée. Elle a cru l'être, mais on lui dit que c'est faux ; que croire en définitive ?

Voilà donc une malade bien nettement alcoolique, en marche vers la chronicité délirante, et présentant des idées d'auto-accusation. Mais il ne s'ensuit nullement pour cela que ce soit de la mélancolie. Vous avez vu, en effet, chez elle, que le symptôme psychique capital, c'est l'hallucination. C'est à elle que se rattachent les idées délirantes.

Sous cette double influence se manifestent les phénomènes émotionnels à titre de simples réactions.

Cet enchaînement symptomatique ne laisse pas d'être bien différent de celui qui caractérise la mélancolie. Aussi, les idées d'auto-accusation, malgré leur formule, n'ont-elles aucun des traits capitaux de celles du mélancolique vrai. Le délire n'a plus à son origine ces phénomènes fondamentaux sur lesquels j'ai si souvent insisté, il ne reflète plus la douleur morale, il n'est ni fixe ni monotone.

En terminant, je vous ferai remarquer ici la présence d'idées de persécution de même origine que les idées d'auto-accusation et reliées l'une à l'autre. Mais c'est là un point sur lequel je me réserve de revenir plus spécialement par la suite.

Vous voyez déjà, Messieurs, par cette revision rapide, que le délire d'auto-accusation n'est nullement par lui-même caractéristique de la mélancolie, puisqu'il se rencontre dans des formes psychopathiques diverses. Celles que nous avons examinées ne sont pas les seules où il puisse se présenter, et nous aurons l'occasion, au cours de nos réunions, de le retrouver encore dans d'autres circonstances.

QUATORZIÈME LEÇON

Paranoia aiguë et confusion mentale primitive. Les idées d'auto-accusation dans la paranoia aiguë[1].

Sommaire. — La *Paranoia*. — Sa définition, ses divisions.
Opinions diverses sur la délimination de la paranoia aiguë et de la confusion mentale hallucinatoire.
Paranoia aiguë simple. — Exemple clinique : idées de persécution et d'auto-accusation.
Paranoia aiguë hallucinatoire. — Exemple clinique.
Paranoia aiguë hallucinatoire avec confusion mentale. — Exemple clinique : idées d'auto-accusation.
Confusion mentale primitive hallucinatoire. — Exemple clinique.
Distinction de la paranoia aiguë et de la confusion mentale primitive.
Cas mixtes; délires hallucinatoires : exemple clinique.

Messieurs,

Dans une de nos précédentes réunions, je vous ai parlé incidemment du diagnostic de la confusion mentale primitive proprement dite, d'intensité moyenne, avec certaines formes de paranoia aiguë; diagnostic souvent difficile par lui-même et qui parfois le devient d'autant plus, que cette paranoia aiguë peut aussi s'accompagner d'états de confusion mentale. Je me propose aujourd'hui de vous entretenir de cette question avec plus de détails. Si, en pratique, elle mérite une étude particulière, elle n'est pas moins importante en théorie ; car elle a trait à la délimitation même de la confusion mentale et de la paranoia aiguë,

(1) Leçon du 7 mars 1894.

qui, aujourd'hui encore, est à l'étranger l'objet de bien des controverses.

Il me semble tout d'abord nécessaire de vous indiquer très brièvement ce qu'est la paranoia.

On désigne sous le nom de *paranoia* — folie systématique — un état psychopathique fonctionnel, caractérisé par une déviation particulière des fonctions intellectuelles les plus élevées, n'impliquant ni une décadence profonde, ni un désordre général, s'accompagnant presque toujours d'idées délirantes plus ou moins systématisées et permanentes avec hallucinations fréquentes.

Ce délire, qui ne représente qu'une phase, le point culminant de l'affection, est indépendant de toute cause occasionnelle ou de tout état morbide émotionnel antérieur ; il a son origine dans l'intimité du caractère individuel, de la personnalité ; c'est un délire primitif. Aussi ne fait-il que mettre en évidence d'une façon tout à fait pathologique des anomalies de la constitution psychique parmi lesquelles prédomine l'exagération du sentiment de la personnalité, l'autophilie. Il se présente comme une sorte de perception inexacte de l'humanité, échappant à la loi du consensus universel, comme une interprétation particulière du monde extérieur dans ses relations avec la personnalité du malade qui rapporte tout à lui, soit en mal, soit en bien (caractère égocentrique des auteurs allemands) ; et il s'accompagne toujours d'un manque de critique, de contrôle, d'une foi absolue — bien que la lucidité reste complète en dehors du délire. Les hallucinations, lorsqu'il en existe, sont créées à l'appui de ce délire, le personnifient en quelque sorte, et, par suite, ont le même caractère égocentrique.

Comme exemple de paranoia, je vous citerai ces faits, qu'on a décrits en France sous le nom de *délires des persécutions*.

Sans entrer ici dans l'exposé de la question de la paranoia, je vous dirai simplement que tous les auteurs admettent l'existence d'une paranoia *primitive*, celle dont je viens de vous esquisser très rapidement la définition. Il en est qui décrivent en plus une paranoia *secondaire*, c'est-à-dire survenant à la suite d'états psychoneurotiques, manie ou mélancolie. Mais on s'accorde le plus généralement à la considérer comme une simple période de délire systématisé formant un trait d'union entre l'affection première et la démence.

En ce qui a trait à la paranoia primitive, tandis que certains auteurs la regardent comme étant toujours de nature constitutionnelle (paranoia dégénérative), d'autres, sans nier qu'il existe des cas de ce genre, en restreignent plus ou moins le domaine et admettent en regard des cas de nature acquise (paranoia psycho-neurotique.)

Enfin, si tous sont d'accord à lui reconnaître une marche essentiellement *chronique*, progressive ou rémittente, il en est qui décrivent cependant une forme *aiguë* de la paranoia primitive.

Cette forme aiguë de la paranoia primitive, lorsqu'elle s'accompagne d'hallucinations (et le cas est fréquent), peut offrir une assez grande ressemblance avec la variété hallucinatoire de la confusion mentale primitive.

De là les divergences des opinions que l'on trouve exprimées à cet égard dans la littérature psychiatrique.

Cette question de délimination, déjà difficile au point de

vue clinique, est d'une étude encore singulièrement embrouillée par l'emploi des dénominations usitées, très nombreuses et souvent employées dans des sens différents.

C'est ainsi qu'en Allemagne, où cette question a surtout été agitée, le terme *Wahnsinn* est tantôt synonyme de *Verrücktheit* et *Paranoia;* tantôt au contraire il s'applique à des faits distincts, correspondant à la *Verwirtheit* ou confusion mentale d'autres écrivains, dont les synonymes sont aussi multipliés. M. Chaslin en a recueilli vingt-huit en différentes langues !

Je ne puis, Messieurs, aborder ici l'exposé successif et la critique des idées de chaque auteur en particulier. Il me semble préférable, pour nos études cliniques, de considérer la question à un point de vue général.

En résumé, les différentes opinions sur les cas en litige peuvent se réduire à quatre.

1° C'est ainsi que Westphal (1), le premier, décrit très rapidement, à côté des formes chroniques de *Verrücktheit*, — ou, comme nous disions tout à l'heure, *Paranoia* — une forme aiguë (*acute primäre Verrücktheit*), caractérisée par un début et un développement rapide du délire, avec hallucinations multiples et confusion dans les idées et comprenant tous les cas aigus que nous envisageons.

Merklin (2), Buch, Schæfer (3), Schuele (4), Rosen-

(1) Westphal, *Allg. Z. f. Psych.*, 1878, t. XXXIV.

(2) Merklin, *Thèse de Dorpat,* 1879.

(3) Schæfer, *Allg. Z. f. Psych.*, t. XXXVII. Cet auteur se sert du terme de *Wahnsinn*, au lieu de celui de *Verrücktheit*, employé par Westphal.

(4) Schuele, *Traité des maladies mentales.* Il se sert également du terme de *Wahnsinn* et la *Verrücktheit* n'est pour lui que la forme originelle, un groupe du *Wahnsinn* typique.

bach (1), del Greco (2), Grimaldi (3), adoptent à cet égard les idées de Westphal.

En France, M. Magnan se rapproche également de cette manière de voir, car il englobe tous ces cas aigus dans sa folie des dégénérés sous le nom de *délires d'emblée et polymorphes* (4).

2° En revanche, Krafft-Ebing (5) n'admet pas l'existence d'une forme aiguë de la paranoia (*Verrücktheit*), et décrit les faits en question dans un chapitre à part, sous le nom de *délire hallucinatoire* (*hallucinatorischer Wahnsinn*). Ils seraient, pour lui, assez voisins de la stupidité ou démence primitive aiguë, que les auteurs précédents décrivent, au contraire, absolument à part.

Un certain nombre d'auteurs se rangent à cette manière de voir, mais en usant d'une terminologie différente. C'est ainsi que Mayser (6) fait remarquer, et à juste titre, que l'expression de Krafft-Ebing 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

(1) Rosenbach, *Annales médico-psychologiques*, 1891.
(2) Del Greco, *Manicomio moderno*, 1892.
(3) Grimaldi, *Manicomio moderno*, 1889.
(4) Magnan, *Leçons cliniques*, 2e édition, 1893. — Dans un article tout récent sur ce sujet, le même auteur ajoute simplement que ces délires doivent être distingués de ceux décrits en Allemagne sous le nom d'*hallucinatorischer Wahnsinn*, dont il ne donne pas d'ailleurs de description et qui ne figurent pas dans sa classification, pas plus que la confusion primitive ou la démence aiguë (*Progrès médical*, n° 5, 1895.)
(5) Krafft-Ebing, *Lehrbuch der Psychiatrie*.
(6) Mayser, *Allg. Z. f. Psych.*, 1886.

de *Paranoia*. Il importerait donc de trouver, pour ces cas bien caractérisés, une dénomination spéciale, telle que, par exemple, *acute astenische Delirium*.

C'est ce qu'ont fait aussi d'autres aliénistes, qui décrivent les cas du même genre sous les noms de *Verwirrtheit* (Fritsch (1), Meynert (2), Koch (3), Salgo (4), Schlangenhausen (5), *Amentia* (Meynert), *hallucinatorische Verworenheit* (Konrad (6), Salgo); *primary confusional insanity* et *acute hallucinatory confusion* (Spitzka) (7); *frenosi sensoria acuta* (Morselli) (8); *delirio sensoriale acuto* (de Luzenberger) (9), etc.

En fait, nous voilà jusqu'ici en face de deux opinions relatives au cas en question : l'une les rattachant à la paranoia, à titre de forme aiguë; l'autre en faisant un groupe clinique à part, et les rapprochant ou les confondant même avec la démence primitive aiguë, ce qui les ferait correspondre à notre variété hallucinatoire de la confusion mentale primitive.

3° Une troisième opinion, moins radicale que les précédentes, distingue parmi ces cas aigus deux groupes,

(1) Fritsch, *Jarh. f. Psych.*, 1881.

(2) Meynert, *Jarh. f. Psych.*, 1881. Dans ce travail, l'auteur distingue de la *Verrücktheit* la confusion (*Verwirrtheit*) hallucinatoire qu'il sépare aussi de la Verrücktheit aiguë de Westphal, à laquelle il applique le nom de *Wahnsinn*. Plus tard (*Klinische Vorlesungen*, Wien, 1890), il réunit tous ces cas aigus sous le nom d'*Amentia*.

(3) Koch, *Guide pour l'étude de la psychiatrie; Irrenfreund*, 1880, et *Allg. Z. f. Psych.*, XXXVI.

(4) Salgo, *Compendium der Psychiatrie*.

(5) Schlangenhausen, *Jarh. f. Psych.*, 1881.

(6) Konrad, *Arch. f. Psych.*, 1885.

(7) Spitzka, *Traité*.

(8) Morselli, *Manuel de séméiologie des maladies mentales*.

(9) De Luzenberger, *Manicomio moderno*, 1888.

d'après l'analyse des symptômes, leurs rapports intrinsèques, l'importance et la nature primitive ou secondaire de la confusion. Mais ces deux groupes sont rattachés tous deux à la paranoia.

C'est ainsi que Kirchoff (1) décompose la paranoia en *Verrücktheit*, forme chronique et progressive, *Wahnsinn*, forme aiguë, mais cohérente, et *Verwirrtheit* (confusion), forme incohérente dans laquelle la confusion apparaît soit comme le fondement de la maladie, soit comme syndrome secondaire, consécutif.

Plus précis encore, Ziehen (2) admet alors une paranoia hallucinatoire aiguë, avec confusion secondaire aux hallucinations, et une paranoia dissociative, avec confusion primitive, et correspondant à notre confusion mentale primitive. De même Schuele (3), dans un article récent, tend à admettre dans sa paranoia aiguë une forme qui se rapprocherait de l'amentia de Meynert.

4° C'est un acheminement à une dernière opinion plus éclectique encore, qui sépare ces faits en deux groupes se rattachant soit à la paranoia en tant que forme aiguë, soit à la confusion mentale en tant que variété hallucinatoire, et cherche, à ce propos, à en établir le diagnostic.

Telles sont les idées émises par Mendel (4), qui distingue la paranoia aiguë de ce qu'il appelle la *manie hallucina-*

(1) Kirchoff, *Lehrbuch der Psychiatrie*, 1892.
(2) Ziehen, *Psychiatrie*.
(3) Schuele, *Allg. Z. f. Psych.*, t. L.
(4) Mendel, *Die Manie*, 1881 ; *Real-Encyclopedie*, 1888, Art. *Paranoia aiguë*. La distinction faite par cet auteur est plus nette dans des travaux ultérieurs. Le délire hallucinatoire (*Médecine scientifique*, n° 21, et *Allg. Z. f. Psych.*, t. LI).

toire, par Amadei et Tonnini (1), Wille (2), Werner (3), Neisser (4), Serbsky (5), Schœnthal (6), Korsakoff (7), Chaslin (8). Krœpelin (9) également fait le diagnostic de ces différents cas qu'il range soit dans sa *Verwirrtheit*, soit dans son *Wahnsinn*, ce dernier correspondant, surtout dans la variété hallucinatoire, à la paranoia aiguë d'autres auteurs, mais détaché cependant du cadre de la paranoia (*Verrücktheit*) proprement dite, toujours chronique et incurable.

J'ai dû, Messieurs, vous exposer très brièvement, ces quelques considérations; en même temps qu'elles pourront vous servir de guide dans la lecture des différents auteurs, elles vous montrent les difficultés de ces questions de diagnostic (10).

Tout cela vous a certainement paru très aride et fort obscur, mais quelques exemples vont vous rendre plus claires toutes ces distinctions.

N'oublions pas que le but de nos réunions est essentiellement clinique. Aussi, laissant maintenant de côté toute

(1) Amadei et Tonnini, *Archivio italiano per le malattie nervose* 1883-1884.

(2) Wille, *Arch. f. Psych.*, 1888.

(3) Werner, *Die Paranoia*, Stuggart, 1891.

(4) Neisser, *Centr. f. nervenh. und Psych.*, 1892.

(5) Serbsky, *Allg. Z. f. Psych.*, 1892.

(6) Schœnthal, *Neurol. Centralb.*, 1891.

(7) Korsakoff, *Traité de psychiatrie*, 1893.

(8) Chaslin, *Annales médico-psychologiques*, 1892.

(9) Krœpelin, *Compendium*, 4e édit., et *Neurol. Centralb.*, 1892.

(10) Pour plus amples détails, voir : J. Séglas, la Paranoia (*Archives de neurologie*, nos 37 et suivants, 1887); et les travaux suivants qui ont paru depuis la rédaction de cette leçon : Kéraval, Paranoia (*Archives de neurologie*, 1894-1895) ; Cramer et Bœdeker, *Rapport sur la Paranoia* et discussion à la Société psychiatrique de Berlin (*Allg. Z. f. Psych.*, t. LI) ; Ph. Chaslin, *la confusion mentale primitive*, 1 vol., 1895.

considération bibliographique, voyons à étudier les faits en litige au point de vue du diagnostic.

Vous savez déjà ce que c'est que la confusion mentale primitive hallucinatoire ; il me reste à vous parler de la paranoia aiguë.

Nous allons commencer par étudier des faits à propos desquels il ne puisse pas s'élever de contestations, et voir si l'on y retrouve ces traits de la paranoia chronique que je viens de vous retracer.

Les auteurs qui ont étudié de plus près la question de la paranoia aiguë, Mendel, Amadei et Tonnini, Werner, par exemple, admettent qu'elle peut être *simple* ou *hallucinatoire*.

C'est un cas simple que je vais vous exposer tout d'abord.

Mme L..., âgée de trente-six ans, est entrée le 16 septembre.

Les *antécédents héréditaires* nous apprennent que la *grand'mère paternelle* est morte de ramollissement cérébral ; que le *père* est bizarre, original, très emporté, émotif à l'excès. La *grand'mère maternelle*, très originale, avait des idées érotiques ; la *mère* a eu aussi toute sa vie des idées érotiques, et tenu une conduite assez suspecte ; elle paraît n'avoir pas été hystérique.

Un *frère* est intelligent, mais mal équilibré, original, méticuleux, très émotif.

Dans les *antécédents personnels*, rien de particulier à noter. Constitution assez bonne, manifestations arthritiques pour lesquelles notre malade a été soignée par différents médecins. Au point de vue de la conformation physique, je vous signalerai un développement exagéré du tissu adipeux et du système pileux, assez abondant sur la figure ;

le lobule de l'oreille est absolument adhérent. Il y a un prognathisme assez accentué de la mâchoire inférieure; la tête est petite, mais régulière. Aucun stigmate d'hystérie. L'intelligence est moyenne, l'instruction ordinaire; le caractère emporté, volontaire, mobile et capricieux. Cette dame a toujours manifesté des idées romanesques et vaniteuses, des *aspirations vers l'idéal*, des sentiments religieux très développés, des scrupules; elle a toujours été, dit-elle, très exaltée en religion comme en tout. Elle est devenue veuve il y a trois ans; elle n'a jamais eu d'enfants.

Depuis deux ans, elle avait fait la connaissance d'un certain M. P..., dont elle donne le nom et l'adresse; elle a causé plusieurs fois et aurait même entretenu avec lui une correspondance. Elle croyait toujours qu'il allait la demander en mariage et bâtissait sur cette union toutes sortes de projets d'avenir grandiose. Mais elle s'est aperçue qu'elle avait affaire à un « vulgaire gredin qui ne voulait que la posséder, alors qu'elle ne s'occupait que d'idéal et rêvait l'union des âmes ». Ce fut pour elle une grande déception de voir ses projets d'avenir manqués. Alors, vers la fin d'août, elle commença à manifester des idées de persécution, qui allèrent en s'accentuant jusqu'à son entrée, le 16 septembre.

Elle prétendait qu'on s'était moqué d'elle, qu'on lui avait versé un narcotique pour la rendre folle et lui communiquer la folie amoureuse, qu'un jour où elle avait reçu chez elle la personne en question, on avait placé deux personnes derrière un rideau pour l'espionner; qu'on lui avait fait manquer son mariage avec cet individu, que tantôt elle traitait de misérable, tantôt elle regardait comme le plus parfait gentilhomme, l'ambassadeur du saint siège, parlant

du rang qu'elle eût occupé, de la fortune qui fût devenue la sienne. On voulait la faire interdire; elle se croyait déshonorée, craignait le mépris de sa famille. Elle accusait toutes les bonnes de la maison d'être contre elle; sur son passage, on se moquait d'elle et l'on semblait se concerter. Sa propre bonne jouait auprès d'elle un rôle misérable; elle laissait tout en désordre dans l'appartement, afin de faire passer sa maîtresse pour folle; elle faisait toujours son café trop fort dans une mauvaise intention. Une fois, Mme L... porta chez le pharmacien une bouteille renfermant du lait qu'elle disait empoisonné; elle écrivit à différentes personnes, au procureur de la république pour réclamer, à son confesseur pour lui demander pardon de juger mal ses parents, « alors que c'était elle qui avait tous les torts ». Pendant les cinq derniers jours qui ont précédé son internement, elle était très excitée, se portant même à des actes de violence sur sa famille, qu'elle accusait de vouloir la voler; elle fit alors, à plusieurs reprises, des fugues subites, la plupart du temps la nuit; une fois même elle avait emporté avec elle tout ce qu'elle possédait.

A son entrée, le 16 septembre, elle est très excitée, remuante, loquace, émettant des idées délirantes très caractérisées, réunies au fond par une certaine systématisation, mais traduites au dehors d'une façon décousue, la malade passant de l'une à l'autre avec une grande mobilité.

Elle répète qu'elle n'est pas atteinte de folie amoureuse; qu'il y a un complot monté contre elle, qu'on lui a fait boire un narcotique qui rend amoureuse et qu'elle a joué ainsi la comédie de l'amour. Cet individu, qu'elle pensait épouser, est un misérable. Il a voulu la violer, sans y réussir; mais il avait aposté, derrière un rideau, sa bonne qui l'espionnait,

et il y avait, derrière une porte, un médecin qui en faisait autant. Elle a vu, à plusieurs reprises, dans ses aliments, du poison, jeté là par sa bonne, qui avait ameuté contre elle tous les domestiques de la maison. On se concertait sur son passage, on « persiflait ses paroles ». Ses parents même ont voulu se débarrasser d'elle et lui ont donné un philtre pour lui faire jouer la folie amoureuse devant le médecin qu'ils avaient appelé pour se débarrasser d'elle; c'était d'ailleurs un faux médecin. Elle souffre horriblement, avec tous ces gens qui lui en veulent. Sans doute, ce monsieur a voulu lui donner une leçon; elle avait eu tort de se confier à lui, de lui révéler des choses qui, depuis, lui semblent mal, comme d'avoir dit que son père était fou; mais elle a bien expié cette conduite par toutes les souffrances qu'on lui a fait endurer. *Ces expiations sont justes*, il est vrai, *car elle a été coupable*, elle a été trop orgueilleuse; mais elle doit maintenant avoir tout expié, après avoir tant souffert. Et, en disant ces mots, elle se traîne à terre, à genoux, pleurant, les mains jointes comme une suppliante. Elle ne peut que désirer la mort, qu'elle chercherait si la religion ne défendait de se la donner soi-même. Elle prétend ne pas entendre de voix injurieuses; une fois seulement, sa bonne lui aurait dit : « C'est la vengeance d'un Corse et d'une Allemande. » Une autre fois, dans une de ses fugues, elle aurait entendu deux agents qui la suivaient, déguisés, l'un en employé de chemin de fer, l'autre en noir, dire en la voyant : « C'est inutile, elle rentre chez elle. »

Pendant les semaines suivantes, cette dame, bien que plus calme, manifeste toujours les mêmes idées délirantes. « Plus je vais, écrivait-elle à cette époque, plus j'atteste que Joséphine (sa bonne) a joué un rôle bien misérable auprès

de moi... Depuis le 4 septembre, je me sentais des engourdissements dans la tête, c'est pour cela que j'ai porté mon lait à examiner... Elle laissait tout dans un profond désordre et voulait faire constater que je mettais tout en l'air. Je n'ai jamais eu de passions ; quand j'aime, j'aime profondément et voilà tout. Si j'ai pensé au mariage avec ce monsieur, c'est que, depuis deux ans, on me disait qu'il voulait se remarier et qu'il ferait bien mon affaire. J'ai été inconséquente, croyant à un mariage, mais mes lettres peuvent affirmer que le jour où je n'y ai plus cru, j'ai rompu de suite... Il y a là-dessous certainement quelque chose que je ne puis m'expliquer : pourquoi surprendre une personne naïve, et pourquoi Joséphine a-t-elle joué un rôle aussi misérable auprès de moi? J'ai expié de toutes façons et largement ce que j'ai pu avoir de torts de toutes façons. Je les comprends et je demande qu'on me rende à la vie commune. J'ai appris en six semaines à connaître la vie; l'expérience est faite, la leçon est dure, je demande qu'elle soit finie. Il a été très sévère pour moi; j'ai eu de grands torts, je ne les connaissais pas; je l'oublie bien complètement et je me souviendrai toujours des dures leçons qu'il m'a données, et je les mettrai à profit quand même. Je laisse de côté tout souvenir d'amertume, j'oublie le passé, je demande qu'on l'oublie avec moi. J'ai eu des torts, mais de maladie... pas. » J'ajouterai, en passant, que cette malade ne présentait aucun stigmate d'hystérie.

Dans le courant d'octobre, elle est plus calme et abandonne plus facilement ses idées, de moins en moins étroitement associées. Cependant, elle accuse toujours la famille de son père, qui est mal avec celle de sa mère, d'avoir suscité ce M. P... et organisé le complot pour la perdre de réputation.

En novembre, les idées de persécution et d'empoisonnement se dissocient de plus en plus. En revanche, Mme L... accuse des idées hypocondriaques; elle souffre de partout, elle a peur de devenir folle ou gâteuse.

En décembre, son délire tend à disparaître. Elle ne convient cependant pas encore absolument de la fausseté de toutes ses idées, tout en reconnaissant qu'elle jugeait mal les choses parce qu'elle était souffrante.

En janvier, Mme L... reconnaît sans difficulté qu'elle a été malade, qu'elle a eu un accès de délire. Elle peut être considérée comme guérie de cet accès; mais, si les idées délirantes ont disparu, le caractère individuel même dont elles n'étaient, en réalité, que l'exagération, est resté toujours ce qu'il était autrefois.

Voilà, Messieurs, un cas très simple et dont le diagnostic est des plus faciles. Celui de confusion mentale en particulier, dont nous nous occupons exclusivement maintenant, ne se pose même pas; nous ne rencontrons ici aucun de ces troubles intellectuels qui constituent le fondement de la maladie dans la confusion mentale primitive.

Dans notre cas actuel, au contraire, sans insister sur les antécédents héréditaires, ni sur la présence de certaines tares morphologiques, nous trouvons d'abord, chez notre malade, un caractère particulier, exalté, romanesque, vaniteux et scrupuleux. Sur ce fonds spécial se font jour, à un moment donné, des idées délirantes qui se montrent d'emblée, d'une façon primitive, c'est-à-dire sans être précédées d'aucun autre trouble psychoneurotique antérieur.

En même temps, le début n'est pas absolument subit, mais la période d'acuité des troubles délirants est précédée par une période, assez courte d'ailleurs, de préparation progressive;

si bien qu'ils sont ainsi reliés en quelque sorte à l'état normal.

Une fois installés, ils en apparaissent même comme l'exagération ; car on peut retrouver dans les idées délirantes les traits particuliers du caractère antérieur. A la place des simples tendances romanesques, vaniteuses, scrupuleuses, on note maintenant des idées érotomaniaques, de grandeur, de persécution, d'expiation ; et il est facile de saisir, d'autre part, dans les idées délirantes un caractère particulier d'autophilie, d'exagération de la personnalité, prédominant malgré la présence des idées spéciales d'expiation.

Toutes ces idées délirantes, malgré leur mobilité surtout dans la période aiguë, malgré leur polymorphisme, sont cependant enchaînées par une systématisation évidente, et s'accompagnent jusqu'à la convalescence d'une foi absolue de la part de la malade, qui se les adapte d'autant plus aisément qu'elles ont de profondes racines dans son caractère antérieur, et qui, par ses paroles et ses actes, dénote une conviction entière, une absence de critique complète, tout en étant du reste parfaitement lucide. Il est à remarquer que, même à la période la plus aiguë, elle n'a jamais présenté de confusion mentale, même secondaire à ses idées délirantes. Elle a été agitée, anxieuse, mobile, mais n'a jamais perdu la notion du temps, du lieu. D'un autre côté, pas de troubles somatiques.

Cette malade se distingue donc nettement des cas de confusion mentale, que vous connaissez bien maintenant ; et, dans les points principaux que je viens de mettre en relief, nous retrouvons, au contraire, tous les traits indiqués dans la définition sommaire de la paranoia, que je vous ai retracée

tout à l'heure, appliqués généralement aux formes chroniques. Étant donnée la marche aiguë et curable de l'affection, nous sommes donc autorisés à dire qu'il s'agit bien là d'un cas de paranoia aiguë.

Avant de passer à une autre observation, permettez-moi, Messieurs, d'attirer votre attention sur certaines conceptions délirantes de cette malade.

Les idées de persécution et de grandeur sont des plus fréquentes chez les individus atteints de paranoia, qu'elle soit aiguë ou chronique. Généralement, elles sont reliées entre elles et forment comme un système délirant, l'une étant l'explication de l'autre. C'est ce qu'on voit d'ailleurs chez Mme L..., qui, à un moment donné, considère les misères qu'elle subit comme dictées par la jalousie de lui voir faire un riche mariage. Mais plus tard, au contraire, elle en trouve une autre explication, et nous voyons se formuler alors des *idées d'auto-accusation* sur la valeur séméiologique desquelles j'ai déjà attiré votre attention. C'est ainsi qu'elle considère les persécutions qu'elle subit comme une leçon pour l'avenir, une expiation de sa conduite passée. Et ces misères ne sont plus imméritées, comme cela est habituel dans les délires de persécution de la folie systématique (*Paranoia*) aiguë ou chronique. Non, cette expiation est juste ; car la malade a eu des torts, elle a été coupable, elle a été trop orgueilleuse. Et il est à remarquer, d'autre part, que ces idées délirantes diverses ont eu comme point de départ des préoccupations érotomaniaques. C'est là un point sur lequel j'aurai l'occasion de revenir.

Dans le fait précédent, il semble n'y avoir eu que très peu de désordres hallucinatoires, si même il y en a eu, ce qui

est douteux. Ce serait donc un cas de paranoia aiguë simple. Mais il en est qui peuvent s'accompagner d'hallucinations, et c'est un exemple de ce genre, encore très caractéristique par lui-même, que nous allons examiner maintenant.

M. L... est âgé aujourd'hui de vingt-quatre ans. Il a deux cousines germaines du côté paternel qui sont internées comme aliénées depuis vingt ans; une cousine germaine du côté maternel, aliénée également, est internée depuis trente ans.

Né de parents cultivateurs, quelques mois avant le décès de son père, il a été élevé à la ferme d'abord; puis, jusqu'à dix-huit ans, dans un collège de jésuites.

D'une intelligence moyenne, il réussit sans trop de peine à passer ses examens. Après une année de régiment, il fait, en flâneur et sans conviction, une année de droit en 1891. Il commence alors à donner les signes d'une indécision générale, d'une instabilité d'esprit profonde. Dégoûté de ses études, il part brusquement pour New-York, dans le but très vague de s'y faire une position. Il y séjourne deux ans, au cours desquels il n'est revenu qu'une fois en France.

Pendant tout ce temps, il mène une existence des plus irrégulières, faisant toutes sortes de métiers bizarres, et souvent contraint, par suite de son insouciance, à de rudes besognes pour gagner sa subsistance. En même temps, il fréquentait les réunions de sociétés philanthropiques, dont certaines théories socialistes ont fait sur lui une grande impression.

Vers la fin de son second séjour, en juin 1893, il devint de plus en plus bizarre, inquiet, méfiant, mais sans pré-

senter d'accidents délirants évidents; lorsqu'en septembre il partit éperdument pour Montréal, persuadé qu'une bande de nègres le poursuivaient partout depuis plusieurs jours pour le lyncher. Après un séjour de cinq heures seulement à Montréal, il revint tout de suite, traînant partout et toujours avec lui sa bande de persécuteurs.

D'après ce qu'il raconte aujourd'hui, il avait alors des interprétations délirantes et des hallucinations de l'ouïe extrêmement nombreuses; il voyait des ennemis dans tous les gens qu'il rencontrait, on se concertait sur son passage; le moindre geste, la moindre parole étaient pour lui matière à interprétations erronées. En même temps, il entendait nettement et sans cesse des voix nombreuses qui l'injuriaient, le menaçaient, l'accompagnant partout jusque dans le train qui l'emmena à Montréal. Au début, cela lui semblait extraordinaire d'être ainsi partout poursuivi par des voix, même lorsqu'il était seul; mais il lui fallut bien se rendre à l'évidence, puisqu'il ne cessait d'entendre. Il en était, dit-il, comme affolé, persuadé qu'on voulait le lyncher parce qu'il ne s'était pas conformé aux préceptes des sociétés philanthropiques qu'il fréquentait.

Il put être ramené en France, où il resta deux mois dans sa famille, beaucoup plus calme, quoique toujours halluciné et poursuivi par sa bande de nègres.

Au bout de ce temps, les accidents délirants devinrent à nouveau plus intenses; toujours poursuivi par ses nègres, le malade avait des hallucinations de la vue très nettes, et de l'ouïe. On le traitait de criminel, on le menaçait de le tuer. Exaspéré par ces voix, et pensant que le fait de ne pas s'être conformé à l'observation stricte des préceptes des sociétés philanthropiques ne méritait pas pareil châtiment, il pensa, pour le justifier en quelque sorte, à tuer un

personnage politique très connu, choisi parmi ceux qui lui étaient peu sympathiques et qu'il considérait comme nuisible aux intérêts de son pays. A ce moment apparurent aussi d'autres idées délirantes, des élans d'humilité religieuse et des plans de réforme sociale. Il voulait tous les hommes égaux ; les riches devaient s'humilier, se dépouiller pour les pauvres et les traiter en frères. Prêchant d'exemple, il voulait faire l'aumône de ses vêtements, et c'est alors, en décembre, qu'il fut arrêté sur la voie publique, exposant, pieds nus, ses théories.

Après l'internement, cet état d'exaltation continua, s'accompagnant toujours d'idées religieuses très exaltées avec de grands élans d'humilité et de repentir, d'idées de persécution avec hallucinations fréquentes de la vue et surtout de l'ouïe.

Au bout de quelques semaines, les idées de persécution et les hallucinations disparurent complètement, cédant la place aux autres idées. L... prêche toujours l'humilité et le repentir, il veut se confesser, il se félicite d'être passé par toutes les épreuves qu'il a subies ; elles l'ont éclairé sur l'existence sociale et sur la conduite à tenir vis-à-vis des autres hommes. Mais, à côté de cela, il manifeste surtout des idées mystiques de nature orgueilleuse. Il se dit inspiré, en communication directe avec Dieu, sans avoir cependant d'hallucinations nettes ; il se croit des idées supérieures, qui le remplissent d'orgueil ; il professe un socialisme extravagant, convaincu d'en être le pontife réformateur, et il intervient à chaque instant pour mettre ses idées en pratique, contredisant sans cesse ses théories par ses actes, réclamant sa liberté pour mettre ses idées en pratique.

En mars, il devient beaucoup plus calme; il commence à se rendre qu'il a été malade, dit de lui-même que ses idées de persécution, ses hallucinations étaient de la folie, convient moins aisément de la fausseté de ses idées orgueilleuses ; toutefois ces idées s'atténuent de jour en jour, et tout fait supposer qu'elles ne tarderont pas à s'effacer, laissant d'ailleurs le malade avec ses convictions philanthropiques antérieures et ses travers de caractère.

Vous le voyez, Messieurs, nous retrouvons, dans ce nouvel exemple, les mêmes faits capitaux constatés dans le précédent : rien qui rappelle la confusion primitive, aucun signe de confusion mentale secondaire.

En revanche, nous rencontrons, chez ce jeune homme issu d'une famille psychiquement tarée, des preuves d'une constitution psychopathique antérieure. Sur ce fonds particulier, apparut, encore d'emblée, un délire primitif, qui, après une période, assez courte d'ailleurs, d'incubation, se manifesta avec des caractères d'acuité extrême. Les conceptions délirantes se formulent comme idées de persécution, et, plus tard, de grandeur, imprimant au délire un caractère d'autophilie des plus nets; et, d'autre part, on retrouve là comme une exagération des tendances antérieures chez ce malade, élevé chez les jésuites, affilié plus tard à des sociétés philanthropiques, arrivant à se croire poursuivi pour avoir violé leurs préceptes et manifestant des idées de réforme sociale.

Il est encore aisé de voir que toutes ces idées délirantes sont assez étroitement systématisées, et aussi acceptées par le malade sans contrôle, avec une conviction absolue. Et cela d'autant plus qu'il avait de nombreuses hallucinations, surtout de l'ouïe, qui ne cessaient de le

confirmer dans ses idées délirantes. Il est à noter, à ce propos, que ces hallucinations n'ont apparu qu'à la période d'acuité de la maladie, sur un terrain délirant préparé dans le même sens, et rappellent les mêmes traits du caractère que le délire.

Il nous semble donc, qu'en raison de ces particularités, nous pouvons conclure qu'il s'agit là d'un cas de délire systématisé hallucinatoire aigu d'emblée, ou, si vous le préférez, de paranoia aiguë hallucinatoire.

Je vous ferai remarquer enfin que, dans ce cas, les idées de persécution du malade sont encore reliées à des idées d'auto-accusation, bien que peu accentuées, car il croyait être poursuivi, devoir être lynché pour ne pas s'être conformé aux préceptes de sociétés philanthropiques.

J'espère, Messieurs, que les deux cas précédents, vu leur netteté, ont pu vous convaincre qu'il existe des faits évoluant d'une façon aiguë, ne présentant aucun signe de confusion mentale, mais rappelant au contraire les traits principaux de la paranoia chronique. Nos deux malades sont, à cet égard, suffisamment démonstratifs et peuvent donner une idée exacte de ce qu'on peut entendre par paranoia aiguë, simple ou hallucinatoire. Ils vont nous aider ainsi à comprendre le fait suivant, qui est un peu plus complexe.

Mlle R..., âgée de vingt-six ans, est la fille d'un *père* qui a été dix ans aliéné, s'est rétabli, puis a rechuté et est mort fou.

Nous ne savons rien de l'enfance de la malade.

Elle a toujours été très orgueilleuse et en même temps très scrupuleuse; elle-même avoue, dès l'âge de dix ans,

des scrupules religieux ; elle se rappelle avoir eu un scrupule le jour de sa première communion, parce qu'elle croyait avoir mal fait sa prière, et, par suite, être en état de péché mortel. Toujours elle a eu peur de la damnation. Elle est également un peu superstitieuse. Si elle n'attache pas d'importance au 13, au vendredi, au sel renversé, etc., elle a des préférences pour certains jours, ceux qui sont consacrés, par exemple, à la Vierge, à saint Michel.

D'une intelligence moyenne, elle a pu cependant se faire recevoir institutrice. A dix-huit ans, elle donnait des leçons à des petites filles dans une pension de province ; puis elle est entrée dans un couvent aux environs de Paris. Elle y resta deux ans, et, au bout de ce temps, fut renvoyée parce qu'on ne lui trouvait pas la vocation. Elle vécut alors dans un sous-sol, en faisant de la couture ; au bout d'un an, elle entra dans une maison qui se chargeait de placer des institutrices. Elle y était depuis cinq ans lorsqu'elle est tombée malade. Pendant ces cinq années, elle fit de nombreuses places comme institutrice, car elle restait fort peu de temps dans chacune ; elle a même été jusqu'à changer six fois dans le même mois.

Dans les derniers temps, vers la fin de 1892, elle devenait bizarre, semblait toujours distraite, comme oubliant ses connaissances antérieures, ne surveillait pas sa tenue, se mettait dans des coins où elle restait en prière. Elle était placée à ce moment, et un jour qu'elle était venue rendre visite à la directrice de la maison qui lui avait procuré cette place, elle lui parla de mariage, d'un parti qui se présentait, fait qu'on apprit ensuite être parfaitement inexact.

Le 5 février 1893, la personne chez qui elle était placée la ramène à la maison en disant qu'elle ne se rendait plus compte de ses actes ; elle faisait presque des avances au

frère de cette dame ; elle ne parlait plus, avait l'air d'une véritable idiote, se glissait le long des murs.

La nuit fut très agitée, sans sommeil. Le lendemain, après le déjeuner, elle demanda la permission de sortir pour aller à l'église se confesser, ce qu'elle avait déjà fait quelques jours auparavant. Après avoir résisté, on finit par lui accorder une sortie d'une demi-heure. Elle ne rentra que dans la soirée (notons à ce propos que, pour rentrer, elle avait toujours l'habitude singulière d'attendre que quelqu'un entrât ou sortît, mais sans jamais sonner elle-même pour se faire ouvrir la porte). On l'appela, elle ne répondit que par un cri bizarre et on s'aperçut qu'elle se trompait de porte. On la fit dîner, et aux questions qu'on lui posa sur son retard, elle répondit, avec force démonstrations, qu'elle s'était mariée dans la journée, qu'elle a un charmant mari, qu'elle a dû recevoir ses invités, qu'on s'était opposé à son mariage, qu'elle était allée prier la Vierge de bénir cette union.

Le lendemain, elle ne parlait plus de mariage, mais se mettait continuellement en prière, disant : « Il faut vaincre les passions dominantes, je ne le ferai plus. » C'est à ce moment que s'installèrent les idées délirantes religieuses, pour ne plus disparaître ensuite. Elle disait qu'elle ne pouvait plus vivre, qu'elle était pauvre ; il fallait mourir pour aller au ciel. Elle voulait se confesser ; elle s'accusait d'avoir damné trois prêtres, le cardinal, le saint Père, la directrice de la maison..., elle s'était damnée elle-même.

Ces idées s'accompagnèrent très vite d'hallucinations continuelles. « Écoutez, disait-elle, entendez les voix, on nous appelle, il faut courir. » Elle regardait le ciel, disait voir des oiseaux, des personnages dont la voix l'appelait au ciel ; alors elle a même voulu passer par la fenêtre pour les

rejoindre. Elle disait aussi entendre des voix intérieures. Elle se déshabillait constamment, et même, pendant les quinze jours qui ont précédé son placement, elle fut, pour ainsi dire, tout le temps en chemise; elle courait dans la maison en proie à un état d'agitation anxieuse, criant qu'elle était damnée, qu'elle avait causé la damnation universelle.

Au bout de ces quinze jours, on se décida à la placer; à ce moment, elle se renfermait, le plus souvent, dans un mutisme obstiné, refusait les aliments, était devenue gâteuse. Elle résista lorsqu'on voulut l'emmener, disant qu'on allait la tuer, se déshabillant à mesure qu'on l'habillait. On lui assura qu'on la menait au ciel, et elle consentit à partir, disant « qu'elle se laisserait tuer, parce qu'il faut mourir pour aller au ciel ». En entrant à l'hôpital, elle parut tout étonnée, et demanda : « Est-ce que tous ces gens-là vont aller au ciel avec nous? »

Messieurs, nous ne suivrons pas en détail l'évolution de cet accès délirant, qui a duré à l'état aigu jusqu'au mois d'octobre 1893; je me contenterai de vous indiquer les symptômes capitaux, la physionomie générale, les grandes phases.

Les idées les plus saillantes avaient toujours une teinte mystique et se présentaient avec le caractère d'humilité, d'auto-accusation du délire mélancolique.

Mlle R... se croyait fermement damnée : « Même, dit-elle aujourd'hui, ce n'était pas une crainte, mais une conviction. Je me croyais coupable d'avoir fait du mal et aussi de ne pas avoir fait assez de bien ; d'avoir péché par action et par omission. Je me figurais que j'étais excommuniée, qu'on voulait me tuer, m'enterrer, et que je

serais damnée. Je faisais exprès de ne pas dormir, j'avais peur que le diable me prît. » Un jour qu'on la visitait, elle dit : « Je viens de manger trois prêtres, j'ai une bouchée qui ne peut passer. » Elle pensait que tout le monde était damné à cause d'elle ; elle ne voulait pas s'habiller parce qu'elle n'avait pas le droit de porter une chemise, de manger parce qu'elle avait volé tout, ni de parler parce qu'elle faisait ainsi du mal aux autres.

D'un autre côté, elle avait des idées de persécution, se croyait poursuivie par des francs-maçons, des laïques, qui lui faisaient des misères, des méchancetés ; ils voulaient la fin du monde et la perte des gens qui ont de la religion. A d'autres moments, elle se figurait descendre de sainte Madeleine, avoir des parents dans le pays du soleil, avoir vécu depuis le commencement du monde.

Dès le début, les conceptions délirantes étaient associées avec des hallucinations nombreuses, variées, presque incessantes.

Elle entendait du tapage, des bruits de grelots, des chiens qui aboyaient. Des voix « diaboliques » lui disaient qu'elle serait damnée, qu'elle avait damné tout le monde, des prêtres, des jeunes filles, alors qu'elle aurait pu sauver des âmes ; elle entendait les cris des damnés, le bruit du feu de l'enfer ; on lui disait que la terre était maudite à cause d'elle, qu'elle irait en enfer si elle mangeait.

Quelquefois, ces voix étaient intérieures, mais beaucoup plus souvent extérieures. Elles venaient du dehors, autour d'elle, d'en bas ou d'en haut. Il y en avait de bonnes, de mauvaises, les unes pour elle, les autres contre elle. « Elle entendait le ciel et l'enfer. »

Elle se figurait qu'elle était comme une horloge, un téléphone, qu'on pouvait ainsi communiquer de loin avec elle.

Elle avait en même temps des hallucinations visuelles très nombreuses : figures diaboliques, supplices de l'enfer. Par moments, elle voyait les choses retournées à l'envers; des trains de plaisir qui marchaient dans l'air avec des rails, et elle croyait que c'était les trains du diable.

Elle se sentait tirée par les cheveux, étranglée, pincée par une jeune fille qu'elle avait damnée ; par instants, il lui semblait être toute froide.

Ce délire et ces hallucinations aussi actives entraînaient une grande confusion dans les idées. Elle croyait être en enfer, après la fin du monde, au milieu du chaos, tellement ce qu'elle apercevait autour d'elle lui semblait extraordinaire ; elle se figurait que la terre était bouleversée, séparée en carrés, etc...

Dans sa croyance à la fin du monde, elle ne savait plus bien à quelle époque on était ; elle se figurait avoir cent ans, avoir même vécu de toute éternité.

Mais elle reconnaissait bien les saisons, les personnes, les objets usuels.

Dans les premiers mois, au moment de la période la plus aiguë de la maladie, elle eut des paroxysmes d'agitation, d'inquiétude.

De même, elle se renfermait, par intervalles, dans un mutisme obstiné, ou refusait les aliments par suite de son délire hallucinatoire. On fut même obligé de la nourrir à la sonde. A cette époque, elle avait maigri, sa physionomie était devenue vieille, le regard était vague, perdu dans l'espace.

En octobre 1893, la malade est très notablement améliorée. Elle raconte parfaitement, avec toutes sortes de détails, les symptômes notés précédemment, et même elle les juge

à leur valeur ; elle avait alors l'esprit troublé, dit-elle. Cependant, elle a encore la peur de la damnation, des scrupules de conscience dont elle ne peut se débarrasser, mais beaucoup moins qu'auparavant ; « d'ailleurs, ajoute-t-elle, j'ai toujours eu la conscience de travers, et je n'ai jamais pu prendre le dessus. » Mais elle en est plutôt satisfaite, et regarde cela comme une qualité. Elle a également des interprétations délirantes de persécution ; on devine sa pensée, car on fait allusion à des faits qu'elle n'a dits à personne. Elle a encore des hallucinations auditives assez fréquentes et très nettes : elle entend les cris des damnés, des bruits de l'enfer, des choses désagréables qu'on lui dit exprès pour l'agacer ; des illusions de l'ouïe, car souvent les bruits simples se transforment en mots. C'est, dit-elle, du téléphone. Les paroles qu'elle entend ne sont pas toujours désagréables et peuvent être aussi agréables. Elle se plaint souvent de ne pouvoir parler, suivre sa pensée, *parce qu'elle a trop de choses en tête*. Elle est calme, dort, mange, travaille.

Aujourd'hui (février 1894), les derniers vestiges de l'accès délirant ont considérablement diminué ; la malade se trouve revenue à peu près à son état antérieur, ce qui ne veut pas dire qu'elle soit normale au point de vue intellectuel.

Elle est toujours extrêmement orgueilleuse et très scrupuleuse ; à ce dernier point de vue, elle se présente à nous comme ces malades que nous avons étudiés sous le nom d'obsédés. Elle a des habitudes singulières auxquelles elle attache une importance excessive.

C'est ainsi qu'avant de franchir une porte, elle tourne trois fois sur elle-même. Pour s'habiller, elle ôte et remet sa robe plusieurs fois, parce que ce vêtement peut être maudit, et ces habitudes peuvent conjurer l'influence d'ennemis,

du diable, etc... Si elle n'ôte pas sa robe, « cela la pénètre jusqu'au sang », elle est mécontente d'elle, troublée; elle la défait pour être tranquille, puis une fois qu'elle l'a remise, cela recommence, et elle est aussi mal à son aise que la première fois. Lorsqu'elle coud, elle est obligée de s'interrompre quand on parle; lorsqu'elle marche, de s'arrêter ou de revenir sur ses pas, de peur de « malédifier les personnes ». Il lui semble aussi qu'on va mettre le feu chez elle; elle trouve qu'on fait des allusions sur son compte; elle *a peur* d'avoir des ennemis parmi les francs-maçons. Elle croit entendre des mots dans les sifflets du chemin de fer, les cris des oiseaux. « Je pense bien, dit-elle, *que tout cela n'est pas vrai*, mais je ne puis prendre le dessus. On a beau se dire que cela n'est pas, cela vous domine tout de même. Autrefois, je n'étais que scrupuleuse, j'avais peur de mentir, de ne pas faire le bien. C'était certainement moins bête que mes manies actuelles. » Et elle ajoute, comme avec une certaine satisfaction, que les gens qui n'ont pas de conscience ne peuvent comprendre cela.

Messieurs, le diagnostic de cette observation, envisagée aujourd'hui dans son ensemble, ne me paraît pas donner lieu à de sérieuses contestations. Mais à une certaine période de la maladie, on eût pu hésiter entre plusieurs hypothèses.

Tout d'abord, au moment de son placement, la malade se présentait avec des idées de culpabilité religieuse, d'auto-accusation extrêmement nettes : elle était damnée, elle avait damné tout le monde. En même temps, elle avait du mutisme, du refus d'aliments sous le coup de cette idée qu'elle était une voleuse, un être nuisible, qui ne pouvait ni manger ni parler sans faire du tort à autrui. Ces symp-

tômes, qui occupaient alors le premier plan de la scène délirante, auraient pu, au premier abord, éveiller l'idée d'un accès de mélancolie délirante, et certaines observations de ce genre sont rapportées en effet comme des faits de délire mélancolique. Parfois, on remarque bien que ce n'est pas là le tableau exact de la mélancolie délirante vraie. On invoque alors, comme on aurait pu le faire chez notre malade, le terrain psychique sur lequel reposent les troubles intellectuels pour expliquer leurs variations, et l'on croit s'en tirer en disant que c'est de la mélancolie des dégénérés. Je ne saurais trop, Messieurs, pour ma part, m'élever contre cette manière de voir. La question de la dégénérescence mentale n'a rien à faire en pareille circonstance, et si elle peut influer sur certains symptômes de la mélancolie, lorsque cette affection se présente chez un sujet dit dégénéré, elle ne va pas jusqu'à en changer la nature intime.

La mélancolie n'est jamais la manifestation directe d'une constitution psychopathique, mais elle conserve toujours, même chez les individus les plus tarés, son caractère de psychoneurose, de maladie accidentelle.

D'autre part, pour pouvoir affirmer son existence, il ne suffit pas de constater un ou plusieurs symptômes ordinaires à la mélancolie ; mais il faut, encore et surtout, déterminer, d'une façon précise, leurs rapports respectifs, les modifications psychopathiques fondamentales qu'ils traduisent au dehors, et l'évolution de l'ensemble symptomatique, c'est-à-dire retrouver, en un mot, cette succession de phénomènes somatiques et psychiques que nous avons vus constituer le fondement de la mélancolie, et donner au délire les caractères généraux que je vous ai exposés.

Ainsi analysés, les phénomènes observés chez notre ma-

lade ne pouvaient être rattachés à la mélancolie, car l'examen des symptômes du début de l'affection montre une évolution délirante absolument différente de celle de la mélancolie, l'absence des troubles cénesthétiques, émotionnels, fondamentaux de cette psychoneurose, et par suite, l'absence également de ces caractères généraux du délire mélancolique, constatations que nous avons reconnues indispensables pour affirmer le diagnostic de mélancolie.

Le début est plus rapide, le délire se montre presque d'emblée; il n'est plus secondaire à ces phénomènes que nous avons étudiés, se résumant en un état de douleur morale; mais les troubles émotionnels, lorsqu'il en existe, ne sont, au contraire, que des réactions. Par suite, le délire n'a plus le caractère pénible. De même, au lieu d'être monotone et fixe, il est variable, mobile, comporte des idées délirantes polymorphes, parfois reliées entre elles par une systématisation imparfaite.

D'ailleurs il existait, à la même époque, d'autres symptômes qui ne pouvaient s'accorder avec l'idée d'un accès de mélancolie délirante.

C'est ainsi que la malade avait de nombreuses hallucinations sensorielles, ce qui est au moins rare, comme nous l'avons vu, dans la mélancolie. En outre, elle manifestait des idées de persécution véritables, et surtout des idées de grandeur très nettes par intervalles. Elle voulait bien aussi mourir, puisqu'il le faut pour aller au ciel, conception délirante qui serait extraordinaire chez une mélancolique poursuivie par la crainte de la damnation et de l'enfer.

A cette même époque, il existait un symptôme, la confusion mentale, qui, associé aux idées délirantes, aux hallucinations, pouvait éveiller plutôt l'idée d'un autre dia-

gnostic, celui de confusion mentale primitive hallucinatoire.

La malade, en effet, tout en reconnaissant les saisons, les personnes, les objets usuels, était cependant désorientée. Elle était comme dans un rêve, dans un monde extraordinaire, se croyant en enfer, après la fin du monde, au milieu du chaos ; elle n'avait plus la notion exacte du temps, se figurant avoir cent ans, avoir vécu de toute éternité.

Mais, là encore, il ne faut pas se borner, pour établir le diagnostic, à noter les symptômes; il importe d'examiner leurs rapports respectifs. On voit de cette façon que la confusion mentale se montre étroitement reliée à un délire exubérant, à des hallucinations nombreuses. Au lieu d'être primitive, de constituer le fondement même de l'affection par le mécanisme que nous avons étudié, elle apparaît de la façon la plus nette comme étant seulement secondaire, résultat même de la multiplicité et de l'activité de ces symptômes délirants et hallucinatoires, qui tiennent le premier plan dans le tableau clinique, au lieu d'être simplement accessoires, instables, secondaires.

Aussi lorsqu'ils viennent à s'atténuer, voyons-nous disparaître en même temps la confusion qu'ils avaient provoquée ; alors que dans la confusion mentale primitive, leur effacement n'eût fait que rendre plus évident le symptôme fondamental, l'obnubilation intellectuelle présidant à leur genèse.

Un point clinique à noter encore à l'appui de cette distinction, c'est que la malade, une fois convalescente, peut raconter son délire, tandis que les confus primitifs en sont incapables par suite des troubles de la perception et de la mémoire.

Il est bien évident, Messieurs, que ces diagnostics différentiels n'ont pu se poser qu'à la période d'acuité de l'affection. Lorsque au contraire nous l'envisageons dans tout son ensemble, le diagnostic devient plus aisé. Nous retrouvons alors les mêmes traits que dans les observations précédentes.

C'est ainsi que nous constatons d'abord chez cette jeune fille, héréditaire d'ailleurs, un état d'instabilité mentale évident, un caractère orgueilleux, des tendances religieuses, des scrupules pathologiques, la peur constante de la damnation ; si bien que, plus tard, les accidents délirants apparaissent évidemment comme la simple exagération des tendances antérieures, avec le même caractère primitif que dans les cas précédents.

Le délire, malgré son début rapide, s'installe sournoisement, sans troubles psychoneurotiques antérieurs ; il y a comme une période d'incubation, marquée par des bizarreries d'allures, des idées religieuses et érotiques. Ainsi préparée, se manifeste alors très rapidement la période aiguë avec idées religieuses prédominantes, à formule d'auto-accusation, anxiété purement réactionnelle, idées de persécution, de grandeur, hallucinations, confusion secondaire, etc. Malgré le polymorphisme des idées délirantes, il est impossible de leur refuser ici une systématisation qui, bien qu'imparfaite, n'en est pas moins évidente.

Sous la formule d'auto-accusation, on distingue aussi nettement un sentiment d'autophilie, d'exagération du moi très évident. Et l'humilité dont fait parade cette malade n'est guère chez elle que le masque d'un orgueil profond. Ses craintes religieuses, ses scrupules, sont pour elle les preuves d'une perfection de conscience que bien des gens ne peuvent comprendre et n'atteignent pas. Enfin, l'absence

de contrôle, de critique, est chez elle évidente. Sans doute, aujourd'hui, elle raconte bien les péripéties de son délire, mais elle est très améliorée. Dans la période d'état, au contraire, elle manifestait une conviction profonde dans la réalité des symptômes pathologiques qu'elle accusait.

Ce nouveau cas se manifeste donc encore à nous avec tous les caractères de la paranoia aiguë.

Mais en plus des précédents, il nous a montré deux particularités importantes : d'abord la grande prédominance des idées d'auto-accusation de formule mélancolique. Il est à remarquer que cette malade, à l'époque où elle présentait ces idées côte à côte avec d'autres symptômes qu'on retrouve dans la mélancolie, ne les émettait guère au dehors et se renfermait plus volontiers dans un mutisme obstiné. Ce n'est que plus tard qu'elle a raconté toutes ses vicissitudes délirantes et dévoilé leur intensité. Par là comme par les détails de ses récits, elle se rapproche singulièrement des faits décrits très improprement par Baillarger sous le nom de *mélancolie avec stupeur*. Je vous ai déjà dit que cet auteur avait confondu, pour ces seules raisons, des cas très disparates. Il en est qui sont des exemples de confusion primitive hallucinatoire ; je serais porté à penser que d'autres se rapprocheraient de notre cas actuel et pourraient être qualifiés de *paranoia aiguë hallucinatoire*.

J'espère, Messieurs, que les considérations précédentes suffiront à vous éclairer sur la valeur, en pareille circonstance, du délire d'auto-accusation, qui n'a du délire mélancolique que la formule, mais aucun des caractères généraux, nécessaires et indispensables.

Toutefois, sa prédominance dans certains cas de paranoia aiguë donne à l'affection une physionomie un peu spéciale

et justifie, en quelque sorte, les tentatives de classification de certains auteurs, comme Krœpelin qui, dans le cadre de son *Wahnsinn* (Paranoia aiguë), distingue plus particulièrement une forme dépressive, très rapprochée de la mélancolie, mais en différant cependant par le développement, en quelque sorte fantaisiste, du délire, qui n'est plus l'interprétation de troubles émotionnels ; de plus, la prédisposition est plus grande, et les individus ont déjà présenté des désordres psychiques.

Notre malade nous fournit ainsi un exemple de ces faits dont je vous ai déjà parlé (p. 319), dans lesquels un délire de formule mélancolique apparaît d'une façon primitive et qui, malgré quelques points symptomatiques communs, doivent être séparés de la mélancolie si l'on envisage l'ensemble psychopathique.

Enfin, le second point plus particulier de notre observation, c'est la présence de la confusion mentale. Vous avez pu, je l'espère, saisir ici son mécanisme et son aspect lorsqu'elle se manifeste comme symptôme secondaire. Vous n'en apprécierez que mieux les différences radicales qui, malgré certaines ressemblances apparentes, séparent foncièrement les cas de ce genre de ceux de confusion primitive hallucinatoire, que nous allons examiner maintenant.

En voici un exemple :

M. G..., âgé de trente-deux ans, appartient à une famille dans laquelle je n'ai pu trouver aucun antécédent notable, rien non plus dans les antécédents personnels. L'enfance fut normale, le développement physique très régulier. Ce jeune homme est intelligent, très travailleur, instruit ; d'un caractère entêté, sombre, aimant la solitude ; extrêmement sobre, d'une conduite très régulière ; il fut

toujours affecté d'un léger bégaiement. Depuis deux ans, il s'est très fatigué à travailler outre mesure, et a présenté, dans les derniers temps, des troubles neurasthéniques ; il se plaignait fréquemment de maux de tête, comme d'une barre sur les yeux, de douleurs de reins ; les digestions étaient lentes et s'accompagnaient de gonflement de l'estomac, de renvois de gaz, de somnolence ; constipation, urines parfois très épaisses, tachant le vase.

Le 16 juin 1893, M. G..., alors en voyage avec son père, déjeune chez des amis. Tout allait parfaitement bien jusque-là ; mais le soir, *subitement,* il se plaint de sentir partout une odeur d'iris, d'être gêné pour respirer, et il prétend qu'on a mis des substances nuisibles dans un verre de vin qu'on lui a fait boire au déjeuner, qu'on a voulu lui jouer une mauvaise farce ; état d'agitation anxieuse très prononcé.

Ces symptômes persistent les jours suivants ; les hallucinations de l'odorat, l'anxiété même s'accentuent, ainsi que le délire ; il a peur qu'on le fasse mourir, qu'on l'empoisonne, lui et les siens.

Il est ramené de suite par son père à Paris, et là, les troubles intellectuels ne font que s'accentuer. Il sent toujours l'iris partout, il prétend qu'on l'a empoisonné, qu'on va le faire mourir, qu'on lui a jeté un sort ; il refuse tous les aliments, sauf le lait et le bouillon, leur trouvant une odeur d'iris, qu'il sent dans toute la maison ; de même, il ne veut prendre aucun médicament. Il s'inquiète aussi de ses parents, dit qu'on va également les empoisonner, les réclame sans cesse et *les suit partout comme un véritable enfant*. Il perd totalement le sommeil, ne peut tenir en place, se plaint d'être oppressé. Par moments, il demande où il est, ce qui se passe, disant qu'il a les *idées embrouillées*.

Ses paroles et ses actes sont souvent contradictoires. Ainsi, tantôt il se plaint que sa mère lui a jeté un sort; l'instant d'après, il s'inquiète de ce qu'elle devient et ne peut la quitter. Un jour, il s'échappe de chez lui pour aller porter plainte chez le commissaire; mais, en route, il change de direction sans savoir pourquoi et va chez son médecin, où il demande du bouillon, qu'on lui donne, et dont il prend cinq ou six tasses de suite.

Jusqu'au jour où je le vis, il resta à peu près dans un état identique. Cependant, les personnes qui l'entouraient remarquaient que ses idées devenaient de moins en moins nettes, de plus en plus enfantines; qu'il avait l'air de plus en plus égaré, « comme imbécile ».

A ma première visite, *le 21 juin* 1893, je constate dès l'abord que le facies est fatigué, la démarche pénible; le malade s'avance avec peine en traînant les jambes, comme une personne épuisée, presque à bout de forces. Le regard est vague, égaré, et la physionomie étonnée, tout à fait semblable à celle d'un individu qui se réveille en sursaut.

L'interrogatoire est très difficile ; on a peine à fixer l'attention. M. G... comprend ce qu'on lui dit, mais péniblement; il faut répéter les questions et insister pour obtenir quelques mots. Suivant une expression vulgaire, il n'a pas l'air d'être à la conversation. Il ne parle guère spontanément; ses réponses restent inachevées ou se terminent par une incidente tout à fait différente du début de la proposition. On voit qu'il a peine à rassembler ses idées, et le ton interrogateur du langage manifeste bien l'incertitude, la confusion de la pensée. Il semble trouver difficilement ses mots et fait un véritable abus de « chose, machin » à la place des termes précis qui lui échappent.

De plus, d'une minute à l'autre, il oublie ce qu'on lui a demandé et ce qu'il vient de dire.

Il est tout à fait égaré ; non seulement il ne peut évoquer que très difficilement les souvenirs des faits antérieurs à sa maladie, mais il ne sait pas grand'chose de ce qui s'est passé depuis son voyage. Il ne se rappelle pas du tout ce qu'il a fait, dit ou vu les jours précédents ; même les détails du délire n'ont laissé dans la mémoire que des traces aussi confuses que le reste des notions intellectuelles. C'est, sans doute, dit-il, parce qu'il est éveillé, et il faudrait l'endormir pour le rendre lucide.

Néanmoins, il conserve encore des idées d'empoisonnement et des hallucinations de l'odorat, qui se font jour isolément ou se manifestent incidemment au cours d'une réponse commencée sur un sujet différent. Il me fait sentir ses aliments, changer de place à cause de l'odeur d'iris qu'il sent partout, et même il ne me parle pas en face de peur de m'envoyer des odeurs d'iris, tellement il en est imprégné. Il n'insiste pas quand on contredit ses idées, toujours vagues, peu précises ; mais elles reparaissent l'instant d'après, pour disparaître ensuite de même, conservant ainsi un caractère de grande mobilité.

Non seulement l'évocation des souvenirs passés et surtout récents est très difficile, mais le malade n'a encore qu'une notion très vague du temps. De même, bien qu'il dise être chez lui, il regarde sans cesse tout ce qui l'entoure d'un air tout à fait étonné. Il semble s'en rendre compte ; car il dit, à plusieurs reprises, qu'il ne peut pas penser, rassembler ses idées, qu'il perd la mémoire. Il porte incessamment la main à son front et derrière la nuque ; se plaint de souffrir de la tête, comme si elle était serrée dans un étau.

Par instants, il semble comme oppressé : « C'est l'iris, dit-il. »

Il est assez calme, assez docile, sauf pour prendre des aliments. Il ne les absorbe que si l'on insiste. De même il ne prend ses médicaments que si on les lui inscrit sur une ordonnance qu'il consulte à tout propos.

Il n'y a pas de troubles de la sensibilité, mais les sensations sont perçues très lentement; les pupilles sont restées normales; aucun tremblement; léger bégaiement congénital. La langue est sale, l'estomac très distendu, les digestions difficiles avec renvois de gaz et constipation. Le sommeil est irrégulier la nuit; il y a de la somnolence dans la journée.

Le traitement prescrit consiste en laxatifs, teinture de noix vomique, benzonaphtol, sulfonal, bains tièdes, lait, alimentation.

Tel était l'état de M. G... lorsque je le vis pour la première fois. Déjà il était facile de se faire, sinon une idée absolument précise, au moins une opinion plausible sur la nature des troubles mentaux. Mais, en pareil cas, il est bon de ne pas s'aventurer dès l'abord et d'attendre quelque peu avant de formuler un jugement définitif. Voyons donc ce que devint par la suite notre malade.

(Si longue que puisse être son observation, au lieu d'en donner un résumé rapide, je crois préférable de la rapporter en détail, d'après les notes prises au jour le jour ; de cette façon, il sera plus facile de se rendre un compte exact du tableau clinique, de la marche générale de l'affection, des oscillations qu'elle a pu présenter, des difficultés du diagnostic et des considérations qui ont pu entrer à cet égard en ligne de compte.)

22 *juin*. — Les idées délirantes ne se manifestent qu'à intervalles de plus en plus éloignés, avec les mêmes caractères d'indécision, de mobilité, et provoquent des crises d'anxiété, de courte durée d'ailleurs. M. G... dit alors qu'il va mourir, qu'il dénoncera et qu'on punira les gens qui veulent le tuer, bien qu'il avoue ne pas les connaître.

En revanche, il est beaucoup plus confus que la veille. Il ne reconnaît pas sa maison, la pièce où il se trouve, les personnes qui l'approchent. Ainsi, il ne reconnaît pas son père, qui est auprès de lui, bien qu'il dise le voir, et prétend que sa mère seule est là. Il ne me reconnaît pas davantage et déclare ne m'avoir jamais vu; il ne se souvient pas du tout de ma visite, de notre conversation de la veille; de même, si l'on fait allusion à ses idées d'empoisonnement, aux odeurs d'iris qu'il prétendait sentir, il semble tout à fait étonné de ce qu'on lui dit. Il a la plus grande difficulté à écouter et à s'exprimer, parlant comme un véritable paraphasique, abusant des *chose* et des *machin*, ne terminant pas ses phrases, qui sont absolument décousues.

23 *juin*. — Le sommeil est mauvais; le malade se réveille presque toujours vers 2 heures du matin, en sursaut, très anxieux; il appelle son père, dont la présence le rassure, et il se rendort.

Dans la journée, il est assez calme, mais encore plus égaré que les jours précédents. Il reste immobile, l'œil vague, dans le vide. On doit le secouer pour attirer son attention; il regarde alors d'un air tout hébété, dit qu'il ne voyait rien, qu'il ne pensait à rien, et il a l'air de chercher quelque chose ou d'essayer de se retrouver .en regardant partout autour de lui. Il a du mal à saisir les questions les plus simples, les fait répéter et répond sans cesse : « Mais, je ne comprends pas ! » Ses réponses sont de plus en plus incer-

taines, ses phrases incorrectes, inachevées, émaillées toujours de ses termes favoris, *chose*, *machin*. Par instants, il semble avoir conscience de cela, car il dit à plusieurs reprises : « Je vous demande pardon d'hésiter..., j'ai la tête embrouillée..., j'ai été malade. » Il est tout à fait désorienté; il ne me reconnaît pas du tout; il reconnaît son père, un de ses oncles, mais en hésitant; de même, il ne sait pas bien où il est, et il lui faut beaucoup d'efforts pour se retrouver dans son salon.

La mémoire est très affaiblie. Il ne peut répondre lorsqu'on l'interroge sur les faits récents, et cela lui est même très pénible pour ceux qui ont eu lieu avant sa maladie. Mais il s'en souvient parfois de lui-même, d'une façon automatique, car il parle ainsi de faits isolés; toutefois il n'en comprend plus la portée.

Par instants, il est comme oppressé, respire difficilement; il semble inquiet et dit, par exemple, alors : « Mais ni moi, ni mes parents ne sommes coupables, n'est-ce pas? » D'autres fois, il sursaute comme s'il avait peur, mais ne peut dire de quoi. La présence de son père seul le rassure dans ces moments. Il n'émet plus ses idées de persécution, ne parle pas des odeurs d'iris, et, si l'on y fait allusion devant lui, il semble ne pas comprendre ce qu'on veut dire.

Il est assez docile, se laisse assez bien conduire, surtout par son père, qu'il ne veut pas quitter un instant.

24-25 *juin*. — Pas de crise d'anxiété; il ne formule pas d'idées délirantes. Mais la confusion des idées est de plus en plus grande; il ne sait pas où il est, il demande sans cesse ses parents, alors qu'ils sont à côté de lui. Il trouve que sa mère est changée, que ce n'est pas elle; lorsqu'il demande son père et que celui-ci lui parle, il le regarde étonné et dit que ce n'est pas lui. Lui-même se regarde

souvent dans la glace, comme s'il se trouvait changé, et se tâte sans cesse la figure.

26 *juin*. — Il est toujours de plus en plus confus, et lui-même se plaint par instants d'avoir les idées *embrouillées*. Il fait répéter ce qu'on lui dit, n'en saisit pas le sens ; il se perd dans les conversations les plus simples, malgré des efforts évidents pour les comprendre. « Mais je n'étais pas ainsi autrefois, dit-il. » Le facies est toujours étonné, comme interrogateur. Mêmes troubles de la mémoire ; tous les faits de la maladie sont oubliés. Si on lui parle d'événements antérieurs, il cherche, les reconstitue péniblement en partie, mais pas tous. Il s'étonne de ce qu'on lui en dit et demande si l'on veut le « troubler » en lui parlant de tout cela.

Les mouvements sont lents et pénibles ; une fois debout, après des injonctions répétées et bien des efforts, il marche automatiquement, les jambes demi-pliées, comme s'il allait s'affaisser à terre.

Par moments, il a toujours des crises d'angoisse précordiale ; il dit étouffer, se serre la poitrine, regarde autour de lui d'un air égaré, saisit les mains des personnes voisines comme pour se rassurer, et dit, par exemple : « Ah ! mon Dieu ! que me veut-on ? Qu'ai-je fait ? Ai-je fait du mal ? Ai-je tué ? Si j'ai fait mal, je demande pardon ? » Il n'exprime ces idées que sous une forme incertaine et interrogative ; elles sont extrêmement fugitives, ainsi que les crises d'angoisse.

28 *juin*. — Même état ; confusion persistante ; par intervalles, crises d'angoisse, hallucinations de l'ouïe.

1er *juillet*. — Depuis deux jours, le malade n'a pas eu de crises d'angoisse et n'a pas manifesté d'idées délirantes ni d'hallucinations. Mais la confusion mentale est toujours

très accentuée. Il est à remarquer que, d'habitude, elle est plus marquée le matin ; vers la fin de l'après-midi, M. G... est relativement un peu moins inerte. Néanmoins, il reste absolument désorienté ; il n'a aucune notion du temps, ne sait ni l'année, ni même la saison. Il faut le forcer à regarder les arbres, ses vêtements, pour lui faire dire qu'on est en été, et, encore, il n'en paraît pas bien certain. Toutes ses réponses sont empreintes d'un doute, d'une incertitude profonde ; souvent même, il pose des interrogations, demande ce qu'il y a, ce qu'il a fait, etc. Il ne se rend pas compte de l'endroit où il est, bien qu'il soit chez lui, ni des personnes qui l'entourent. Il regarde ses parents longuement avant de dire si ce sont bien eux qui sont là ; il n'est pas bien sûr d'être chez lui et trouve que tout est changé ; il s'étonne de voir des maisons en face de la fenêtre, d'entendre des voitures passer dans la rue. Il demande à retourner chez lui.

Tout ce qui s'est passé depuis sa maladie est pour lui comme non avenu. Il semble perdu partout où il est, ne peut rester un instant seul et demande sans cesse ses parents, souvent même alors qu'ils sont présents. Il est vis-à-vis d'eux comme un véritable enfant ; il ne peut les quitter, les suit partout, surtout son père, qui doit même coucher dans son lit.

Il s'étonne constamment de ce qui se passe autour de lui. « C'est drôle, » l'entend-on souvent répéter.

Par instants, il est plus lucide et semble se rendre compte qu'il n'est pas dans son état normal. A différentes questions, il répond qu'il n'a pas de mémoire, qu'il a de la confusion dans ses idées, qu'il souffre un peu de la tête par moments, quand il cherche ; « c'est comme un poids sur les yeux, sur le front, cela lui serre les tempes », qu'il a les

jambes bien fatiguées ; de fait, il les traîne péniblement et ne peut se tenir debout au delà de quelques minutes ; encore est-il tout courbé. Mais ce qui le fait surtout souffrir, c'est d'avoir de la confusion dans les idées (*sic*).

Toutes ces réponses, faites toujours sur le même ton hésitant, incertain, ne sont d'ailleurs obtenues que péniblement, en insistant pour fixer l'attention, en ne posant que des questions très simples, qu'il faut malgré tout souvent répéter.

Lorsqu'on cherche à le guider en lui donnant la réponse qu'il ne peut fournir — si, par exemple, on lui dit l'année où l'on est — souvent il répète cette réponse d'un ton interrogateur, se prend la tête dans les mains comme quelqu'un qui ne comprendrait pas une chose difficile.

La constipation est toujours opiniâtre, malgré les purgatifs, l'haleine fétide, la langue blanche, le sommeil irrégulier.

3 *juillet*. — Le malade semble encore plus inerte physiquement et intellectuellement. Il se soutient à peine, et, sitôt debout, il oscille et tomberait s'il n'était maintenu. La physionomie est toujours égarée, l'œil perdu dans l'espace. Lorsqu'on le secoue fortement et qu'on lui demande à quoi il pense, il répond qu'il ne pense pas ; ou bien, au lieu d'une réponse qu'on attend, c'est une question qu'il vous fait : « Qu'y a-t-il ? — Qu'ai-je fait ? » toujours en se prenant la tête comme pour fixer ses idées. D'ailleurs, on peut à peine, lorsqu'on l'interroge, en tirer quelques mots ? « Je ne puis définir ce que j'ai. — Je n'ai pas de douleur à la tête. — Mais j'ai mal à la tête tout de même. — Je suis bien fatigué. » A de rares intervalles, il sort de sa torpeur et dit de lui-même quelques mots, qu'il marmotte d'une façon monotone et peu distincte : « Qu'ai-je fait ? — Il faut

en finir; s'il faut une victime, qu'on me tue de suite. — Un revolver? » et, quelques instants après, il ne se souvient plus de ce qu'il vient de dire.

Il reconnaît très péniblement ses parents, lorsqu'on lui demande qui ils sont. Cependant il continue à les tutoyer comme devant, et ce sont les seules personnes qu'il tutoie. De même, lorsque j'entre et lui dis bonjour, il répond machinalement : « Bonjour, docteur, » et, l'instant d'après, il demande qui je suis, disant ne m'avoir jamais vu. Souvent, il répond à mes questions : « Oüi, docteur, » et quand je lui demande aussitôt s'il me connaît, il répond que non. On lui a coupé les cheveux, et cela le déroute complètement; il ne se reconnaît pas, se regarde dans la glace, se tâte la tête et dit que ce n'est pas lui, que tout cela est bien drôle. En même temps, il regarde partout d'un air interrogateur.

Il est toujours constipé, a de la rétention d'urine. Il boit et mange d'une façon tout à fait automatique, sans s'en rendre compte le moins du monde. Il fait lui-même sa toilette, mais à condition qu'on l'y incite, et encore tout à fait machinalement.

4 juillet. — La physionomie reste vague et étonnée; néanmoins, le malade est un peu moins obnubilé que la veille. Il répond d'abord assez bien à quelques questions : « qu'il ne peut définir son état, qu'il a mal au ventre, à la tête, qu'il est très fatigué; il trouve qu'il est bien malade et demande quand il sera guéri. » Mais, au bout de quelques minutes, son attention se fatigue, il ne comprend plus ce qu'on lui dit, fait répéter les questions; ses phrases sont incomplètes ou se terminent par des mots incohérents. La parole est lente, ânonnée, entrecoupée de pauses quand les mots lui manquent et qu'il ne peut

rassembler ses idées, gênée aussi par le bégaiement natif; mais il n'y a pas de scansion, ni d'accrocs.

La pupille droite est légèrement plus dilatée que la gauche ; toutes deux réagissent également bien à la lumière. Pas de tremblement de la langue, des muscles de la face, des membres. Les mouvements sont lents, hésitants ou inachevés. Il peut à peine se tenir debout. Constipation persistante ; il n'urine que par regorgement.

5 *juillet*. — Le malade a pris, ce matin, un purgatif drastique. Le soir, il est beaucoup moins obnubilé, répond mieux aux questions qu'il comprend plus aisément. Il accuse toujours une très grande fatigue, une sensation de barre sur les yeux, de pression à la nuque ; il dit qu'il ne pense à rien, qu'il ne se rend compte de rien, qu'il ne peut définir ce qui se passe dans sa tête, *qu'il voit les choses et ne les reconnaît pas*, qu'il ne se rend pas compte, qu'il ne comprend pas. Les mouvements sont toujours lents ; les membres une fois soulevés s'immobilisent un certain temps dans la même attitude.

6 *juillet*. — Même état à peu près que la veille ; M. G... est toujours égaré ; lorsqu'on le stimule, il fait des efforts pour parler, pour chercher à se rendre compte de ce qui se passe ; mais cela ne dure qu'un instant. Il laisse sa pensée inachevée et retombe dans son égarement. « Où suis-je ? — Qu'y a-t-il ? — Je ne puis arriver à définir mon état (cette dernière phrase est presque stéréotypée chez lui). »

Les pupilles, parfaitement égales, réagissent très bien. État cataleptoïde.

Six sangsues aux apophyses mastoïdes.

7 *juillet*. — Les réponses n'ont jamais été aussi nettes ni aussi faciles. Néanmoins la fixation de l'attention ne

peut se prolonger. M. G... se tient un peu mieux debout, mais se traîne au lieu de marcher. Il se dirige seul dans la maison ; cependant, si on lui demande à l'improviste dans quelle pièce il se trouve, il ne se reconnaît pas et souvent exprime le désir de retourner chez lui. Une demi-heure à peine avant mon arrivée, un de ses amis est venu le voir ; il l'a reconnu sur le moment, mais il ne se souvient déjà plus de cette visite.

Il se plaint d'être fatigué, d'avoir le ventre gonflé, d'avoir mal à la tête.

Par moments, il a de nouvelles crises d'angoisse et demande alors s'il n'a rien fait de mal.

La pupille droite est plus large que la gauche. La parole est lente, par suite de la difficulté de trouver les mots, de grouper les idées ; elle est un peu bégayée (bégaiement congénital); mais il n'y a pas de scansion ni d'accrocs, pas de tremblements fibrillaires.

Le poids de 88^{k},888, huit jours avant le début de la maladie, est tombé à 85 kilogrammes.

8 *juillet*. — Agitation anxieuse; hallucinations de l'ouïe, idées délirantes très passagères mais se reproduisant incessamment sous la forme interrogative : « Qu'ai-je fait? — Suis-je coupable? — Il faut que cela finisse. »

Impulsions. — Il a voulu subitement, à deux reprises, s'enfoncer sa fourchette dans le cou, puis dans le ventre. Persistance de la confusion : « Où sommes-nous? etc. » La pupille droite est presque égale à la gauche.

Analyse des urines (7 *juillet*), faite par M. Viron, pharmacien en chef de la Salpêtrière.

Aspect limpide, couleur jaune pâle, odeur *sui generis*.

Volume en vingt-quatre heures..... 2,020 cc.

Réaction acide.

Densité	1017
Eau.....	964
Extrait sec	36
Matières organiques	27,50
Cendres.....	8,50
Urée.....	11,52
Acide urique.....	0,22
Chlorure de sodium.....	5,98
Phosphates (PhO^5).....	1,52

Absence de glucose, de peptone, d'albumine. En résumé, urines ne contenant ni sucre, ni albumine et renfermant les éléments physiologiques en proportion normale.

Recherche des ptomaïnes infructueuse, en opérant même sur de grandes quantités d'urine.

10 *juillet.* — Purgatif drastique hier. Le malade est beaucoup plus calme, mais encore un peu inquiet; il demande sans cesse ce qu'il y a. L'égarement continue, moins accentué aujourd'hui. On obtient quelques réponses assez précises sur les événements antérieurs à la maladie. Purgatif; bain tiède tous les deux jours.

12 *juillet.* — La confusion persiste toujours, mais M. G... est moins inerte. Il parle plus facilement, se rappelle mieux les faits antérieurs à sa maladie ; les autres, plus récents, sont toujours obscurs dans son esprit. Mêmes interrogations. « Il veut comprendre ce qu'il y a; » il demande s'il n'a pas fait quelque chose de mal. Hallucinations de l'ouïe par intervalles.

13 *juillet.* — Même état que la veille; les souvenirs antérieurs, ceux mêmes qui ont précédé directement la maladie sont plus facilement évoqués ; jusqu'à cette époque, la notion du temps est assez précise. L'attention est plus facile

TOXICITÉ URINAIRE

INJECTIONS INTRA-VEINEUSES JUSQU'A MORT IMMÉDIATE DE L'ANIMAL (LAPIN).

NUMÉROS des EXPÉRIENCES.	DATES. — Urines du...	POIDS du MALADE.	VOLUME d'urine en 24 heures.	TOXICITÉ pour 1 kilogramme des urines pathologiques.	TOXICITÉ des urines pathologiques pour 24 heures.	TOXICITÉ des urines normales du sujet pour 24 heures.	COEFFICIENT urotoxique pathologique.	COEFFICIENT urotoxique normal.
Urines du malade G...								
1	4-5 juillet.	85 kil.	1200 cc.	28 cc. 369	41 kil. 594	39 kil. 230	0,489	0,464
2	6-7 —		2020 —	36 — 614	54 — 897		0,645	
3	7-8 —		1500 —	61 — 481	24 — 414		0,287	

N. B. — Ce malade, habituellement constipé, a pris un purgatif drastique dans la journée du 5 juillet; application de six sangsues dans la soirée du 6. — L'alimentation, qui n'a pas varié, est de 250 grammes de viande et 250 grammes de légumes environ par repas, plus un litre et demi à peu près de lait par jour.

à fixer, la parole plus rapide et plus nette. Mais on saisit toujours des idées délirantes empreintes d'une confusion manifeste. « Il faut éclaircir la question ; cette vie-là ne peut pas durer. Est-il coupable? Pourquoi ne sort-il plus? Il faut qu'il travaille. » Vésicatoire à la nuque, le soir.

15 *juillet*. — On dirait que M. G... s'éveille un peu. Il se reconnaît bien chez lui, dans telle ou telle pièce, mais trouve drôle qu'on ne travaille pas, qu'on le surveille et ne veut pas admettre qu'il ait été malade. Il se rappelle assez aisément les faits antérieurs au mois de juin, quelques circonstances de son voyage et même des premiers jours de sa maladie. Néanmoins, tout cela exige un effort manifeste, ainsi qu'en témoignent les modifications du rythme respiratoire, de la coloration de la face ; d'autre part, il répond toujours du même ton interrogateur. Tout ce qui est survenu depuis le début des accidents intellectuels est non avenu pour lui ; par exemple, il ne me reconnaît pas encore. Il dit vaguement m'avoir vu quelque part, mais il ne sait ni où ni quand et ne peut dire qui je suis, lorsque je le lui demande, bien qu'il m'appelle toujours de lui-même « docteur ». Il se plaint encore d'être fatigué, d'avoir mal à la tête. Il est très halluciné de l'ouïe ; il semble écouter, regarde derrière lui, répond et interroge ensuite les personnes présentes comme si elles avaient parlé. Il veut savoir ce que tout cela veut dire, demande sans cesse une explication, *qu'il faut établir*.

Inégalité pupillaire à peine marquée.

17 *juillet*. — Même état ; paresse intellectuelle moins grande, quoique très accentuée encore. Les questions sont plus vite saisies, les réponses moins hésitantes ; les souvenirs anciens sont plus précis, plus facilement évoqués ; mais les idées sont encore bien confuses. M. G... est très hal-

luciné de l'ouïe, se trouve entouré de gens inconnus, ne veut pas reconnaître son père et sa mère, bien qu'il les tutoie comme jadis. Il se regarde souvent dans la glace et se tâte sans cesse la peau de la figure. Toujours constipé, il a été purgé hier. Il urine au lit depuis trois ou quatre nuits. Les pupilles sont inégales, la gauche plus large.

19 *juillet*. — On emmène le malade à la campagne, aux environs de Paris. En route, il reconnaît différents endroits par lesquels il avait déjà passé. Pendant quelques jours, ce déplacement est suivi d'une amélioration considérable dans son état mental. Il répond assez facilement aux questions, se rappelle mieux les faits passés, a une perception plus nette des choses qui l'environnent. Il n'est plus anxieux, ni halluciné ; il dort mieux, les selles sont plus régulières. Mais il ne s'explique pas pourquoi il est ici et trouve bien drôle que ses parents aient eu l'idée d'aller à la campagne. Il veut retourner chez lui pour travailler ; il n'a plus d'idées de culpabilité, ni de persécution ; il persiste seulement à ne pas vouloir reconnaître son père, qu'il tutoie cependant.

A la fin du mois de juillet, il se fait une rechute ; et sur le fonds de confusion mentale, qui existe toujours, se manifestent des idées délirantes mobiles, incohérentes de culpabilité, de persécution, et surtout de transformation corporelle. Il continue à dire que la personne qui prétend être son père ne l'est pas en réalité, et n'a avec lui qu'une vague ressemblance ; lui-même se tâte sans cesse les bras, les jambes, surtout le visage, et se trouve métamorphosé. Cette idée, en germe déjà dans son esprit depuis quelque temps, ainsi qu'en témoignait son habitude de se tâter la figure, de se regarder sans cesse dans les glaces, s'est surtout précisée depuis qu'on lui a coupé les cheveux. Il revient à chaque instant sur ces métamorphoses ; il ne peut

s'expliquer rien de ce qui lui arrive, veut reprendre son travail, s'inquiète de ses affaires, de celles de sa famille, et, malgré les explications qu'on lui donne, recommence à chaque instant ses éternelles questions sur ce qui se passe et sur ces « choses qu'il faut éclaircir ».

Le 10 août, on est réduit à l'interner dans une maison de santé, à la suite d'impulsions violentes, de l'impossibilité absolue de le surveiller. Il voulait tuer son père, l'assommer avec un balai, sous prétexte que c'était un intrus, ayant avec lui une vague ressemblance et qu'on avait placé là pour l'espionner. Les jours précédents, il était allé, accompagné de son père, au cimetière du Père-Lachaise, s'informer s'il n'était point enterré dans le caveau de la famille, et, une autre fois, à la préfecture de police, toujours avec son père, demander qu'on fasse rechercher ce même père qu'il disait disparu.

En même temps, il était très halluciné de l'ouïe, de l'odorat; exprimait par lambeaux des idées incohérentes de persécution, de culpabilité, hypocondriaques, de métamorphose (*sic*) portant sur lui et ses parents, d'empoisonnement, suscitant du refus d'aliments.

Bains tièdes prolongés, sulfonal.

19 *août*. — Le malade est un peu plus calme, mais toujours halluciné, émettant des idées délirantes marquées au coin de la confusion mentale sur laquelle elles reposent. C'est ainsi qu'il prétend être transformé ainsi que sa famille ; on veut le rendre responsable des fautes des autres. Il ne sait qui lui en veut. Il prétend avoir subi de graves opérations qui ont désorganisé son corps, nécessitées par l'empoisonnement qu'on a tenté sur lui. Son palais se décroche, ses dents sont soudées, il a la peau de la figure toute dure (il se tâte sans cesse le front, les joues). Il refuse

les aliments. Il me reconnaît pour m'avoir déjà vu, mais ne sait pas en quelle qualité je viens le voir, bien qu'il m'appelle « docteur ». Il se rend compte qu'il a été malade, mais c'est à la suite d'un empoisonnement; idées délirantes exprimées déjà au début de la maladie. Il ne se souvient pas d'ailleurs de ce qui lui est arrivé depuis.

4 *septembre*. — Il a recommencé à manger deux ou trois jours après ma dernière visite ; mais, en résumé, il est resté dans le même état. Il prétend qu'on le rend responsable des faits et gestes d'une autre personne, qu'on le séquestre à sa place, que ses parents sont disparus, il ne sait à la suite de quelle machination. Il faut *éclaircir la question*.

Il n'exprime ces idées que d'une façon automatique, sans suite aucune ; si l'on cherche à les lui faire raisonner ou à causer de sujets indifférents, il se fatigue très vite, ne peut suivre son idée, s'exprime difficilement, en intercalant toujours dans ses phrases d'innombrables « chose et machin ». Aussi, très rapidement, son langage devient absolument décousu et incompréhensible.

Hallucinations fréquentes de l'ouïe. Rires explosifs.

15 *septembre*. — Le malade est beaucoup plus confus qu'à ma dernière visite. Bien qu'il semble me reconnaître d'abord, car il me salue des mots « bonjour, docteur »; il me demande l'instant d'après qui je suis, si je ne suis pas un employé de la préfecture de police. Il s'exprime avec beaucoup de difficulté, se fatigue rapidement, ne se souvient pas des faits de sa maladie, sauf de son voyage, où on l'a empoisonné, et de son séjour à la campagne, qui, pour lui, a eu comme but d'enfermer sa mère dans une maison d'aliénées. C'est un guet-apens ; son père aussi est disparu, on lui a substitué une autre personne ; lui-même

a été métamorphosé en un autre individu pour être rendu responsable à sa place, il ne sait de quoi. Et alors il se tâte la figure et se regarde dans la glace. Les idées sont très mobiles, des plus incohérentes. Au début de la conversation, il arrive à construire encore quelques phrases, bien que difficilement, avec hésitation ; mais, très vite, il se fatigue, ne peut plus arriver à s'expliquer, ne prononce plus que des lambeaux de phrases incomplètes et se borne à dire qu'il faut *éclaircir la question.*

Hallucinations de l'ouïe par intervalles. Il est docile et se laisse facilement conduire. Les moindres mouvements sont lents, semblent lui coûter un effort pénible, et il reste assis ou étendu la plupart du temps. Pupilles tantôt égales, tantôt inégales, l'une ou l'autre alternativement plus dilatée. Ces variations se produisent même à des intervalles très rapprochés.

28 *septembre.* — Bien que toujours très confus et incohérent, il explique un peu mieux ses idées lorsqu'on le presse de questions. Il se figure que son père a été assassiné dans son voyage, par son frère, qui aurait soudoyé le maire du pays pour ne pas faire d'enquête. Il aurait enfermé aussi sa mère dans une maison de santé comme folle; et lui, on l'aurait séquestré pour le faire disparaître, tout cela dans le but de s'emparer de l'héritage, et son oncle a pris le masque de son père pour se substituer à lui. Mais il est à remarquer que le malade n'exprime pas toutes ces idées de lui-même, autrement que par bribes, d'une façon décousue et absolument incompréhensible. On dirait qu'il raconte un rêve dont il aurait peine à reconstituer les différents tableaux. Leur enchaînement est tout apparent et ne dépend en réalité que de la direction de l'interrogatoire, de la formule et de la succession des questions posées.

Très halluciné de l'ouïe, il s'interrompt souvent pour me répondre comme si j'avais parlé. Rires explosifs continuels ; il émet d'ailleurs également ses idées délirantes d'une façon en quelque sorte impulsive, répétant sans cesse les mêmes phrases, assez décousues, parlant de la bande qui le poursuit, en faisant ainsi allusion au domestique qui le surveille, disant qu'il lui faut sortir pour faire une enquête, bâtissant des interprétations extravagantes jusqu'à l'absurde sur des ressemblances de noms, attribuant encore une valeur différente à des faits passés de longtemps et qu'il se rappelle. Ces idées délirantes sont incohérentes, incompréhensibles, formulées d'une façon interrogative. C'est toujours une question *qu'il faut éclaircir*.

Ce ton interrogateur persiste aussi bien lorsque le malade parle de ses idées délirantes que lorsqu'il fait une réponse sur un sujet indifférent ; de même que la façon impulsive dont il termine ses réponses, tantôt comme s'il répondait automatiquement, tantôt comme s'il avait peur de perdre le fil de son idée en ne se hâtant pas de l'exprimer.

La confusion mentale est toujours évidente, en dehors même des idées délirantes. M. G... ne sait guère exactement où il est, ne se rend jamais un compte exact de ce qui a lieu autour de lui, n'a aucun souvenir de ce qui s'est passé entre son voyage et son déplacement à la campagne. Depuis cette époque, les rares faits qu'il a retenus n'ont pas pour lui leur véritable signification. Aujourd'hui encore, il me reconnaît à peine. Il m'appelle machinalement « docteur » ; puis, toujours, si je lui demande qui je suis, il dit l'ignorer, mais se rappelle m'avoir déjà vu. Un instant après, il me demande si je ne suis pas un journaliste venu pour l'interwiever.

Au bout d'un certain temps, assez court d'ailleurs, de conversation, il semble se fatiguer, répond moins facilement, et les idées délirantes elles-mêmes sont exprimées d'une façon de plus en plus confuse.

Abandonné à lui-même, il reste tranquille, comme perdu dans un rêve.

Hydrothérapie.

23 *octobre*. — Amélioration notable ; les mouvements sont toujours lents, mais moins pénibles. Il écrit quelques mots à sa mère assez aisément et correctement. Il s'exprime assez bien, quoique lentement, et souvent encore, il ne peut trouver ses mots, ou reste court au milieu de ses phrases, laissant sa pensée inachevée. Il me reconnaît bien pour son médecin, mais dit que je ne suis venu le voir seulement que depuis son séjour à la campagne ; il a à peu près exactement la notion du temps depuis cette époque. Mais il ne sait rien de sa maladie jusqu'à ce moment ; il dit avoir été malade parce qu'on a voulu l'empoisonner pendant son voyage, pour raison d'héritage ; il ne peut plus en donner les mêmes détails que précédemment et les a complètement oubliés. On lui avait mis un masque sur la figure avec des fentes pour les yeux et la bouche, et par ces fentes, on lui introduisait des poudres. Il n'a plus ce masque maintenant, dit-il, en se tâtant la figure, sans savoir comment cela se fait. Il a été victime d'un crime épouvantable et a eu bien de la chance d'en réchapper. Il ne parle plus de la mort ou de la disparition de ses parents ; reconnaît très bien son père sans le trouver changé.

Il n'est pas halluciné ; se plaint d'être encore très fatigué, d'avoir les jambes raides, mais dit n'avoir plus aussi mal à la tête, bien qu'il ait encore des douleurs à la nuque.

11 *novembre*. — M. G.... est rentré le 8 novembre

dans sa famille, et ce retour lui a fait le plus grand bien. Il est presque méconnaissable. Il me reconnaît et me reçoit très bien, prend part à la conversation, se plaint seulement d'être fatigué, anéanti et indifférent, de ne pas s'intéresser à grand'chose. Il reconnaît très bien sa maison, ses parents, se promène, cause avec eux comme avant sa maladie. Parfois distrait encore, il marmotte comme un rêveur quelques phrases sur les métamorphoses de différentes parties de son corps; mais cela n'est que passager. Rires explosifs par intervalles.

23 *décembre*. — Il ne se plaint plus que de quelques symptômes neurasthéniques, notamment d'une grande faiblesse dans les jambes et parfois de palpitations. Il lit les journaux et même des livres de sciences exactes. Il reconnaît avoir été malade, mais se trouve bien remis maintenant. Il cause très aisément, spirituellement même, et avec verve, se souvient de tout le passé, un peu de son séjour dans la maison de santé et pas du tout de la première période de sa maladie. Il semble toujours croire qu'elle a été due à une cause extraordinaire, mais ne manifeste plus d'idées de persécution. Il n'accepte pas aisément l'idée d'un voyage dans le Midi, parce que, dit-il, c'est en voyage qu'il est tombé malade, et les voyages ne lui réussissent guère.

6 *janvier*. — Facies excellent; physionomie animée, tenue et conversation parfaites et sans fatigue. Il lit, s'occupe sans en ressentir d'inconvénient et a repris tout à fait ses anciennes habitudes. La mémoire est très bonne pour tous les faits passés, mais ceux de la maladie sont totalement oubliés jusqu'à l'époque de l'internement, très vagues pour le temps qu'il a duré. Au physique, également, il ne se plaint plus de rien et trouve que ses jambes ont repris leur force et leur élasticité.

Le poids, tombé à 76 kilogrammes, est remonté au-dessus de 90 kilogrammes.

Messieurs, après tous les détails que je viens d'exposer, il serait sans doute oiseux d'entrer dans de longues considérations diagnostiques.

Si, à un certain moment, les troubles pupillaires et de la parole, coexistant avec le désordre des idées, les troubles de la mémoire, les conceptions délirantes, absurdes et mobiles, avaient pu faire penser à la paralysie générale, leur caractère de variabilité, d'intermittence, la différenciation exacte de l'hésitation de la parole, manifestement due à la difficulté de synthèse mentale d'une part, de l'autre au bégaiement congénital, avaient assez vite fait abandonner ce diagnostic : il restait, comme au début, circonscrit entre la confusion primitive hallucinatoire et la paranoia aiguë.

Au point de vue psychique, depuis le commencement jusqu'à la fin de la maladie, deux ordres de symptômes dominent le tableau clinique : confusion mentale et délire hallucinatoire. Mais il ne suffit pas de les constater ; il faut examiner leurs origines, leurs rapports réciproques.

Au début, ces différents symptômes psychiques s'entremêlent d'une façon inextricable dans le bouleversement soudain de l'esprit. Puis, très rapidement, l'affection s'installe avec sa physionomie particulière.

C'est alors la confusion mentale qui apparaît à la première place, constituant le fondement de la maladie, persistant toute sa durée, résultant de ces différents désordres psychologiques que nous avons reconnus à l'origine de la confusion mentale primitive et se traduisant par tous ces symptômes que vous connaissez bien : troubles de la con-

science, de l'attention, de la perception, de la mémoire, des mouvements ; désorientation, perte de la notion du temps et du lieu, etc.

Sur ce fonds principal et persistant, le délire et les hallucinations n'apparaissent que par intervalles, à l'état de manifestations mobiles, transitoires, isolées, qui, si elles peuvent à leur tour contribuer à augmenter la confusion, n'en constituent pas moins, à l'origine, sa résultante directe et nous apparaissent comme de purs symptômes d'automatisme cérébral.

Voilà donc un premier point établi, et je pense que vous saisissez bien la différence qui existe entre ce cas et le précédent, à propos des rapports du délire hallucinatoire et de la confusion, secondaire tout à l'heure, ici primitive.

Sans doute, Messieurs, et c'est un fait que je dois vous signaler, il est des cas, importants au point de vue du diagnostic en question, dans lesquels l'affection rentrant dans le cadre de la paranoia aiguë, débute par un stade tumultueux de confusion, avec délire hallucinatoire. Mais alors les auteurs s'accordent à reconnaître qu'au bout d'un certain temps, la confusion s'atténue et le délire persiste, se systématise avec les caractères habituels du délire paranoiaque.

C'est presque le contraire qui se passe dans le cas actuel. Après le stade bruyant du début, le délire s'efface et ne reparaît plus qu'épisodiquement, laissant en relief le trouble fondamental, la confusion intellectuelle.

Envisagé en lui-même, le délire hallucinatoire de notre malade se présente d'autre part avec des caractères particuliers qui le différencient du délire paranoiaque.

D'abord, il ne se manifeste nullement comme étant l'exagération d'anomalies psychiques antérieures. Mais il résulte

pour une part de la production des hallucinations, de l'autre des troubles de la perception extérieure ou corporelle, des troubles de la mémoire, etc., déterminant le fonds de confusion sur lequel il repose. Il se manifeste ainsi au dehors comme un produit de l'automatisme cérébral pur, oublié à mesure qu'il se produit, avec des caractères de mobilité, d'incohérence, d'interrogation, d'incertitude, qui ne ressemblent à rien au manque de critique, à la foi absolue, à la systématisation du délire paranoiaque. Bien que les idées réapparaissent souvent les mêmes, elles restent mobiles, ne se coordonnent pas en système. Si à un moment, vers la fin de la maladie, elles semblent plus systématiques, cela n'est qu'une apparence de systématisation, guidée en quelque sorte par l'interrogatoire, car le malade reste incapable d'exprimer de lui-même ses conceptions d'une façon coordonnée et ne peut, quelques jours après, les reproduire avec la même logique.

Le fonds même de confusion mentale s'oppose à l'enchaînement des idées, qu'elles soient délirantes ou non.

A ce propos, Messieurs, il importe de bien faire la distinction avec l'incohérence qui existe souvent dans les discours des paranoiaques. La constitution psychique particulière à ces malades s'accompagne souvent en effet d'un fonds de débilité intellectuelle, qui se reflète dans le délire. Les conceptions délirantes ont une tendance à l'extravagance. Bien que reliées au fond entre elles, leurs rapports sont parfois assez vagues pour qu'on n'en saisisse pas le lien tout de suite et qu'il faille les faire expliquer au malade. Encore, ses raisonnements ne sont-ils enchaînés que d'une façon défectueuse, manquant même souvent de logique. En outre, son manque d'équilibre intellectuel le fait passer aisément d'une

SERVICE DE PROPHYLAXIE MENTALE
NUMÉRO DU CATALOGUE
2495
BIBLIOTHÈQUE

idée à une autre ; souvent verbeux et diffus, il se perd dans un luxe de propositions incidentes qui rendent son discours absolument décousu, incompréhensible, incohérent. Ajoutons, enfin, qu'il peut se servir d'un langage particulier, inventant une syntaxe à son usage, employant mal à propos des termes qu'il ne comprend guère, auxquels il attribue une signification particulière, ou même des mots qu'il crée de toutes pièces (paralogismes et néologismes).

Aussi est-il, en général, assez facile de distinguer l'incohérence du délire de certains paranoiaques de celle qui existe dans le délire du confus.

Mais revenons à notre malade.

Je vous disais à l'instant aussi que, dans son délire hallucinatoire, c'était l'hallucination qui engendrait souvent l'idée délirante. Ce fait, aussi net que possible dès le début, constatable d'autre part tout le temps de la maladie, ne concorde pas avec ce qui se passe dans les délires paranoiaques, où l'hallucination n'est au contraire qu'un symptôme secondaire, la traduction sensorielle, la personnification du délire.

On chercherait aussi vainement dans ce cas le caractère égocentrique sur lequel insistent tant les Allemands. Sans doute, il y a des idées de persécution, le malade se figure être en butte à de certaines machinations. Il est à remarquer toutefois que ces idées coexistent avec d'autres toutes différentes, et aussi que, eu égard à leur mode d'origine, à leur caractère de mobilité, de vague, d'incertitude, elles ne dévoilent nullement ce sentiment permanent d'exagération de la personnalité nécessaire à la production du véritable caractère égocentrique.

Remarquons enfin la confusion des souvenirs, l'amnésie presque totale des particularités de l'accès délirant, une fois la guérison survenue. J'ai trop insisté sur cette amnésie à la suite de la confusion primitive pour y revenir aujourd'hui. Mais je vous la signale, seulement pour vous montrer le contraste qui existe, à ce point de vue, avec la malade précédente, qui après son accès de paranoia aiguë, pouvait donner des détails très précis sur son délire. C'est là le cas le plus fréquent chez les aliénés de cette catégorie, qui se rappellent fort bien les particularités de leur maladie, sauf peut-être celles qui ont pu se produire au moment d'une période de confusion secondaire très intense.

Pour ces différentes raisons, M. G... est bien un exemple de confusion mentale primitive, hallucinatoire. L'existence de symptômes d'épuisement nerveux concomitants, les variations de poids confirment encore cette hypothèse. J'espère aussi que vous avez pu retrouver au passage, dans les détails de cette observation, la confirmation des faits que je vous ai exposés dans la description de la confusion primitive et relatifs, soit aux symptômes, soit à la marche, ou au traitement de cette affection.

Messieurs, tous ces documents cliniques nous mettent en mesure de nous prononcer entre les différentes opinions que je vous ai exposées, au début, sur les rapports de la paranoia aiguë et de la confusion mentale.

Je vous ferai remarquer d'abord qu'il ne suffit pas, pour ranger tous les faits aigus en discussion dans le cadre de la paranoia, d'y noter la présence de symptômes identiques : hallucinations, idées délirantes, incohérence, alors même qu'ils seraient toujours reliés entre eux par un trouble de l'activité intellectuelle comme fait principal, l'atteinte de la

sensibilité morale restant secondaire. Cela ne peut guère servir qu'à les distinguer de la mélancolie et de la manie.

D'un autre côté, rejeter de la paranoia, considérée comme folie essentiellement systématique et chronique, tous les cas qui ne seront ni de la mélancolie, ni de la manie, à cause de leur caractère même d'acuité, de la cohésion moins parfaite ou nulle des idées délirantes, d'un certain degré de confusion intellectuelle, et se fonder sur l'existence de ce dernier symptôme, sur l'obnubilation plus ou moins grande de la conscience, opposée à la lucidité de la paranoia chronique pour les en séparer et les réunir tous indistinctement dans un même groupe à part, cela ne constitue pas non plus un point d'appui suffisant pour une telle distinction.

A ces deux manières de voir on peut objecter que les descriptions nosographiques ne doivent pas considérer seulement l'existence d'un certain nombre de symptômes, semblables ou différents, et qui, en fait, peuvent se rencontrer dans toutes les formes mentales ; il faut encore, en l'absence de données anatomiques, chercher tout au moins à en établir la description analytique, les rapports intrinsèques, la genèse, l'évolution.

C'est ainsi que, tout d'abord, le symptôme qui prête le plus aux discussions, la confusion mentale, analysée au point de vue de sa genèse, de ses rapports avec les autres symptômes morbides, se montre tantôt comme le phénomène primitif, fondamental, la cause de l'incohérence, l'origine de l'état d'automatisme que traduisent les hallucinations, les idées délirantes avec leurs caractères spéciaux ; tantôt, au contraire, comme le résultat secondaire des hallucinations, de la succession rapide et tumultueuse des idées.

Ainsi apparaît déjà l'opportunité d'une distinction, pour

les cas aigus en litige; cette distinction se trouvera d'ailleurs confirmée par des considérations d'ordres divers que nous allons retrouver tout à l'heure.

Par suite, ces faits peuvent être séparés en deux groupes. Mais ne doit-on considérer, comme rentrant dans la paranoia, que l'un d'eux, à l'exclusion de l'autre, ou tous les deux ensemble, à titre de variétés différentes?

Pour répondre à cette question, c'est alors surtout qu'il faut étudier l'affection dans son ensemble, le groupement et les rapports des symptômes, leur genèse, l'évolution, l'étiologie.

Dans cette recherche, je crois que la meilleure marche à suivre est celle que nous avons adoptée aujourd'hui.

Il est nécessaire de prendre comme point de départ la paranoia chronique, dont les caractères sont le mieux connus, le plus généralement admis ; puis, de rechercher si, dans les cas à marche aiguë, qui sont à classer, il n'en est point qui présentent, sans conteste, ces mêmes caractères.

On en trouve alors qui reproduisent la paranoia chronique sous une forme abrégée, et comme tels, méritent bien la dénomination de *paranoia aiguë ;* opinion d'autant plus acceptable, que la paranoia chronique débute souvent par un stade de paranoia aiguë, ou présente dans son cours des épisodes du même genre, à titre d'exacerbations de la maladie.

On arrive ainsi à mieux juger des faits plus complexes, dans lesquels l'analyse révèle les mêmes caractères.

D'autres au contraire s'en séparent et ne présentent aucun des traits de la paranoia chronique, mais répondent absolument à la description que je vous ai exposée de la confusion mentale primitive.

Maintenant, Messieurs, cherchons à résumer d'une façon synthétique les différences qui séparent la paranoia aiguë, simple ou même hallucinatoire, de la confusion primitive hallucinatoire.

Dans la paranoia aiguë, les manifestations délirantes, considérées au point de vue étiologique, ne sont que la simple exagération, la traduction au dehors d'une constitution psychique anormale plus ou moins apparente jusque-là. La cause occasionnelle n'a ainsi que peu d'importance, et souvent même il n'y en a pas.

Dans la confusion primitive, au contraire, si la prédisposition peut jouer un certain rôle, elle ne produit pas directement, par elle-même, l'état pathologique dont l'éclosion nécessite l'intervention de causes occasionnelles plus ou moins acentuées, mais toujours actives. Cette affection qui se présente notamment à la suite de maladies infectieuses, de traumatismes, etc., repose toujours sur un fonds d'épuisement nerveux dont les stigmates sont aisément constatables. Les troubles intellectuels dépendent ainsi tout autant d'un état physique que d'un état mental.

Aussi voit-on figurer dans le tableau clinique des *troubles somatiques* plus ou moins évidents, mais existant toujours, alors qu'ils manquent généralement dans la paranoia aiguë.

Le début de la confusion mentale est brusque, très aigu, envahissant ; dans la paranoia aiguë, au contraire, il y a le plus souvent un stade d'incubation.

Dans la confusion primitive, même lorsque le délire persiste, se reproduisant incessamment, il n'arrive jamais à se

systématiser, sinon pour un temps extrêmement court. Les idées, de formule variable, sont très mobiles, très vagues, et ne sont reliées entre elles que par des associations automatiques comme les tableaux d'un rêve, sans affecter de rapports plus ou moins logiques les groupant en un système coordonné. De même que les idées, les actes ne sont guère que des réactions automatiques ou impulsives.

Dans la paranoia aiguë, en revanche, les idées délirantes, même polymorphes, présentent toujours une systématisation plus ou moins étroite, plus ou moins durable, de même que l'on retrouve dans les actes une coordination évidente.

Si variables que soient, suivant les malades, le contenu et la formule du délire, il se manifeste toujours avec ce caractère persistant d'exagération de la personnalité, d'autophilie, d'égocentricité habituel à celui de la paranoia chronique et que l'on peut encore retrouver, alors même que, comme dans nos exemples, il existe des idées d'auto-accusation.

Si les faits du monde extérieur, envisagés dans leur rapport avec la personnalité du malade, sont l'objet d'interprétations spéciales erronées, il n'y a là qu'une simple déviation du raisonnement, sans perte de la lucidité, sans trouble de la conscience (à moins qu'il n'y ait confusion secondaire).

Le confus, de son côté, peut, à l'occasion, manifester également de l'autophilie (ce qui est rare), mais cela n'est que d'une façon tout à fait transitoire, car chez lui, les sentiments comme les idées, sont soumis à une oscillation perpétuelle, enlevant à chaque symptôme une valeur spéciale (Meynert).

La caractéristique, c'est l'impossibilité de coordonner les impressions sensorielles, les idées, les souvenirs, la perte

de la notion du temps, du lieu, en un mot, l'obnubilation intellectuelle, la perte de la lucidité. Il y a confusion, incohérence des manifestations psychiques, qui, dans la paranoia, ne sont que déplacées, saugrenues, déviées (παρά-νοια).

Tandis que, dans la confusion primitive, les hallucinations se présentent isolées d'emblée, et sont acceptées de suite par le malade, dans la paranoia aiguë, les hallucinations dont s'accompagnent le délire sont alors, comme l'on dit quelquefois, d'origine intellectuelle, c'est-à-dire résultent en quelque sorte de l'idée délirante elle-même qui les dicte, et qu'elles ne font que reproduire sous une forme sensorielle. Sans doute, il est des cas où l'hallucination peut se présenter d'emblée, mais il s'écoule alors le plus souvent un certain temps entre la production du trouble sensoriel et son acceptation délirante ; et d'ailleurs, il garde toujours la même empreinte « égocentrique » signalée dans le délire.

On peut voir, à l'occasion, la confusion mentale figurer dans le tableau clinique de la paranoia aiguë ; mais alors elle n'a que la simple signification d'un symptôme secondaire à l'intensité ou à la multiplicité des phénomènes délirants, ou surtout hallucinatoires.

Dans la confusion primitive, au contraire, c'est la confusion mentale qui constitue le trouble essentiel fondamental de l'affection, tandis que le délire, les hallucinations qui en résultent ne sont que des symptômes instables, secondaires.

Aussi, dans les périodes de rémission, lorsque ces phénomènes d'automatisme cérébral disparaissent, on retrouve toujours le fonds de confusion d'où ils tirent leur origine.

Dans la paranoia aiguë, c'est l'inverse qui se produit; alors que survient une période de rémission dans les symptômes délirants et hallucinatoires, la confusion s'efface, et l'on ne retrouve que le caractère particulier, les tendances spéciales du malade.

Ce fait d'observation est surtout important à retenir lorsqu'il s'agit de ces cas, les plus discutés de tous, où la paranoia aiguë débute brusquement par un état de délire hallucinatoire avec confusion dans les idées assez semblable, au premier aspect, à cette période qui marque parfois le début de la confusion primitive. Mais alors que, dans ce dernier cas, ces symptômes, en s'atténuant, laissent en évidence derrière eux le fonds de confusion mentale qui leur avait donné naissance, dans la paranoia aiguë, au contraire, cette période d'acuité passée, la confusion disparaît et l'on se trouve en face d'un délire à systématisation plus ou moins parfaite, présentant les caractères du délire paranoiaque.

Enfin, la guérison parfois très brusque dans la paranoia aiguë, est toujours progressive dans la confusion primitive.

Alors que, dans la paranoia aiguë, l'aliéné, une fois guéri, se souvient de la grande majorité des faits survenus pendant l'accès et des particularités de sa maladie, le confus ne se rappelle rien, ou seulement quelques faits épars et sans précision.

Il peut même persister chez lui de ces lacunes intellectuelles durables, que nous avons étudiées, telle l'amnésie continue, et que nous ne retrouvons pas dans la paranoia aiguë, après guérison de l'accès, ne laissant derrière lui que cette constitution psychopathique qui lui avait donné naissance et imprimé ses caractères.

Je vous ai dit aussi précédemment que l'on voyait quelquefois, à la suite de la confusion mentale primitive, persister certaines idées fixes qui pouvaient devenir le point de départ d'un délire systématisé chronique. La paranoia aiguë, de son côté, peut aboutir aussi à la paranoia chronique. Il s'agit alors d'un passage direct à l'état chronique; tandis que, dans l'autre cas, la guérison incomplète de la confusion primitive laisse une sorte d'invalidité cérébrale qui sert de terrain à l'évolution de la paranoia chronique. Au lieu d'une transformation directe, c'est une genèse secondaire, tout comme dans ces cas où la paranoia chronique se montre chez un alcoolique à la suite d'un accès de délire alcoolique aigu.

Vous voyez, Messieurs, qu'entre tous ces faits rangés en bloc par certains auteurs, soit sous le nom de paranoia (*Verrücktheit* ou *Wahnsinn*) aiguë, délires d'emblée, polymorphes des dégénérés, soit sous celui de confusion mentale (*Verwirrtheit*, *amentia*, *hallucinatorischer Wahnsinn*), il semble qu'il existe bien réellement des différences. Aussi est-il plus rationnel de se ranger à la dernière opinion, qui établit entre eux une sélection pour les faire rentrer, suivant les circonstances, dans l'une ou l'autre de ces deux catégories.

Je suis tout prêt à reconnaître, d'ailleurs, que la distinction n'est pas toujours facile, et que, là encore, comme cela est fréquent en psychiatrie, il y a des formes de passage, des cas intermédiaires qu'on est bien embarrassé de classer.

Je croirais également très volontiers qu'entre la paranoia aiguë hallucinatoire et la confusion mentale primitive hallucinatoire, il existe des cas de *délire hallucinatoire* avec

confusion secondaire, distincts des deux formes précédentes.

Voici, par exemple, une jeune malade âgée de vingt ans, qui nous fut amenée le 23 juin. A première vue, on est frappé du facies absolument caractéristique, dénotant chez elle la présence d'hallucinations incessantes de l'ouïe et de la vue.

Tantôt elle reste les yeux fixés sur un point de l'espace, d'autres fois elle les promène dans une direction déterminée, comme si elle regardait les détails d'un tableau. En même temps l'expression animée de son regard dénote la crainte, la terreur ; parfois même, elle se recule comme pour échapper à un danger.

A d'autres instants, elle semble prêter l'oreille à des bruits ou des conversations, inclinant la tête de différents côtés, se retournant en arrière, proférant des exclamations, des mots interrompus, comme des réponses à des paroles qu'elle entendrait. Tantôt elle sourit, tantôt fronce le sourcil ou fait des gestes divers, mouvements de protestation, d'inquiétude, de défense, de fuite.

Sans être agitée, à proprement parler, elle est extrêmement mobile, change sans cesse de position, tout en n'abandonnant pas sa chaise. Parfois, elle fait des gestes brusques, sans expression mimique déterminable, et paraissant être plutôt des mouvements automatiques. Il est absolument impossible de fixer un instant son attention et d'obtenir une seule réponse.

Son mari, qui l'accompagne, nous apprend qu'au mois d'avril elle fut soignée pour des troubles anémiques et nerveux, survenus depuis quelque temps à la suite de pertes

abondantes. Elle n'a cependant pas, paraît-il, fait de fausse couche. Elle se plaignait d'être fatiguée, étourdie ; d'un malaise général vague, de maux de tête sur le front, à la nuque. Elle mangeait peu, digérait assez bien, dormait très mal. Elle semblait comme absorbée, n'étant jamais à ce qu'elle faisait, ayant des défaillances de mémoire fréquentes.

Elle allait déjà mieux lorsqu'on l'envoya à la campagne (17 mai) pour la remettre tout à fait. En route, la voiture qui l'emmenait versa ; lorsqu'elle arriva dans sa famille, elle était tout à fait égarée, causant seule, cherchant à se sauver, hallucinée de la vue et de l'ouïe, ne répondant pas quand on lui parlait.

Au bout de huit jours, ces symptômes disparurent tout d'un coup. Elle revint à Paris, et là, ils se manifestèrent subitement de nouveau le 17 juin. A la suite d'une violente colère, suscitée par une altercation avec sa concierge, elle remonte chez elle et tout d'un coup, se met à divaguer, semblant entendre des voix, parlant de sa mère, réclamant ses parents qu'elle croyait morts, etc.

Il est à remarquer que, les deux fois, l'apparition de ces accès de délire hallucinatoire correspondait avec la venue des règles.

Ajoutons que le mari nous dit ne connaître à sa femme aucun antécédent nerveux de famille ou personnel, qu'elle était d'une sobriété parfaite ; et nos interrogatoires à propos de manifestations hystériques antérieures n'ont provoqué de sa part que des réponses négatives.

Le 4 juillet, l'état de la malade s'est déjà amélioré d'une façon considérable. Son aspect est toujours celui d'une hallucinée ; mais elle est moins mobile, moins distraite ; on

peut fixer un instant son attention et obtenir quelques réponses.

Nous apprenons ainsi qu'elle a réellement des hallucinations de la vue, lui montrant toutes espèces d'animaux, des assassins, des morts, des fantômes, etc.; et des hallucinations de l'ouïe presque continuelles, des bruits singuliers, des voix qui l'accusent de toutes sortes de choses. Cela lui fait tellement peur qu'elle en étouffe, mais elle n'a pas de chagrin. « Elle n'ose pas parler, pas regarder, parce qu'elle a peur d'avoir fait du mal ; elle a rêvé qu'elle avait fait du mal dans son lit... ; n'a-t-elle pas fait de mal?... elle ne sait pas si elle a fait mal ; ce sont les voix qui l'accusent de cela... C'est peut-être un rêve?... » Ces différentes réponses accusent bien un état de confusion notable dans les idées, mais qui est manifestement secondaire à la présence d'hallucinations nombreuses et répétées.

D'un autre côté, elle n'est pas très désorientée, sait le jour, l'année, l'endroit où elle est : c'est un hospice où on l'a mise pour soigner ses peurs ; mais elle ne se rappelle plus comment elles lui sont venues, si c'est son mari qui l'a amenée, ni quand cela s'est fait. Elle se rappelle bien déjà avoir eu des peurs comme cela, des cauchemars, au mois d'avril. Même, elle raconte en avoir déjà eu l'an dernier, à la même époque, avec des visions, des cauchemars, des voix qui parlaient, etc., ce que le mari conteste formellement.

Le 11 juillet, elle est devenue très calme ; dormant bien la nuit, travaillant le jour. Elle n'a plus d'hallucinations, plus de terreurs, plus de confusion mentale.

Elle donne des détails sur son accès du mois d'avril, qu'elle dit bien maintenant avoir été le premier.

Elle confirme les renseignements de son mari sur les troubles nerveux dont elle souffrait et qui avaient déterminé son départ à la campagne. Elle raconte son accident de voiture, prétend n'avoir pas perdu connaissance, se rappelle les détails de l'événement, et dit qu'elle a continué sa route à pied. En arrivant, elle ne put dormir, avait des cauchemars, qui ont continué depuis lorsqu'elle était éveillée. Elle voyait des chiens, des animaux bizarres, des morts, qui allaient et venaient comme une lanterne magique, dit-elle ; elle entendait des bruits, comme des voix de gens qui se lamentaient. Elle avait très peur de tout cela ; elle se figurait aussi que ses parents étaient morts, son mari écrasé, etc.; elle se sauvait, aurait voulu courir pour échapper à tout cela. Pour les faits qui ont suivi son retour à Paris, ses souvenirs sont beaucoup moins précis, soit qu'ils portent sur son délire ou sur les faits réels.

Elle se rappelle bien qu'elle voyait des choses effrayantes, mais ne peut les décrire d'une façon précise ; elle se rappelle avoir eu des voix, mais ne peut raconter ce qu'elles disaient. De même, elle ne sait pas comment elle est venue ici, les événements qui ont précédé son entrée et marqué les premiers jours de son placement. « Il me semble, dit-elle, que j'ai dormi et fait un rêve dont je ne puis me souvenir. »

Elle ne présente aucun signe physique ni d'hystérie, ni d'une intoxication quelconque ; elle affirme n'avoir jamais été malade et ne connaître rien de particulier dans ses antécédents de famille. Elle est d'ailleurs intelligente, d'un caractère facile ; elle demande à rester encore quelque temps pour se reposer un peu, car elle ne se sent pas encore bien forte.

Elle est sortie au bout de deux mois, sans avoir rien présenté de particulier, et sans avoir recouvré le souvenir des faits de la période aiguë de sa maladie.

Dans le tableau clinique que je viens de vous retracer, vous ne rencontrez, Messieurs, aucun des traits que nous avons notés dans les observations précédentes de paranoia aiguë. Il n'est pas non plus celui de la confusion primitive hallucinatoire.

Les accidents délirants débutent toujours brusquement. Mais ici, c'est l'hallucination qui en constitue très manifestement le pivot, le fondement ; à proprement parler, il n'y a même pas de délire, car on ne peut guère appliquer ce nom aux interrogations que se pose la malade à propos de ses hallucinations. De même, l'état de confusion mentale ne résulte pas d'une sorte d'affaiblissement des facultés intellectuelles, mais se présente surtout à titre de conséquence directe de la répétition presque incessante des troubles hallucinatoires qui, d'autre part, absorbent toute l'attention de la malade et la distraient du monde extérieur. Quand ces hallucinations disparaissent, la confusion s'efface, et cette femme revient brusquement aux conditions normales d'existence dans le milieu où elle se trouve.

L'amnésie consécutive ne tient nullement ici, à ce que la malade était incapable de comprendre ce qui se passait autour d'elle, mais simplement à ce qu'elle n'y a pas fait attention, distraite qu'elle était par ses hallucinations qui, de leur côté, trop nombreuses pour pouvoir être comprises et retenues, se sont succédé dans son esprit, ainsi qu'elle le dit fort bien, comme un véritable rêve.

Par ces caractères, par ceux aussi des hallucinations zoopsiques, mobiles, terrifiantes, les troubles intellectuels

se présentent avec la physionomie du délire hystérique ou des délires toxiques, bien qu'ils ne puissent être rattachés ici à l'une quelconque de ces deux origines.

Leur début brusque au moment des règles, à l'occasion d'un traumatisme à la fois physique et moral, sur un fonds acquis de faiblesse nerveuse ayant en quelque sorte préparé le terrain, le caractère d'automatisme que revêtent les manifestations délirantes, en même temps que l'absence des caractères que l'on assigne aux états paranoiaques, tout cela semble rapprocher les cas de ce genre de la confusion primitive beaucoup plutôt que de la paranoia aiguë. Mais en fait, au point de vue nosographique, on ne peut émettre encore que de simples considérations hypothétiques. C'est un point à étudier dans l'avenir et que, seules, des recherches ultérieures pourront élucider.

QUINZIÈME LEÇON

Le délire des négations dans la mélancolie [1].

Sommaire. — Résumé historique. — Opinions diverses : nécessité d'établir des divisions nosographiques et une terminologie précise.

Le délire des négations mélancolique à la période d'état. — Le syndrome de Cotard : 1° idées de négation, leurs variétés ; — 2° idée d'immortalité ; analyse de cette idée, son caractère hypocondriaque ; — délire d'énormité, idées de grandeur, de satisfaction ; — 3° délire mélancolique, idées de damnation et de possession, leur importance ; — 4° troubles de la sensibilité, de la perception personnelle, analgésie, perte de la vision mentale ; hallucinations ; — 5° réactions générales et spéciales : anxiété, folie d'opposition, mutisme, refus d'aliments, suicide, mutilations, langage.

Évolution : développement psychologique et marche clinique.

Fréquence ; étiologie.

Des objections portant sur les variations de la symptomatologie et de l'évolution. — Examen critique. — Nécessité de distinguer différentes variétés de délire des négations mélancolique. — Importance pour le pronostic.

Quelques indications de diagnostic.

Exemples cliniques.

Messieurs,

Nous allons nous occuper aujourd'hui d'une question qui se rattache étroitement à l'étude de la mélancolie. Je veux parler de cet état psychopathique décrit par Cotard (2), il y a quelques années, sous le nom de *délire des négations*.

(1) Leçon du 25 février 1894, résumée par M. H. Meige, in *Journal des connaissances médicales*, nos 30, 31, 32, 1894.

(2) Cotard, *Études sur les maladies cérébrales et mentales*, 1 vol., Baillière, éditeur, 1891.

En 1861, Baillarger (1) avait attiré l'attention sur une forme spéciale de délire hypocondriaque avec idées de destruction et de non-existence des organes, se rencontrant dans la paralysie générale, et qu'il regardait comme caractéristique, presque exclusif de cette maladie, pouvant en être considéré comme un signe précurseur et servir à lui seul d'élément de diagnostic.

Dans les travaux de Baillarger, il faut donc distinguer deux points : 1° l'existence du délire hypocondriaque de négation dans la paralysie générale ; 2° sa valeur diagnostique.

Or, si le premier est vrai, le second est trop exclusif.

Bien des auteurs, dès le début, se sont attachés à démontrer l'exagération de la portée ainsi attribuée à ce symptôme. Et le temps a fait définitivement justice de ce que cette assertion avait de trop absolu.

En 1880, Cotard lisait à la Société médico-psychologique un mémoire dans lequel il démontrait l'existence de ce délire hypocondriaque particulier dans une forme grave de mélancolie anxieuse et mettait en lumière le complexus symptomatique qu'on observe en pareille circonstance. Quelque temps après (1882), il en faisait une étude complète sous le nom de *délire des négations*, et publiait par la suite différents travaux sur des points particuliers de la question.

Entre temps, M. Paris en publiait un cas, et je faisais connaître moi-même (2) quelques faits analogues à ceux de

(1) Baillarger, *Recherches sur les maladies mentales*, 2 vol., Masson, éditeur, 1890.

(2) J. Séglas, *Archives de neurologie*, n° 22, 1884 ; *Progrès médical*, n° 46, 1887 ; *Ibid.*, n° 43, 1888 ; *Annales médico-psychologiques*, juillet 1889 ; Congrès de Blois, 1892.

Cotard, en même temps que j'essayais de fixer la valeur séméiologique et la pathogénie de ce délire particulier. M. Dagonet fils (1) apportait, de son côté, une nouvelle observation ; M. Régis (2), une étude de diagnostic. Puis vint la discussion du Congrès de Blois [1892] (3), et quand j'aurai cité une nouvelle observation de M. Arnaud (4), une autre que j'ai publiée en collaboration avec M. Sourdille (5), deux observations et une revue critique de M. Toulouse (6), une nouvelle observation de M. Paris (7) et une thèse récente de M. de Cool (8), j'aurai épuisé la liste des documents pour la littérature française.

A l'étranger, il n'y a que peu de publications se rapportant spécialement à ce sujet; je vous noterai toutefois celles de João Barreira (9), Cristiani (10), Serbsky (11).

(1) J. Dagonet, *Bulletin de la Société de médecine mentale de Belgique*, 1891.

(2) Régis, *Congrès international de médecine mentale*, Paris, 1889.

(3) *Compte rendu du Congrès de Blois*, 1893.

(4) Arnaud, *Annales médico-psychologiques*, novembre 1892.

(5) J. Séglas et G. Sourdille, *Annales médico-psychologiques*, mars 1893.

(6) Toulouse, *Annales médico-psychologiques*, 1893 ; *Bulletin de la Société de médecine mentale de Belgique*, 1893; *Gazette des hôpitaux*, 1892.

(7) Paris, *Annales médico-psychologiques*, 1884 ; Congrès de la Rochelle, 1893.

(8) De Cool, Thèse de Paris, 1893.

(9) João Barreira, *O delirio de Negaçoes*, Porto, 1892.

(10) Cristiani, *Nuova rivista di psichiatria*, nos 8, 9, 10, 1892 ; *Gazetta del manicomio di Macerata*, no 6, 1893.

(11) Serbsky, *Analyse* in *Arch. neurol.*, novembre 1893. — Ajouter comme travaux parus depuis sur le sujet : J. Séglas, *le Délire des négations*, 1 vol., 234 pages, Masson, éditeur, 1894; X. Francotte, *Bulletin de la Société de médecine mentale de Belgique*, 1894; Vauriot, Thèse de Nancy, 1894.

Messieurs, la plupart des auteurs s'accordent à reconnaître l'existence de cas de mélancolie avec délire des négations revêtant l'aspect clinique mis en lumière par Cotard ; mais il existe quelques variantes dans leurs interprétations.

Les uns considèrent le délire des négations comme constituant en quelque sorte une forme distincte de mélancolie. D'autres — la grande majorité — pensent qu'il ne marque qu'une période de la maladie ; c'est pour eux un état délirant spécial à certaines formes graves de mélancolie anxieuse, arrivant à la chronicité.

A côté de ces partisans, se trouvent quelques adversaires, comme on a pu le voir au Congrès de Blois.

Les uns reconnaissent bien qu'il existe des faits se rapportant à la description de Cotard ; mais en présence d'autres cas différant par la symptomatologie ou l'évolution, ils pensent que le délire des négations ne doit être considéré que comme un épisode, un simple accident dans la maladie, et qu'il ne mérite pas une description à part.

Les autres nient l'existence du délire des négations pour une raison quelque peu singulière. Il n'existe pas, prétendent-ils, car ils ne l'ont jamais observé. Certes, la chose est possible, car les exemples n'en sont pas très nombreux. Mais vous viendra-t-il à l'idée de nier, je suppose, l'existence du typhus exanthématique, sous prétexte que vous n'en avez jamais rencontré un cas ?

Je n'entreprendrai pas, Messieurs, de faire, dès maintenant, la critique de ces opinions diverses.

Mais je tiens à vous dire qu'à mon avis, les discussions viennent surtout de ce fait, qu'on ne s'entend pas très bien sur la signification du terme : *délire des négations*.

Le mot, en effet, est défectueux. Cotard, dans son premier mémoire, se borne à constater l'existence chez certains mélancoliques d'un groupement de symptômes assez particulier. Il en étudie plus tard l'évolution dans ses rapports avec la mélancolie, et propose pour ces cas, envisagés dans leur ensemble symptomatique et évolutif, la dénomination de *délire des négations*, du nom du symptôme le plus saillant.

Cette dénomination, il faut le reconnaître, manque de précision. Dans ses travaux, Cotard l'applique tantôt seulement au symptôme délire, tantôt à l'ensemble de la maladie. La confusion est regrettable, et c'est là, en grande partie, l'origine des discussions qui séparent encore les aliénistes, les uns ne voulant voir dans le délire des négations qu'un symptôme, les autres le considérant comme une forme vésanique à part.

Le mot *délire*, en effet (je vous le répète encore aujourd'hui), ne peut et ne doit jamais désigner qu'un ensemble d'idées délirantes. Le délire des négations, pas plus que celui d'auto-accusation, de persécution, des grandeurs, ne peut suffire à constituer une forme mentale déterminée.

Aussi, pour éviter les malentendus, convient-il de bien définir la valeur du terme *délire des négations*.

Pour nous, nous n'entendrons par là qu'un ensemble d'idées délirantes de négation.

Ces idées de négation peuvent, d'autre part, être distinguées en plusieurs catégories, suivant leur aspect clinique.

Elles peuvent d'abord se présenter sous forme de délire *asystématique*.

Elles ne se relient pas à d'autres idées délirantes et n'ont guère non plus de cohésion entre elles. C'est ainsi qu'on

les observe dans la paralysie générale, où tous les délires, sauf de rares exceptions, sont asystématiques.

Elles ont été signalées également dans la sénilité par Krafft-Ebing, Kræpelin, Schuele, où je les ai étudiées moi-même à plusieurs reprises au point de vue séméiologique. On les retrouve aussi dans les formes délirantes de la confusion mentale primitive, à côté d'idées d'humilité et d'auto-accusation, dans le délire fébrile ou alcoolique, dans la manie même. Mais là encore elles restent asystématiques.

Chez les faibles d'esprit, dans les formes dites de *délire d'emblée* ou *polymorphe* (paranoia primitive), on rencontre aussi parfois, à côté d'idées de grandeur ou de persécution, des idées de négation qui, sans être absolument asystématiques, sont cependant, en raison même du fonds de débilité mentale, mal coordonnées entre elles et avec les précédentes, souvent même contradictoires.

C'est un acheminement à d'autres cas, où le délire des négations est *systématisé*. On l'observe surtout ainsi dans certaines formes de paranoia primitive, aiguë ou chronique. On peut le retrouver, par exemple, dans le délire systématisé dépressif (*depressiver Wahnsinn* de Kræpelin), dans l'hypocondrie systématique primitive, qui arrive à revêtir parfois l'aspect du délire des négations. Certains persécutés systématiques aussi évoluent vers la négation au lieu de devenir mégalomanes.

Enfin et surtout dans la mélancolie, on observe ce délire des négations à l'état de fixité et même de systématisation. Telle est la forme spécialement envisagée par Cotard.

C'est de celle-là, Messieurs, que nous allons nous occuper aujourd'hui. Vous voyez qu'il était bon de préciser. Pour user d'une dénomination qui ne puisse plus prêter à l'équivoque, je crois utile, en pareil cas, de ne plus employer le

simple terme *délire des négations*, mais de dire plus exactement *délire des négations mélancolique*, ou *mélancolie avec délire des négations* ou *délire des négations* (*type Cotard*).

Pour bien comprendre les faits dont il s'agit, nous allons les examiner d'abord à la période d'état, en choisissant comme exemple un cas très complet.

Dans son premier travail, Cotard avait mis en relief un certain nombre de symptômes dont le groupement constituerait la caractéristique de son délire des négations. Ces symptômes, au nombre de six, étaient les suivants :

1. Anxiété mélancolique.
2. Idée de damnation, de possession.
3. Propension au suicide et aux mutilations volontaires.
4. Analgésie.
5. Idées hypocondriaques de non-existence ou de destruction de divers organes, du corps tout entier, de l'âme, de Dieu, etc.
6. Idée de ne pouvoir jamais mourir.

Nous désignerons, si vous le voulez bien, ce simple groupement de symptômes par le nom de *syndrome de Cotard*, proposé par M. Régis. Nous allons passer en revue chacun d'eux en procédant par ordre d'importance et avec les modifications que me paraît comporter la description primitive.

1° L'élément fondamental du syndrome de Cotard, celui qui lui donne sa caractéristique en quelque sorte, c'est le délire, les *idées de négation*.

Cette appellation générale s'applique à deux ordres de manifestations intellectuelles un peu différentes.

Tantôt, en effet, la formule négative du langage employée

par le malade répond simplement à une tendance morbide à l'opposition, à la contradiction systématique.

Tantôt, et le plus souvent, on rencontre sous cette formule une conviction particulière, répondant à l'idée de changement, de destruction, d'absence, de non-existence. C'est là, à proprement parler, ce qu'on entend désigner par le vocable *idées délirantes de négation*.

Prises isolément, elles peuvent se présenter sous quatre aspects différents, suivant leur objet.

a. Elles intéressent seulement la personnalité morale ou intellectuelle du sujet. Il dit par exemple : « qu'il n'a plus de cœur, plus de sentiments, plus d'intelligence, qu'il ne raisonne plus ».

b. Ou bien les idées de négation portent sur la personnalité physique : c'est le délire hypocondriaque de négation. Le malade dit : « Je n'ai plus de sang, de veines, de cerveau, d'organes génitaux. Je suis vide comme une armoire. »

c. Ce sont, dans d'autres cas, les objets du monde extérieur qui sont niés par le malade. On lui présente une fleur, et il nie que ce soit une fleur. Il n'y a rien autour de lui, ni choses ni gens. Il est dans le néant.

d. La négation, enfin, peut s'appliquer à des abstractions : il n'y a plus de vertu, plus de Dieu, etc.

Si l'une seulement de ces variétés existe, la négation est *partielle*.

Mais elles peuvent se rencontrer toutes ensemble, et c'est la négation *universelle :* rien n'est plus, ni le monde ni le sujet lui-même.

2° De l'idée de négation naît parfois, par une sorte de déduction logique, l'*idée d'immortalité*. N'étant plus dans

les conditions ordinaires d'organisation, d'existence normales l'aliéné se croit en dehors des lois de la fatalité. La négation de la mort n'est pour lui que le corollaire de la négation de la vie.

Cette idée d'immortalité est au fond très complexe. Lorsque le négateur dit ne plus exister, être mort, cela ne doit pas être entendu au sens matérialiste du mot. Ces malades disent qu'ils sont morts comme ils disent qu'ils n'ont plus d'organes. Or, comme nous le verrons dans une autre leçon, ces idées hypocondriaques de négation ne traduisent qu'un changement dans l'état des organes, dans la cénesthésie ; de même les négateurs ne se croient pas réellement morts. Ils se croient en dehors du monde, dans une existence indéfinissable, qui n'est plus la vie réelle, mais sans le repos de la mort physique, une espèce de survie douloureuse qui n'est pour eux qu'une sorte de mort.

En même temps, leurs tendances pessimistes les poussent à croire que cette survie se prolongera indéfiniment, pendant l'éternité.

C'est de l'accord établi entre ces deux conceptions que naît l'idée d'immortalité.

Cette idée est très importante à connaître ; en effet, si paradoxal que cela puisse paraître, il ne s'agit pas là d'une idée véritable de grandeur, mais bien d'une idée hypocondriaque.

Les malades ne sont immortels que pour endurer éternellement leurs maux.

Cotard avait groupé à côté de l'idée d'immortalité un certain nombre de conceptions délirantes auxquelles il avait donné le nom de *délire d'énormité*.

Les malades qui se disent immortels ne sont pas seule-

ment infinis dans le temps, ils sont encore infinis dans l'espace. Ils sont immenses, gigantesques. Leur tête atteint le ciel. Leur corps est colossal.

Ils ne comptent que par millions ou milliards. Ils vivent dans l'énorme et le surhumain.

Et, ce sont là encore, malgré les apparences, des conceptions hypocondriaques qu'on pourrait appeler un *délire des grandeurs à rebours ;* car, à l'inverse de ce qu'on observe dans la mégalomanie, ces idées d'énormité affectent toujours un même caractère d'horreur et de peine.

Si le délire des grandeurs est une compensation aux tortures subies par le persécuté, le délire d'énormité n'en est pas une pour le mélancolique négateur. C'est, au contraire, le degré le plus extrême de son malheur ou du châtiment de ses fautes.

Aussi verrez-vous s'augmenter la tristesse des malades au fur et à mesure que croîtront les idées d'énormité; tandis que le mégalomane semble se gonfler d'orgueil progressivement, traduisant par son attitude altière la haute opinion qu'il a de sa supériorité, au contraire, l'anxiété et la détresse augmentent chez le mélancolique en même temps qu'il s'imagine se rapprocher de l'infini : plus énorme il se croit, plus il est « lamentable, gémisseur et désespéré », suivant l'expression de Cotard.

Il faut bien connaître ces idées *pseudo-mégalomaniaques,* car elles sont fort importantes pour le diagnostic.

En outre, il faut éviter de les confondre avec les vraies *idées de grandeur*, qu'on peut aussi rencontrer dans ces cas.

J'ai moi-même signalé le fait, et, depuis, Cotard l'avait retrouvé chez plusieurs de ses malades.

Il faisait remarquer, d'ailleurs, qu'avant d'en arriver à se formuler nettement, les idées de grandeur sont en quel-

que sorte latentes chez ces mélancoliques, qui se considèrent comme des êtres exceptionnels, uniques au monde, et s'attribuent pour le mal, il est vrai, une sorte de toute-puissance.

A côté des idées de grandeur, notons aussi des idées de *satisfaction*, d'un aspect assez spécial en ce qu'elles ont trait, en général, au passé, se rapportant à l'ancienne personnalité du malade.

C'est une forme de délire rétrospectif. Aujourd'hui qu'il n'est plus rien, le négateur regrette ce qu'il était autrefois et ne cesse de rappeler l'excellence de son être disparu.

M. Dagonet a rapporté une observation très nette d'une malade de ce genre ; elle était devenue moins que rien, un quart de créature, un mannequin ; mais elle ne tarissait pas d'éloges sur Mme B..., qui est gracieuse, charmante, d'une intelligence supérieure.

3° *Délire mélancolique*. — Messieurs, les différentes idées que nous venons d'examiner ne sont pas les seules conceptions délirantes que formulent ces aliénés. Cotard, qui avait d'abord mis en relief chez eux la présence d'idées de damnation ou de possession, a surtout insisté ensuite sur le caractère général d'auto-accusation du délire. Mais nous avons vu dans nos précédentes réunions que le délire d'auto-accusation pouvait se rencontrer dans des formes vésaniques très variées. Il nous faut donc être plus précis. Aussi dirons-nous que le délire d'auto-accusation de nos négateurs actuels revêt non seulement les formules habituelles du délire de la mélancolie, mais encore les différents caractères généraux que nous lui avons reconnus.

Toutefois, il convient de remarquer qu'alors ce délire mélancolique offre souvent une teinte mystique, se traduit-

sant par des idées de damnation et de possession. Les malades ont mérité tous les supplices de l'enfer ; ils doivent les subir pendant l'éternité ; ils sont possédés du démon, ils sont Satan, l'Antéchrist, la femme de l'Apocalypse, etc.

Mais, d'un autre côté, ainsi que je crois l'avoir démontré au Congrès de Blois, il ne faudrait pas aller avec certains auteurs jusqu'à considérer la présence de ces idées comme indispensable. Cette manière de voir est certainement excessive ; ce qu'il importe de constater, ce n'est pas tant la formule, la couleur de l'idée, que les caractères généraux du délire.

Un mélancolique persécuté prétend qu'on va le supplicier, le guillotiner, parce qu'il a commis des crimes abominables. Dans le délire mélancolique avec idées de damnation, le malade s'accuse d'avoir commis toutes sortes de fautes envers Dieu. C'est au fond la même idée : la culpabilité associée à la crainte d'un châtiment. Si, dans le dernier cas, elle prend une teinte mystique qui manque dans le premier, elle conserve toujours les caractères fondamentaux du délire mélancolique, que nous nous sommes attachés à bien définir et sur lesquels je crois inutile de revenir aujourd'hui.

4° *Troubles de la sensibilité.* — A cet égard, Cotard n'avait guère mis en relief que les troubles de la sensibilité à la douleur, surtout l'*analgésie*. Mais ils ne sont pas les seuls qu'on puisse rencontrer dans le domaine de la sensibilité.

Voyons d'abord la sensibilité *générale*.

En premier lieu, il existe souvent, comme je vous le disais à l'instant, des troubles de la sensibilité à la douleur qui peut être lésée par défaut ou par excès.

Dans le premier cas, les malades, devenus analgésiques, se mutilent comme à plaisir ; dans le second, le moindre attouchement semble provoquer la plus vive souffrance, et les patients présentent des réactions vaso-motrices ou pupillaires auxquelles on ne peut se méprendre ; parfois même ils font des mouvements de défense.

Dans d'autres circonstances, il faut s'en rapporter à l'appréciation toute subjective résultant des réponses qui sont faites : les malades éprouvent des sensations de froid, de chaud ; ils ont les os rompus, le dos brisé. Souvent, la pression sur le rachis leur est douloureuse. Ils se plaignent de douleurs dans les membres, vagues ou localisées, de crampes musculaires, d'impatiences, etc.

Quand la sensibilité ou le sens musculaire sont atteints, ce qui n'est pas rare, les sujets racontent que leurs membres sont plus légers ou pesants, flasques ou endurcis, grossis ou rapetissés. Une dame me répétait souvent : « Qu'elle n'était plus en chair de monde, tellement elle était dure. »

Il faut avoir également bien soin de rechercher les troubles de la sensibilité interne, viscérale, qui constituent souvent le point de départ des idées de négation hypocondriaques : sensations anormales de vide dans la tête, ou de gonflement du cerveau ; de palpitations, d'étouffements, d'angoisse ; d'étranglement du tube digestif ; sensations d'hypertrophie ou de vacuité de l'abdomen, des organes génitaux, etc.

Le sentiment des besoins généraux de l'organisme est souvent altéré : sentiment de la faim ou de la soif perdu ou exagéré ; diminution du sentiment de la fatigue se traduisant par la perte du sommeil, la mobilité incessante ; sentiment du besoin de mouvement, diminué dans les états apathiques, exagéré dans les anxieux, etc.

Du côté de la sensibilité *spéciale*, les désordres sont moins accusés.

On rencontre bien quelquefois des troubles, surtout une diminution, de la sensibilité tactile. Mais il est souvent fort difficile de les préciser et de déterminer s'ils n'intéressent pas plutôt la perception personnelle.

En effet, la sensation élémentaire existe parfois en soi, mais le malade ne la perçoit pas, ne la rattache pas à sa personnalité consciente, par suite de l'état de distraction où il se trouve, de la concentration de son esprit sur ses idées délirantes qui le rend inaccessible aux impressions du dehors.

D'un autre côté, on peut constater ici, dans la recherche des troubles sensitifs, ce même fait que M. P. Janet a bien mis en lumière dans l'examen de l'anesthésie hystérique.

Quand, par exemple, on examine la sensibilité d'une hystérique et qu'on la prie de répondre par oui ou non si elle sent quand on la pique, on remarque qu'elle répond toujours *non* à chaque piqûre et qu'elle ne dit rien si on ne la pique pas.

Cela prouve bien que la sensation élémentaire a été perçue et que les troubles de la sensibilité ne sont en réalité justiciables que d'un défaut de perception consciente. Or, c'est là une constatation que j'ai pu faire aussi à plusieurs reprises chez des négateurs mélancoliques.

J'ajouterai cependant qu'en raison même de leur délire, ces malades sont portés à tout nier. Ils peuvent sentir et percevoir la piqûre ; mais, invariablement, ils affirmeront qu'ils ne se sont aperçus de rien. C'est là un point qu'il ne faut pas perdre de vue quand on procède à un examen de ce genre.

Toutefois, il semble bien que le plus souvent les troubles

de la sensibilité, chez le négateur mélancolique, n'intéressent pas la sensation élémentaire, mais dépendent de la perception personnelle. Il est un autre symptôme qui vient à l'appui de cette manière de voir : c'est la perte de la vision mentale signalée par Cotard en pareil cas.

Certains négateurs ne peuvent plus se représenter mentalement, par la vue, les objets ou les personnes qui leur étaient familiers autrefois. On pourrait supposer qu'il s'agit là d'une sorte d'amnésie portant sur les images visuelles. Je crois qu'il n'en est rien ; bien plutôt que les images elles-mêmes, c'est la faculté de les évoquer qui est atteinte, le pouvoir de les assimiler à cet ensemble de faits psychologiques qui constitue la conscience personnelle.

Et le phénomène qui se remarque d'une façon beaucoup plus décisive à propos des sensations visuelles, alors que les malades déclarent « voir, toucher les objets, mais ne plus les comprendre, ne plus les reconnaître », prouve bien que chez eux, les désordres intéressant les diverses sensations ou les images mentales dépendent surtout d'un défaut de synthèse psychologique, d'un trouble de la perception personnelle.

Avant de quitter le domaine des sens spéciaux, je veux vous parler des *hallucinations*.

Le syndrome de Cotard se rattachant à la mélancolie, il en résulte que les malades peuvent ne présenter jamais d'hallucinations sensorielles, ou n'en avoir qu'un petit nombre, le plus souvent tardives et confirmatives des idées délirantes.

Mais si les hallucinations sensorielles sont rares, il n'en est pas de même des hallucinations motrices communes ou verbales. On peut les rencontrer à tous les degrés que nous

avons examinés, jusqu'à leur extrême limite, l'impulsion verbale, fréquente chez les négateurs qui ont des idées de possession. Chez ces derniers, on remarque aussi souvent des hallucinations génitales telles qu'on les trouve décrites dans les récits anciens sur la démonomanie.

5° Messieurs, sous la dénomination de *réactions du malade,* nous pouvons déjà faire rentrer la propension au suicide, et les mutilations volontaires signalées par Cotard. Mais ces réactions sont plus nombreuses.

A un point de vue *général*, je vous dirai tout d'abord que le syndrome de Cotard évolue toujours — et c'est même là un *de ses caractères* — sur un fonds d'*anxiété* qui peut s'augmenter de par la présence même des idées de négation, mais ne leur est pas moins toujours préexistant. Ce fait, qui tient à la nature mélancolique du fonds morbide sur lequel repose le délire, est important à noter parce que, si dans d'autres maladies les idées de négation peuvent s'accompagner d'anxiété, elle n'est plus alors que purement réactionnelle.

Cette anxiété revêt des aspects divers. Tantôt, et le plus ordinairement, elle se traduit par des plaintes, des pleurs, des gémissements, et par une mimique mouvementée qui peut aller jusqu'à l'agitation automatique, comme chez la malade que vous verrez tout à l'heure.

Tantôt, au contraire, l'anxiété revêt le masque de la stupeur, bien différente de l'inertie qui se rencontre dans la stupidité ou la confusion mentale. Sous ces apparences d'indifférence se cache toujours un délire bien accusé, une anxiété intérieure tellement intense qu'elle paralyse tout effort de réaction active.

Dans les cas chroniques, l'anxiété peut disparaître. C'est

même là un élément de pronostic dont il faut tenir compte à cause de sa signification fâcheuse.

D'un autre côté, il existe aussi des réactions *spéciales*. Je ne veux pas dire par là qu'elles soient spécifiques, pathognomoniques ; mais simplement que ce sont des réactions *déterminées* en rapport intime avec les symptômes que nous venons de passer en revue.

Parmi elles, la plus remarquable est ce que Guislain appelait déjà la *folie d'opposition*, qui représente pour ainsi dire le côté moral du délire de négation. Les négateurs sont, en effet, des résistants systématiques au plus haut degré.

Une des manifestations les plus fréquentes de cette tendance à l'opposition est le *refus des aliments*. Tantôt les malades cherchent à le justifier en disant par exemple qu'ils n'ont plus de langue, plus d'estomac, ou bien qu'ils veulent expier les fautes dont ils sont coupables, ou enfin que la nourriture leur est inutile, puisqu'ils sont immortels. Souvent aussi, c'est par pur esprit de contradiction, d'opposition, qu'ils refusent la nourriture. On veut les faire manger ? Non ! Ils ne mangeront pas. Et rien ne pourra vaincre leur entêtement.

Notez d'ailleurs qu'aussitôt que vous serez partis, ils se mettront à dévorer leur repas, ou bien, s'ils refusent les aliments qu'on leur donne, ils voleront ceux de leurs voisins.

Le plus souvent, le refus d'aliments est total, mais parfois aussi électif. Tels malades accepteront certains plats, et jamais d'autres ; mais, fait bien caractéristique en rapport avec les caractères de leur délire mélancolique, ils ne prendront que les aliments les moins bons.

Pour les mêmes raisons qu'ils refusent les aliments, il en est quelques-uns qui refusent d'uriner ou d'aller à la

garde-robe : opposition simple ou conviction que n'étant plus faits de la même essence que les autres hommes, ils ne sont pas astreints aux mêmes exigences. D'autres, au contraire, gâtent constamment, et tantôt allèguent ce gâtisme comme une preuve que leurs organes sont détruits, qu'ils sont creux ; tantôt ils s'en étonnent et se demandent comment, n'ayant plus d'organes, ils peuvent rendre des excréments. Aussi ne veulent-ils pas convenir de leur malpropreté.

On peut rapprocher encore de cette catégorie de réactions le *mutisme*, qui, en dehors de toutes les causes habituelles du mutisme mélancolique, peut avoir alors plus spécialement comme origine des idées de négation, de destruction des organes de la phonation, ou n'être simplement qu'une manifestation de l'opposition systématique, comme chez une de nos aliénées qui ne répondait jamais lorsqu'on s'adressait à elle, alors qu'elle se mettait à parler sitôt qu'elle était seule.

Parmi les autres réactions spéciales, il faut placer les *tentatives de suicide*. Elles sont souvent nombreuses, résultant d'une impulsion subite ou provoquées par les idées délirantes. Dans ce dernier cas, il est à remarquer que les négateurs, comme tous les mélancoliques, sont très maladroits dans leurs attentats ; tout au plus arrivent-ils à se blesser, et leur habileté ne s'accroît pas par l'expérience. Ces insuccès entrent souvent pour une grande part dans la genèse de leurs idées d'immortalité. Ils y voient la preuve d'une organisation particulière. Quand tant de fois la mort semble les fuir, ils croient bientôt qu'elle ne pourra venir jamais.

Il en est de même des *mutilations volontaires*. Les négateurs, qui, par surcroît, sont analgésiques, se font des

blessures comme à plaisir. D'ailleurs, ils y sont également conduits par leur délire mélancolique ; ces mutilations sont souvent comme une expiation des crimes dont ils se croient coupables. Et, d'autre part, comme ils n'en souffrent guère, la découverte de cette analgésie les entretient encore dans leurs idées de constitution spéciale.

Je dois aussi, Messieurs, attirer votre attention sur certaines formules du langage. Comme vous pouvez le prévoir, la formule négative fait tous les frais de la conversation : « Je n'ai plus de nom. Je n'ai plus d'amis. Je n'existe plus. » Souvent ces malades parlent d'eux-mêmes à la troisième personne : « Il ou Elle, » ou se désignent par un pronom indéfini : « *Cela* (eux) est vide, etc..., » une longue périphrase : « La *personne de moi-même.* » Ou encore, ils n'emploient que le passé : « Je m'appelais autrefois X... » Notons enfin les jurons et les blasphèmes souvent en rapport avec des idées de possession.

Tel est, Messieurs, l'ensemble symptomatique par lequel se traduit le délire des négations mélancolique à la période d'état. Voyons maintenant quelles sont sa marche et son évolution.

A ce propos, il est utile d'établir une distinction entre l'évolution dans l'espace ou développement psychologique et l'évolution dans le temps ou marche clinique. Je crois, en effet, que c'est pour avoir fait des confusions à cet égard, qu'on a mal compris la pensée de Cotard et qu'on a élevé contre lui certaines objections.

Cotard avait surtout et magistralement insisté sur l'évolution psychologique. Il avait bien mis en relief les tendances négatives premières, déjà signalées par Griesinger chez les mélancoliques, et montré la gradation progressive

qui unit ces tendances négatives de l'hypocondrie morale, de la mélancolie simple au délire mélancolique ordinaire, pour aboutir, en dernier terme, au délire des négations confirmé.

Aussi bien, concluait-il, l'état initial d'hypocondrie morale n'est qu'une ébauche dont il suffit d'accentuer les traits et de forcer les ombres pour achever le tableau de ces dernières formes de mélancolie.

C'est en se plaçant à ce point de vue que Cotard avait proposé, pour tout l'ensemble de ces faits, le mot *folie* des négations.

Justifiée au point de vue psychologique, cette appellation n'a sa raison d'être au point de vue clinique que si elle s'applique aux seuls faits de délire des négations mélancolique confirmé, et par opposition à ceux dans lesquels le délire des négations se rencontre au cours d'autres formes mentales ne présentant pas dès le début les mêmes tendances négatives.

Ce serait aller trop loin, à mon avis, que de se fonder sur les dispositions négatives de tous les mélancoliques pour les grouper sous l'étiquette de folie des négations en considérant comme des formes atténuées les cas où le délire de négation n'arrive pas à se formuler. On ne doit pas dire que les différents délires mélancoliques sont des formes de la folie des négations, mais tout au plus que la folie des négations (délire des négations mélancolique) n'est qu'une forme de la mélancolie.

Les considérations précédentes sur l'évolution psychologique se trouvent parfois justifiées par la clinique elle-même. Tel malade qui n'était au début qu'un mélancolique conscient, est devenu peu à peu un délirant mélancolique ordi-

naire, et plus tard a présenté tous les signes du syndrome de Cotard.

Toutefois, la marche clinique n'est pas, dans tous les cas, aussi régulièrement progressive, et il n'est pas toujours possible — ainsi que l'ont fait certains auteurs exagérant après coup les idées de Cotard — de la mettre en parallèle avec la progression analogue qu'on retrouve dans le délire des persécutions systématique et progressif.

Il est beaucoup plus juste de dire que l'ensemble des symptômes que Cotard a décrits ne constitue qu'un syndrome dont plusieurs éléments n'ont rien de caractéristique et que, tant qu'ils existent seuls, la maladie qui débute sous les apparences de la mélancolie ordinaire en revêt la marche habituelle, c'est-à-dire est souvent intermittente.

Le délire des négations et d'énormité qui donne au syndrome de Cotard son cachet particulier survient tantôt au premier accès, tantôt au deuxième. Et lorsque le syndrome de Cotard est constitué, d'intermittente qu'elle était l'affection tend à devenir continue, chronique.

Ce délire des négations mélancolique ne constitue donc pas une affection spéciale, mais il caractérise seulement une variété de mélancolie dans laquelle il revêt en général, une fois installé, la signification d'un passage à l'état chronique. Il peut donc ainsi s'assimiler à ces formes de délire systématisé survenant dans la période chronique des psychonévroses et qu'on désigne sous le nom de *Verrucktheit* ou *paranoia secondaire*.

On peut ajouter que le délire d'énormité et les conceptions d'immortalité ne se manifestent souvent qu'après celles de négation, au moins dans les cas typiques.

Les idées de grandeur vraies ne s'observent jamais que dans les cas très chroniques.

Enfin, au point de vue de la terminaison ultime, notre délire des négations se conduit comme les délires systématisés. Il peut aboutir à un état de démence qui ne survient alors qu'après un temps assez long.

Messieurs, le délire des négations tel que l'a envisagé Cotard semble être *assez rare*. Toutefois, sa description est de date récente ; et depuis le jour où l'attention a été éveillée sur ce point, les exemples en sont déjà assez nombreux pour ne pas avoir le caractère d'exceptions.

Au point de vue *étiologique*, Cotard avait mis en évidence l'importance de l'hérédité. Dans la plupart des cas, celle-ci est très chargée. En outre, on remarque souvent chez les futurs négateurs, avant l'éclosion avérée de leur délire, des tendances spéciales qui sont comme l'embryon de la maladie. De même que les persécutés mégalomanes, avant la confirmation de leurs idées délirantes, se montrent toujours méfiants et orgueilleux, de même les négateurs sont des tristes, des scrupuleux, des méticuleux.

C'est à l'âge adulte et vers l'époque moyenne de la vie qu'apparaît leur délire.

Il est difficile de se prononcer encore d'une façon certaine sur l'influence du sexe. Toutefois, la majorité des observations publiées jusqu'à ce jour se rapporte à des femmes.

L'éducation, le milieu social semblent jouer un certain rôle. On observe rarement les négateurs dans les asiles publics ; bien plus fréquents sont ceux qu'on voit à la ville ou dans les établissements particuliers.

Messieurs, je vous ai parlé, au commencement, des objections qui ont été faites à la conception de Cotard. Les

seules qui prêtent à discussion portent sur deux points principaux.

Les faits de délire des négations de Cotard ne méritent pas, dit-on, de description particulière, parce que dans les cas où l'on observe des idées de négation chez des mélancoliques, il manque souvent certains éléments au syndrome caractéristique que nous venons d'étudier, en particulier les idées de damnation, de possession, d'immortalité.

Ce n'est pas là, vous en conviendrez, une raison très péremptoire. A côté des cas typiques, il existe dans toutes les branches de la pathologie des cas frustes ou atténués qui n'infirment pas pour cela l'existence des premiers. Quand vous avez à diagnostiquer un goître exophtalmique, vous n'exigez pas que le malade présente tous les signes de la série de Basedow.

Faut-il donc se refuser à reconnaître un cas de délire des négations mélancolique, sous prétexte que le syndrome de Cotard n'est pas toujours représenté au grand complet?

D'ailleurs, les symptômes en litige doivent-ils être considérés comme typiques, et leur présence comme indispensable ?

Que devons-nous penser par exemple de l'idée d'immortalité ? Sans aucun doute, lorsqu'elle existe, le type est complet. Mais, en fait, son importance est secondaire.

Elle ne fait pas taire les autres idées délirantes, en particulier celles de négation ; elle ne fait que se surajouter à elles. On pourrait, à ce point de vue, l'assimiler à l'idée de grandeur du persécuté systématique. Le mégalomane persécuté reste toujours un persécuté, et le négateur immortel est toujours et avant tout un négateur. Alors que l'idée de grandeur ne nous semble pas nécessaire pour porter le dia-

gnostic de délire systématique des persécutions, devrons-nous attacher à l'idée d'immortalité une importance telle qu'en son absence nous écartions l'idée d'un délire des négations mélancolique ? Elle peut ne pas exister au moment de l'observation et se montrer par la suite. En effet, l'idée d'immortalité, comme le délire d'énormité, représentaient pour Cotard une étape avancée de l'évolution qu'il essayait de décrire. De même, chez les persécutés systématiques, si l'idée de grandeur apparaît quelquefois très vite, d'autres fois, elle peut ne survenir qu'au bout d'une longue période délirante.

Enfin, comme nous l'avons vu, il résulte de l'analyse même de cette idée d'immortalité qu'elle n'est guère en réalité qu'un équivalent, une forme, la plus excessive, de l'idée de négation.

Souvent, ce sont les idées de damnation ou de possession qui manquent.

Or, je vous l'ai déjà dit, Messieurs, ces idées ne sont que des symptômes d'une importance toute relative. Elles reflètent seulement, sous une teinte mystique, le fond mélancolique de la maladie et, s'il existe une idée d'humilité ou de culpabilité de mêmes caractères généraux, la nature du délire est par cela même assez évidente pour qu'il ne soit pas besoin d'exiger la présence d'une idée de damnation.

D'un autre côté, il ne suffit pas de porter un diagnostic d'après les dires du malade. Tant mieux si celui-ci vous déclare lui-même : « Je suis damné, j'ai le diable dans le corps, » car il vous évite la peine de pousser plus loin vos investigations. Mais les symptômes ne sont pas toujours assez accusés pour qu'il les traduise de lui-même au dehors,

et c'est à vous de les rechercher soigneusement, quelque dissimulés qu'ils puissent être.

Nous ferons prochainement l'étude des idées de possession. Vous verrez alors que l'origine de ces idées repose toujours sur un dédoublement de la personnalité. Or, ce phénomène existe fréquemment sans que le malade formule le mot de *possession*. Qu'il dise : « Le diable parle par ma bouche », ou bien : « Il y a des choses que je dis malgré moi, sans savoir d'où elles me viennent », c'est toujours un dédoublement de la personnalité qu'il exprime, dans le premier cas, par une image mystique et surannée, dans le second par une phrase banale, mais non moins décisive, car elle reflète la présence d'une impulsion verbale, symptôme très net d'automatisme psychologique.

La constatation d'hallucinations motrices diverses, identiques de nature, sinon d'intensité, avec les impulsions, aura la même signification. De même, aussi, la simple conversation mentale, cette contradiction intérieure, ces impressions toujours contraires, dont se plaignent les malades et qui ne représentent que la lutte de deux synthèses mentales antagonistes, en opposition constante et s'organisant petit à petit. Peu importe la formule ; l'existence du phénomène en soi, d'où elle tire son origine, doit suffire à confirmer le diagnostic.

On peut donc, en résumé, faire bon marché de l'objection qui reproche à la symptomatologie d'être quelquefois incomplète.

Le second point en litige se rapporte à l'évolution.

Cotard avait dit que le délire des négations apparaissait en général après plusieurs accès de mélancolie, parfois même au premier accès. Ces différences d'évolution sont

jugées encore incompatibles, contradictoires de sa description.

On a fait remarquer aussi que les idées de négation n'apparaissaient pas toujours aussi tardivement qu'il l'indiquait, et qu'en outre les idées d'immortalité les précédaient souvent.

Ces objections ne me paraissent pas beaucoup plus graves que les précédentes.

Après que Lasègue eut décrit en bloc les délires des persécutions, on s'est aperçu que l'idée de grandeur, qui souvent y figure, apparaissait, tantôt après, tantôt en même temps, tantôt même avant l'idée de persécution. Mais on n'a pas cru pour cela devoir rejeter de la psychiatrie son délire des persécutions ; on s'est attaché au contraire, et avec raison, à en dégager plusieurs variétés.

Pourquoi ne pas juger ainsi du délire des négations? Parce qu'il existe actuellement certains cas, en apparence disparates, faut-il donc les regarder comme contradictoires et ne tenir aucun compte des premières tentatives d'analyse qui ont été faites à ce sujet?

Je ne le crois pas, Messieurs. Au lieu de voir là une raison de refuser d'emblée toute valeur au délire des négations mélancolique, il vaut mieux analyser avec soin les cas publiés jusqu'à ce jour, essayer d'en faire une classification rationnelle et (sans prétendre nullement identifier les délires des négations aux délires des persécutions), à côté des cas complets du type Cotard, grouper les formes atypiques dont l'avenir fera connaître la valeur.

Pour le présent, je dois avouer qu'une classification de ce genre n'est pas facile à faire. Je vous soumets néanmoins, jusqu'à plus ample informé, un cadre provisoire qui me

semble de nature à faciliter la compréhension du délire des négations dans la mélancolie. Il renfermerait six divisions dans lesquelles pourraient prendre place tous les cas connus jusqu'à ce jour.

1° Les cas types ;

2° Les cas frustes, auxquels manquent un ou plusieurs symptômes (idée de damnation, de possession ou d'immortalité) ;

3° Les cas à évolution régulière, mais rapide, continue ou intermittente, et avec symptomatologie complète ;

4° Les cas dont l'évolution est identique, mais avec symptomatologie fruste (combinaison des cas 2 et 3) ;

5° Les cas à évolution irrégulière, encore mal définis ;

6° Enfin les cas où l'on observe des idées de négation chez des mélancoliques, mais d'une façon épisodique.

Dans ce cadre, Messieurs, vous pouvez faire rentrer tous les cas connus jusqu'ici de délire des négations mélancoliques, quelles que soient leur symptomatologie ou leur évolution, et après ce que je vous ai dit, vous pourrez, je l'espère, les différencier facilement.

L'étude de ces variétés pourra peut-être dans l'avenir nous donner la raison des différences de pronostic concernant les mélancoliques négateurs. En effet, si, comme je vous le disais, dans les cas typiques, le délire des négations marque le passage de l'intermittence à la marche continue et à la chronicité, il est d'autres cas qui restent encore intermittents et quelques-uns mêmes qui guérissent.

Quelle qu'en soit d'ailleurs la variété, le délire des négations mélancolique doit toujours être distingué des autres ormes d'idées de négation qu'on rencontre au cours de la

paralysie générale, de la sénilité, etc., ainsi que de l'hypocondrie systématique avec délire de négation, et de certains délires de persécutions systématiques. Nous aurons l'occasion, dans nos prochaines réunions, d'étudier quelques points de ce diagnostic différentiel, en même temps que nous essayerons de déterminer le mécanisme psychologique, la pathogénie du délire de négation mélancolique.

Messieurs, pour bien fixer dans votre esprit les différents traits de la description que je viens de vous retracer très rapidement, je vais vous présenter une malade du service, atteinte de mélancolie avec délire des négations, et chez laquelle vous allez constater l'existence de tous les éléments du syndrome de Cotard.

Vous pourrez retrouver, dans les *Annales médico-psychologiques* (mars-avril 1893), tous les détails de son observation, que j'ai publiée avec M. Sourdille. Aussi, sans y insister, me contenterai-je de vous faire remarquer d'abord que de toute évidence cette malade est bien véritablement une mélancolique anxieuse. D'autre part, elle se distingue des mélancoliques ordinaires par un certain nombre de particularités cliniques.

C'est ainsi qu'au point de vue symptomatique, nous rencontrons aujourd'hui chez Mme M..., au grand complet et avec tous les caractères cliniques que je vous ai signalés, cette association de symptômes mise en relief par Cotard, et qu'à l'exemple de M. Régis, nous avons appelé *le syndrome de Cotard :* anxiété, idées de damnation, idées de négation, idées d'immortalité et délire d'énormité, tendance au suicide, troubles de la sensibilité générale, absence d'hallucinations sensorielles, opposition, mutisme par intervalles, gâtisme, etc.

D'un autre côté, ce cas est un de ceux qui nous montrent, quelquefois justifiée par l'observation clinique, cette conception psychologique qui reconnaît dans l'évolution du délire une gradation continue allant de l'hypocondrie morale, de la mélancolie simple, sans délire jusqu'au délire de négation le plus excessif, et sur laquelle Cotard avait tant insisté.

En effet, chez cette malade, les troubles intellectuels ont débuté en septembre 1891, sous forme de mélancolie simple, sans délire. Puis le délire mélancolique habituel de culpabilité, de ruine, etc., s'est montré presque un an plus tard, en août 1892. Trois mois après, en octobre, ont apparu les idées spéciales constituant, à proprement parler, le délire de négation, qui ne s'est ainsi révélé que *tardivement*, à une période déjà avancée de la maladie. Quand nous publiâmes son observation (mars 1893), cette femme en était arrivée à formuler les conceptions pseudo-mégalomaniaques groupées sous le nom de *délire d'énormité*.

Aujourd'hui, l'affection ne s'est nullement modifiée ; l'état mental persiste identique, presque stéréotypé, et l'on peut se croire autorisé à regarder la malade comme entrée dans la voie de la chronicité. Comme traits nouveaux, je n'aurais à signaler que l'accentuation de ces modifications du langage, déjà indiquées dans l'observation. Cette aliénée ne parle plus d'elle-même qu'à la troisième personne, se désignant par son prénom ; elle exprime ses auto-accusations sous forme d'injures qu'elle s'adresse à elle-même, entrecoupe ses lamentations de jurons et de blasphèmes, ce qui n'est pas le moins curieux chez une mélancolique tourmentée par des idées de culpabilité et de damnation.

Chez elle, le syndrome s'est installé au cours du premier accès de mélancolie. Cotard avait dit lui-même que ce délire

de négation « arrive quelquefois dès le premier accès, souvent c'est au second, au troisième accès que se développe le délire hypocondriaque, et alors la maladie passe à l'état chronique ». Sans voir, comme certains adversaires des idées de Cotard, une contradiction dans ces différences du début de l'affection, il me semble que cela prouve simplement qu'à côté de cas à marche intermittente, puis continue, il en est d'autres à marche continue d'emblée.

D'ailleurs la signification du délire des négations nous apparaît bien ici telle que je vous l'ai exposée.

Enfin, la notation de tares psychopathiques chez les ascendants, le début à l'âge de cinquante ans, le sexe, viennent encore confirmer les remarques que nous avons faites au point de vue de l'étiologie.

Messieurs, maintenant que vous êtes en possession d'un cas répondant, autant que faire se peut, au type complet, permettez-moi de vous rapporter les observations inédites de deux de mes anciennes malades. Elles vous mettront en présence de quelques-unes de ces variations que je vous ai indiquées.

La première est relative à une dame N..., âgée de quarante-cinq ans, internée, en février 1888, pour délire mélancolique avec anxiété.

Je n'ai pu recueillir aucun renseignement sur les antécédents héréditaires ou personnels de cette aliénée.

Elle était tombée malade environ cinq mois auparavant, à la suite de la perte d'un de ses enfants enlevé par une méningite. Au début, elle disait seulement qu'elle était très faible, qu'elle avait très mal à la tête, qu'elle ressentait comme un grand malaise général. En même temps, elle était découragée, triste et inquiète par moments ; puis ont

apparu les idées délirantes qui ont motivé son placement.

En *février* 1888, à son entrée, elle est très anxieuse; elle est une créature indigne, elle s'accuse d'être la cause de la mort de son enfant. Elle *croit à une influence mystérieuse et néfaste qui la pousse au mal;* elle a des scrupules imaginaires, des idées de culpabilité incessantes; elle est dégoûtée de la vie. *Refus total d'aliments* par intervalles; *tendance au suicide;* il faut qu'elle meure, et, chez elle même un jour elle avait pris un couteau pour mettre ces tendances à exécution.

Cet état dure à peu près identique à lui-même jusqu'en *août* 1888. A ce moment se montrent de nouvelles idées délirantes.

Mme N... est toujours anxieuse, le sourcil est froncé, la tête penchée, elle reste immobile, gémissant incessamment, en proie à des intervalles d'anxiété terrible.

Cyanose des extrémités, odeur de souris, respiration superficielle, impulsion cardiaque faible, menstruation supprimée, flueurs blanches.

« Elle a fait du mal sans comprendre; mais elle n'a jamais eu de soutien. Au contraire, il y a comme *une influence funeste, mystérieuse qui la pousse* à marcher dans le mal. Elle a marché toute jeune dans la voie du crime, sa première communion a été sacrilège. Mais, avant le mois de septembre, elle dormait dans ses crimes; c'est une preuve qu'elle n'a pas de conscience. Elle croyait, avant cette époque, que ses enfants étaient morts de maladies, tandis qu'au contraire c'est elle qui les a tués, qui les a brûlés dans la fièvre par ses crimes. Elle a plaidé contre le Maître des Maîtres. Il n'aurait pas fallu qu'elle vînt au monde. Sa peau devrait être pourrie depuis cinquante

ans, elle n'aurait pas fait de malheurs. Elle n'est qu'une coupable; elle a tué ses enfants, ses frères, ses belles-sœurs. Elle n'était pas capable de gagner sa vie; elle volait sa nourriture, elle déshonore le gouvernement.

Pour la punir, on la mettra dans la glace, dans les fosses d'aisances, et *ses souffrances dureront toujours, toujours! Elles ne finiront plus;* une heure durera *des milliards d'années* et cela ne passera pas.

Elle *n'a plus de cœur, plus de poumons, elle ne respire plus*, et, avec cela, *elle est immortelle!* Une telle existence, c'est l'*impossible*. C'est là son supplice : *ne pas respirer, ne pas vivre, ne pas mourir!* Elle serait trop heureuse, si elle pouvait mourir; mais elle ne le peut pas, elle est *condamnée à l'impossible :* à sentir toujours une souffrance impossible. Ah! si elle avait pu tomber dans un fossé quand elle avait trois ans! Elle n'aurait pas dû se marier; elle a trompé son mari en se mariant; elle a brûlé son dernier enfant par ses péchés. »

L'*anxiété* est des plus accentuées, avec gémissements, cris incessants.

Analgésie et tentatives *de mutilations :* elle se frappe la tête contre les murs, s'arrache les cheveux par poignées; elle est insensible aux excitations douloureuses.

Refus total d'aliments, mais seulement à un ou deux repas de suite.

Elle essaye sans cesse de respirer en se pinçant le nez et fermant la bouche : « On ne peut pas rester une seconde sans respirer, gémit-elle, et moi je suis condamnée à rester ainsi *toute l'éternité*. Il vaudrait mieux pouvoir mourir que d'être ainsi *immortelle*. Je suis condamnée à l'impossible. »

Hallucinations par intervalles; elle dit entendre ses en-

fants appeler au secours; elle les voit brûler et cherche de l'eau pour aller à leur aide.

Même état anxieux pendant toute une année.

En mars 1889, le délire est resté le même. Mme N... est encore plus dans l'impossible; tout le monde est perdu; *tout est fini;* elle est coupable de *la ruine de l'univers*. Il faut qu'elle meure, et *elle est immortelle;* il faut essayer de la brûler. Le moindre de ses actes est une cause de malheurs. Lorsqu'elle marche, tout tombe en ruines autour d'elle; *il n'y a plus rien*.

Refus total d'aliments; alimentation par la sonde œsophagienne. La malade doit être surveillée de près, car elle s'arrache les cheveux, cherche à se déchirer la peau, à se frapper la tête contre les murs.

En août 1889, même état; toujours nourrie à la sonde, sans interruption. Amaigrissement considérable. Anxiété incessante. Elle n'a plus aucune hallucination. Rabâchage monotone des mêmes lamentations.

Reprise par sa famille en novembre 1889, toujours dans le même état de délire anxieux, elle est replacée en janvier 1890, sans que le délire se soit modifié en rien. Dans l'intervalle, elle a *tenté de se suicider* en se noyant. Les troubles intellectuels conservent toujours le même aspect; la malade est toujours nourrie à la sonde. Elle meurt de péritonite en février 1890.

Messieurs, vous voyez que cette observation ne diffère guère du type. Au point de vue symptomatique, nous retrouvons tous les éléments du syndrome de Cotard : anxiété, analgésie, tendance au suicide et aux mutilations volontaires; refus d'aliments; idées de négation, idées d'immortalité avec leur cachet hypocondriaque spécial et se trouvant

associées avec d'autres idées délirantes ayant non seulement la formule, mais encore les caractères généraux du délire mélancolique.

Vous pouvez juger aussi par cet exemple des équivalences que je vous ai signalées à propos de ces idées mélancoliques, auxquelles certains auteurs sont tentés d'attribuer une trop grande importance.

Ainsi les idées de possession sont représentées ici par la croyance à une influence néfaste poussant la malade au mal, et la crainte de la damnation est remplacée par la crainte de supplices, idée équivalente, ainsi que nous l'avons vu.

Au point de vue de la marche, nous voyons bien ici le syndrome se constituer encore au cours du premier accès mélancolique ; mais, de même que le précédent, ce fait nous montre justifiée, même cliniquement, la gradation établie par Cotard. En effet, l'affection s'installe d'abord sous l'aspect de la mélancolie simple et dure ainsi cinq mois ; puis apparaît le délire mélancolique sous sa forme habituelle, et ce n'est qu'au bout d'un an de maladie que se trouve constitué le syndrome de Cotard, revêtant ainsi d'autre part la signification que nous avons cru devoir lui attribuer.

La seconde observation est celle d'une dame L..., âgée de quarante-huit ans, entrée le 31 juillet 1888.

Comme *antécédents héréditaires*, nous avons su que le *père* était très nerveux (?) et que la *mère* fut atteinte d'un délire mélancolique avec anxiété ; elle se figurait qu'on allait la faire mourir.

Un *frère* très original était « comme fou » par moments.

Dans les *antécédents personnels*, j'ai relevé que le développement physique aurait été régulier, l'intelligence tou-

jours faible ; la malade apprenait très difficilement à l'école. Elle fut réglée à quatorze ans environ. Jamais elle n'eut d'attaques de nerfs, mais fut toujours émotive et scrupuleuse à l'exagération. Elle eut plusieurs accouchements très difficiles, sans accidents.

Le début de l'affection remontait à six mois avant l'entrée, c'est-à-dire au commencement de l'année 1888. La malade se plaignait alors d'un malaise général, de ne pouvoir s'occuper de ses affaires. Elle était triste, soucieuse, se tourmentait énormément à propos de tout, redoutait que ses affaires marchassent mal. Quand elle voyait une maison fermée, elle disait : « Nous allons devenir comme cela. »

Les idées vraiment délirantes ne se sont fait jour que plus tard, vers la fin de juin, cinq à six semaines avant le placement. Son mari était sorti ; très inquiète, cette dame était allée errer sur les quais pour le chercher, se figurant qu'il voulait se jeter à l'eau. Elle émettait des idées de culpabilité : elle s'accusait d'avoir mal fait ses comptes, mais ce n'était pas pour tromper le monde ; on va cependant la punir, lui faire subir des supplices, l'écarteler, la traîner à la queue des chevaux. A cette époque, elle avait totalement perdu le sommeil.

A l'entrée, le 1er *août* 1888, le facies est des plus anxieux ; gémissements, supplications ; agitation, terreurs panophobiques. Elle a peur de tout, même d'un chat. Elle a peur des voitures qui vont l'emmener au supplice ou l'écarteler. Les couvreurs qui sont sur les toits vont l'étrangler avec leurs cordes ; on va la supplicier, lui arracher les ongles. « Suis-je malheureuse ! mon Dieu ! mon Dieu ! » Tout cela, parce qu'elle a mal fait ses comptes, mais sans intention de nuire. Elle s'accuse d'avoir aussi empoisonné son père, qu'elle soignait.

Grande confusion dans les idées, secondaire aux troubles émotionnels. Elle dit qu'il se passe en elle quelque chose de « drôle » qu'elle ne peut expliquer, qu'elle est toute faible ; elle ne sait ni le jour, ni le mois, ni l'année ; elle ne peut dire où elle est allée quand elle est sortie à la recherche de son mari. Pas d'idées de suicide. Pas d'hallucinations.

Pas de tremblement ni d'hésitation de la parole ; pupilles normales.

Le 10 *août*, elle raconte qu'on va lui arracher les ongles, lui couper les pieds, la faire mourir, la brûler toute vivante. Interprétations délirantes continuelles. Elle s'est mal comportée, elle est coupable, mais pas jusqu'à mériter la mort. Hallucinations ; on l'appelle empoisonneuse, sale femme.

Anxiété, sanglots, larmes.

L'intelligence semble très faible ; la tête est très petite ; il y a des déformations auriculaires.

A partir de cette époque, survint une période d'amélioration progressive, et la malade est sortie le 30 septembre très améliorée, calme, sans aucune idée délirante, mais toujours impressionnable.

Quatre mois plus tard survint un *deuxième accès*, qui provoqua un deuxième placement, le 2 février 1889.

L'état délirant est le même qu'à la première entrée : anxiété très prononcée, craintes de supplices imaginaires, idées de culpabilité, interprétations délirantes, terreurs panophobiques. *Refus d'aliments* par intervalles.

La malade sortit le 10 mai 1889, très améliorée, sans délire, mais moins bien cependant qu'à la première sortie.

Cinq mois plus tard, *troisième accès* et placement le 1er octobre 1890.

Même état d'anxiété, mêmes idées de culpabilité, mêmes craintes de supplices. Mais, de plus, il y a des idées hypocondriaques et de *négation*. « Je ne suis plus, dit la malade, du tout comme avant; mon ventre est creux et je sens dedans quelque chose qui remue. Je n'ai *plus de chair*, *plus de sang*, *plus de pouls*. Mon cœur s'est balancé, il ne bat plus. Je n'ai plus de jarrets, plus d'estomac, plus de gorge; mes os ont changé de forme, mes oreilles aussi; je n'ai plus de sang dans les mains; mon cou est démoli. »

Hyperesthésie notable; sitôt qu'on la touche, la malade pousse des cris épouvantables.

Refus total d'aliments. Alimentation par la sonde. Résistance et *opposition* systématiques.

Cachexie progressive; mort par tuberculose pulmonaire le 28 novembre 1891, sans que l'état mental se soit nullement modifié.

Dans ce cas, Messieurs, nous voyons d'abord deux accès de mélancolie anxieuse commune, puis un troisième accès, au cours duquel se montrent des idées hypocondriaques de négation, accompagnées d'idées de culpabilité, de craintes de supplices, de refus d'aliments. Les troubles de la sensibilité revêtent la forme hypéresthésique, fait signalé d'ailleurs par Cotard comme pouvant remplacer l'analgésie. Le syndrome de Cotard est désormais constitué.

Il manque les craintes de la damnation; elles sont remplacées par les craintes équivalentes de supplices, la culpabilité imaginaire. Il n'y a pas d'idées d'immortalité, mais il faut remarquer que la malade est morte au cours de l'accès où sont apparues les idées de négation, si bien que ces idées d'immortalité n'ont peut-être pas eu le temps de se développer.

Je vous ferai remarquer aussi les caractères des hallucinations sensorielles très transitoires, tardives, en rapport complet, direct avec les idées délirantes. Mme L..., s'entend appeler « empoisonneuse » après avoir eu elle-même l'idée qu'elle était coupable d'avoir empoisonné son père. Ce fait reste bien d'accord avec ce que je vous ai dit des hallucinations chez les mélancoliques.

Les mêmes constatations auraient d'ailleurs pu être faites à ce propos chez la malade précédente qui, s'accusant d'avoir tué et brûlé ses enfants, les entendait plus tard et par instants appeler au secours. La première de ces trois malades, Mme M..., elle, n'a jamais présenté d'hallucinations sensorielles, mais semblait avoir des hallucinations verbales motrices qui n'ont pas été recherchées chez les deux autres ; notre attention n'étant pas, à cette époque, fixée sur ce sujet.

Notons enfin, chez Mme L..., la mort par tuberculose, favorisée, sans nul doute, par la détérioration de l'organisme à la suite du refus prolongé d'aliments provoqué par le délire spécial.

SEIZIÈME LEÇON

Le délire (idées délirantes) de persécution dans la folie systématique (paranoia) primitive.

Sommaire. — Analyse des idées délirantes de persécution : nature des persécutions, date; désignation des persécuteurs, moyens employés; raison d'être, conséquences des persécutions.
Éléments de diagnostic et de pronostic fournis par cette analyse.
Mode d'apparition et enchaînement des différents éléments constitutifs du délire chez le persécuté systématique.
Caractères généraux de ce délire par opposition au délire mélancolique.
Origine primitive des idées délirantes; inconscience du malade, absence de critique et foi absolue dans les idées. — Elles ne reflètent plus la douleur morale; tendance à l'extension et à la systématisation.
Orgueil, autophilie ; caractère égocentrique du délire, convergent à rayonnement centripète. — Il porte surtout sur des faits accomplis. — Lutte, résistance.
Caractère rétrospectif, métabolique, palingnostique.
Exemple clinique.

Messieurs,

On a couramment l'habitude, lorsqu'on étudie la mélancolie au point de vue du diagnostic, de l'opposer à une autre forme vésanique désignée très habituellement en France du nom de *délire des persécutions*. Cela vient sans nul doute de ce qu'autrefois ces deux modalités délirantes étaient confondues dans le cadre de la lypémanie. Mais les progrès réalisés dans leur connaissance, depuis les premiers travaux de Lasègue, nous ont appris qu'elles sont bien différentes, et comme évolution, et comme symptomatologie. Aussi ce diagnostic n'a-t-il guère aujourd'hui sa raison d'être que

dans certains cas particuliers. J'ai l'intention d'étudier prochainement, avec vous, quelques-uns de ces cas-là, qui nous permettront de compléter notre étude du délire mélancolique et de la séméiologie du délire d'auto-accusation.

Mais auparavant, après les notions que nous avons acquises sur le délire mélancolique et d'auto-accusation, il me semble indispensable, pour vous fournir un autre élément de diagnostic, de vous indiquer, très succinctement, ce que c'est qu'un délire des persécutions.

En commençant cette étude, il est nécessaire, afin d'éviter toute confusion, de bien délimiter notre sujet d'une façon très précise.

Tout d'abord, je vous répéterai, pour le délire de persécution, ce que je vous ai déjà dit pour le délire d'auto-accusation, ou le délire de négation, ce que je vous dirais encore pour toute espèce de délire, quelle qu'en soit la formule, hypocondriaque, mégalomaniaque, mystique, etc.

Il est d'observation clinique que les idées délirantes de persécution se rencontrent dans des états vésaniques nombreux et bien différents les uns des autres. Aussi leur constatation pure et simple, dans un cas donné, n'est-elle nullement pathognomonique. Le mot *délire* des persécutions ne peut signifier par suite, ici encore, qu'un ensemble d'idées délirantes spéciales, et c'est tout. C'est un véritable abus de langage de l'employer pour qualifier un groupe vésanique particulier, restreint, qu'à l'exclusion d'autres, où se rencontrent cependant aussi des idées de même nature, on désigne couramment en France sous le nom de *délire des persécutions*.

A l'étranger, ce délire des persécutions ainsi compris n'est regardé que comme une modalité délirante, ou une

étape d'une vésanie rentrant alors dans ce groupe très général d'états psychopathiques, qualifiés du nom de *primäre Wahnsinn*, ou plus souvent *primäre Verrücktheit*, *paranoia primitive*, *folie systématique primitive*, et dont j'ai eu l'occasion de vous donner très brièvement un aperçu dans une de nos réunions précédentes.

En France, M. Magnan et ses élèves sont les seuls à ne plus employer le terme *délire des persécutions* pour désigner un groupe spécial de malades ; il n'est plus pour eux qu'une modalité ou une période du délire dans ce qu'ils appellent la *folie des dégénérés* et le *délire chronique à évolution systématique et progressive*.

Pour ma part, je suis d'avis que dans une science aussi obscure déjà par elle-même qu'est la psychiatrie, il y a intérêt à n'user que de termes qui ne puissent donner lieu à aucune équivoque. Le mot *délire* ne pouvant signifier qu'un ensemble plus ou moins cohérent d'idées délirantes, et, d'autre part, les idées délirantes de persécution se rencontrant en clinique chez des aliénés de types bien différents, il est hors de doute que le terme *délire des persécutions* s'appliquant à un groupe spécial, déterminé, de malades, devrait être rayé en ce sens de la nomenclature psychiatrique. Si ce délire constitue alors un des symptômes saillants de l'affection, s'il se présente avec une physionomie spéciale, il n'en est pas moins vrai qu'il n'est toujours qu'un symptôme tirant ses caractères particuliers du terrain même sur lequel il repose. Il est simplement une des modalités délirantes ou un épisode de ce que nous appellerons, avec la majorité des auteurs, la *folie systématique* ou *paranoia primitive*.

C'est surtout ce délire de persécution de la folie systéma-

tique primitive que nous allons envisager dans cette conférence, à l'exclusion des idées de même formule se montrant au cours d'autres affections mentales.

Mais, même dans ce cas particulier, il peut se présenter avec des variations dans la symptomatologie, l'évolution clinique. Plutôt que de vous exposer toutes ces variations, ou d'étudier plus spécialement l'une d'entre elles, je crois plus utile, pour le but que nous poursuivons en ce moment, d'analyser simplement, en général, ce délire des persécutions, *en tant que syndrome*, dans la folie systématique primitive.

Je n'entreprendrai pas maintenant de vous le décrire, comme dans tous les traités didactiques, en le suivant aux différentes étapes de la maladie, avec le cortège de symptômes qui le précèdent, l'accompagnent ou le suivent. Un tel sujet nécessiterait de trop longs développements et mérite d'être étudié à part, d'une façon complète.

Je vais essayer seulement de vous montrer comment on peut faire l'analyse de ces idées délirantes de persécution ; j'espère vous fournir ainsi des points de repère pour l'interrogatoire, souvent difficile, de ces aliénés, et vous montrer à tirer des réponses que vous pourrez obtenir des constatations utiles pour le diagnostic et le pronostic, vous dévoilant la présence de certains symptômes, vous renseignant sur la durée possible et l'avenir de l'affection.

Notre étude actuelle ne sera donc point faite au point de vue nosographique, que j'aborderai dans une autre série de conférences, *mais seulement au point de vue du diagnostic séméiologique* (1).

(1) J. Séglas, *Journal des connaissances médicales*, octobre 1891, et *Semaine médicale*, novembre 1890.

Messieurs, pour étudier d'une façon complète les idées de persécution, je crois qu'il serait utile de les diviser en deux classes : les idées de persécution *passive* et les idées de persécution *active*, le malade traduisant par les premières la pensée qu'il est en butte à des persécutions ; par les secondes, au contraire, son intention de diriger des persécutions contre autrui.

Dans le premier cas, le malade est un persécuté ; dans le second, il devient persécuteur.

Nous ne nous occuperons pour l'instant que des idées de persécution *passive*, telles qu'elles constituent le délire des persécutés systématiques ordinaires.

L'interrogatoire de ces aliénés est parfois très difficile. Ils sont souvent méfiants, dissimulés, parlent en général peu et semblent peser leurs paroles, à moins qu'une excitation passagère ne les rende extrêmement prolixes. La forme du discours se modifie dans les mêmes circonstances, et il revêt l'accent de la conviction profonde, de la réclamation incessante, de la haine, de la jalousie et de l'orgueil. La construction grammaticale des phrases est parfois altérée, surtout dans les cas chroniques. Mais c'est en particulier l'examen du contenu du discours, la formule de la persécution qu'il est intéressant de bien étudier.

Je dois vous dire d'abord que bien souvent, surtout s'il s'agit d'un malade méfiant et dissimulé, l'idée délirante n'est même pas formulée ; cependant, même dans ces cas, il est certaines phrases qui doivent vous mettre en garde et qui cachent au fond des idées de persécution souvent très caractérisées. Telles sont ces phrases : « Mon affaire est connue, c'est dans les journaux. Vous savez tout aussi bien que moi, etc... »

Mais supposons que l'idée de persécution soit nettement et complètement formulée. Alors, le malade exprime la conviction que certaines personnes agissent contre lui, pour lui nuire en quelque chose, à l'aide de moyens variés, dans un but plus ou moins déterminé.

Vous voyez déjà que cette idée est assez complexe et comporte un certain nombre d'éléments, qu'il vous faudra déterminer.

Pour faciliter cette démonstration, empruntons un exemple à une de nos malades.

« *Le sécheur de monde* et *tous les saigneurs de sang d'alentour* m'ont *saigné mon pauvre corps* avec 720 *appareils* saigneurs, qui m'*ont* mis très bas, et avec cela *blessée aujourd'hui et pas demain. Peut-on s'en prendre* à une personne aussi respectable, un ange d'innocence comme j'ai été pendant ma courte existence sur la terre libre. »

Par elle seule, cette phrase vous donne un grand nombre d'indications utiles. Mais il y en a de capitales qui sont pour ainsi dire les éléments constitutifs de l'idée de persécution prise isolément. C'est ainsi que vous voyez la malade :

1° Exposer le genre des persécutions qu'elle subit (saigné mon pauvre corps) ;

2° Indiquer leur date (m'*ont* saigné) ;

3° Désigner ses persécuteurs (le sécheur de monde et tous les saigneurs de sang d'alentour);

4° Décrire le moyen employé (720 appareils saigneurs);

5° Chercher la raison de ces persécutions (peut-on s'en prendre, etc...);

6° Envisager les conséquences (m'*ont* mis très bas et avec cela blessée aujourd'hui et pas demain).

Ainsi donc, l'analyse d'une idée ou d'un ensemble d'idées

de persécution passive comporte la recherche des points suivants :

1° La nature des persécutions ;

2° Leur date ;

3° La désignation des persécuteurs ;

4° Les moyens employés ;

5° La raison et le but de la persécution subie ;

6° Les conséquences, le résultat obtenu.

Ces différents éléments d'analyse correspondent, vous le voyez, aux interrogations suivantes, qui vous serviront peut-être de moyen mnémotechnique. « Quoi ? quand ? qui ? comment ? pourquoi ? donc. »

Voilà quels sont les points capitaux d'une idée de persécution complète. Il va sans dire que l'un ou plusieurs de ces termes manquent souvent ; ce sont alors, en général, les derniers, la désignation du moyen, la raison, le but, les conséquences, qui font défaut. Mais cette constatation a encore son importance. En effet, il n'y a guère qu'un persécuté déjà systématisé, souvent chronique, qui puisse non seulement désigner ses persécuteurs, décrire ses persécutions, et de plus spécifier les moyens employés, etc. L'absence de ces derniers termes peut donc être une présomption en faveur d'une maladie moins avancée en date, d'un délire moins systématisé, par suite, plus sujet à rémission.

Nous allons voir, d'autre part, comment l'analyse de chacun de ces termes de l'idée de persécution peut nous fournir d'utiles renseignements.

1° Examinons d'abord, Messieurs, les différentes manières dont le malade décrit la *nature*, le *genre* des persécutions qu'il subit.

Parfois, il ne détermine que d'une façon très vague les persécutions dont il est l'objet. « On me fait des misères, » dit-il. Il ne s'explique pas davantage et semble même, ainsi que l'a fait remarquer Lasègue, comme honteux de détailler les faits dont il se plaint. Mais s'ils sont insignifiants par eux-mêmes, ils acquièrent de l'importance par leur répétition, et c'est alors plutôt la quantité que la qualité de ces misères qui leur donne une portée aux yeux de l'aliéné. Toutefois, il a beau accumuler preuves sur preuves, elles sont aussi vagues, aussi puériles que l'accusation elle-même.

Mais le malade peut spécifier les persécutions qu'il endure, et souvent la formule par laquelle il les désigne a une valeur particulière, en ce sens qu'elle met sur la trace d'autres symptômes reliés à l'idée de persécution.

Parfois, il s'exprimera ainsi : « On fait des gestes sur mon passage, telle personne a prononcé une phrase d'un air indifférent, mais qui cependant était à mon adresse, etc. » Dans ces cas, et d'autres analogues, la persécution chez le malade est associée au phénomène de l'interprétation délirante par suite de laquelle il attribue une portée spéciale à des faits très simples, fort naturels.

D'autres vous diront : « Je suis poursuivi par des gens qui me disent des sottises, des mots injurieux. » A cette formule de l'idée de persécution, correspond une hallucination verbale auditive.

Dans d'autres cas, ils vous diront même : « On va jusqu'à me voler ma pensée; tout ce que je pense, je l'entends répéter à mon oreille. » C'est le phénomène de l'écho de la pensée, qui n'est au fond aussi qu'une hallucination verbale auditive.

« Ils me font voir des flammes, des lumières, des têtes de

mort, etc., » dira un autre malade. Ce sont là maintenant des troubles sensoriels de la vue qui sont en jeu. Ce sera l'hallucination verbale visuelle lorsque le patient vous dira : « Ils me font voir des lettres étincelantes, des mots sur le mur. »

C'est ainsi que, sous la formule du genre de persécution, vous rencontrerez encore d'autres symptômes de même espèce. « Ils me font sentir de mauvaises odeurs, le soufre, l'odeur de vidange, de pourri, etc. » Voilà des hallucinations de l'odorat.

« Ils empoisonnent mes aliments, cela sent un goût amer, âcre, piquant la langue, cela me prend à la gorge, etc. » Voilà maintenant des hallucinations du goût.

« Ils ne me laissent pas tranquille la nuit, diront d'autres persécutés, ils secouent mon lit, bousculent mes matelas ; ils me font souffrir de mille manières, piqûres, brûlures, fourmillements, secousses ; je suis tout brisé. » Vous reconnaîtrez aisément sous ces formules des hallucinations du tact, du sens musculaire, de la sensibilité générale.

« Ils me violent la nuit, se livrent sur moi à des actions infâmes, etc. » C'est maintenant l'hallucination génitale qui est en scène.

Certains malades se servent de néologismes pour désigner les persécutions qu'ils subissent ; ils se disent « bouliqués, emboucanés, etc. » Parfois, sous ces néologismes, on peut découvrir la présence des mêmes symptômes que tout à l'heure, témoin une de nos malades qui se dit « nitralisée ». Sous ce néologisme se cachent chez elle des troubles de la sensibilité tactile, des sensations de brûlures, de glace, causées par les gouttes de « nitral » que les persécuteurs lui jettent sur la peau.

De même certaines expressions spéciales : « mon parlage, mes secrètes, mes locutions, mes annonces », peuvent déceler la présence d'hallucinations verbales, auditives par exemple.

Les considérations qui précèdent vous ont, je crois, amplement démontré l'importance de l'analyse de la formule caractérisant le genre de persécution. Elle nous renseigne sur la durée de l'affection, l'individu qui se plaint de misères étant malade depuis moins longtemps que celui qui spécifie les tourments qu'il subit, et à plus forte raison que celui qui, pour les désigner, se sert de néologismes. D'un autre côté, vous avez vu que ce procédé d'analyse met souvent sur la voie d'autres symptômes, dont les rapports avec le délire resteront à déterminer d'autre part. Mais je ne veux pas m'y arrêter en ce moment.

2° Un second point, Messieurs, c'est la localisation dans le temps du ou des faits dont le malade se plaint, ou plus simplement, si vous préférez, *la date* qu'il leur assigne.

Ce fait a une certaine importance au point de vue du diagnostic séméiologique de l'idée de persécution. Dans le cas que nous envisageons actuellement, celui où elle se rattache à la folie systématique primitive, on remarque que les malades, lorsqu'on les interroge, ne se plaignent jamais que de faits déjà accomplis depuis longtemps ou qui viennent de s'accomplir. C'est quelquefois, mais rarement, le présent, toujours le passé, jamais l'avenir, qui est mis en question dans les faits dont ils se plaignent. D'autres malades, exprimant aussi des idées de persécution, envisageront au contraire surtout le présent, comme l'alcoolique, ou même l'avenir, comme le mélancolique.

Il va sans dire que dans les cas où l'idée délirante se rapporte au passé, le fait doit être contrôlé et sa date doit être précisée autant que possible, afin d'être en garde contre la possibilité d'un de ces délires rétrospectifs dont j'ai souvent eu l'occasion de vous entretenir.

3° Examinons maintenant les différentes manières dont les malades *désignent leurs persécuteurs*.

Dans certains cas, ils restent dans le vague le plus absolu et se bornent à se servir des pronoms indéfinis *on* ou *ils*. « On m'en veut, disent-ils, ils me suivent; on me montre au doigt. » D'autres font usage de termes déjà plus précis et désignant une collectivité d'individus, tels que les francs-maçons, les jésuites, la police, les sorciers, les farfadets.

Certains emploient un néologisme pour désigner cette collectivité d'individus et se diront en butte aux poursuites des Bobs, des Vampas, des Injecteurs, des Reluquets.

Il en est enfin qui précisent plus encore et accusent une personne déterminée, dont ils tracent le portrait, donnent le nom et qui se trouve être souvent quelqu'une de leurs connaissances, un membre de leur famille, un personnage connu.

Si je vous expose ces distinctions, Messieurs, c'est qu'elles ont leur importance.

Les formules indéfinies dénotent un délire peu précis, encore mal systématisé, et peuvent renseigner ainsi sur l'évolution de la maladie, le *on* indéfini marquant le début, la collectivité une période déjà plus avancée; la désignation précise révèle un délire plus net encore. L'emploi du néologisme, je vous le rappellerai de nouveau, indique aussi une affection déjà chronique.

D'un autre côté, il n'est pas indifférent de noter qu'un

malade accuse les sorciers, les farfadets ou les jésuites, la police. Il y a, dans ces cas, des différences importantes pouvant renseigner sur l'éducation, le niveau intellectuel du malade ; et dans nos milieux civilisés, les idées de persécution par la sorcellerie ne se rencontrent plus guère que chez des individus peu cultivés ou faibles d'esprit.

Enfin, au point de vue médico-légal, il est bon de connaître ces différences dans les désignations des persécuteurs. Les idées de persécution, en effet, entraînent souvent à leur suite des réactions violentes. On conçoit aisément qu'elles seront d'autant plus faciles, d'autant plus dangereuses que le sujet croira mieux connaître ses ennemis et les désignera d'une façon plus précise. Aussi, un persécuté qui accusera M. A... sera-t-il beaucoup plus à craindre que celui qui accusera les jésuites, la police ou les Bobs, et à plus forte raison que tel autre qui se borne à dire : « On me poursuit. » Si ce dernier peut encore être laissé en liberté, si le second peut dans quelques cas être seulement surveillé, pour le premier l'internement s'impose.

4° Il y a de même un grand intérêt à noter comment les malades désignent les *moyens employés* pour les persécuter.

Les uns accusent la sorcellerie, la diablerie, la magie ; d'autres le magnétisme, l'hypnotisme, le téléphone. Ces derniers, comme je viens de vous le dire, sont en général d'une intelligence plus élevée que les premiers ou ont vécu dans un milieu plus civilisé. Vous en trouverez qui se servent encore ici de néologismes, dont vous connaissez l'importance comme indication de chronicité ; c'est ainsi qu'ils accuseront leurs persécuteurs de se servir d'une « machine à giroitement », d'une « machine céphalique,

échostique », du « nillium » ou, comme notre malade, d'un « coupe-plaquette ».

D'ailleurs, comme tout à l'heure, ces expressions peuvent mettre sur la voie d'autres symptômes, tels par exemple que des troubles de la sensibilité générale, secousses, brûlures, dus à l'emploi de la machine électrique ou au giroitement, etc.

5° Messieurs, certains malades, lorsqu'ils cherchent la *raison d'être*, *le but* des persécutions qu'ils subissent, n'arrivent pas à se les expliquer d'une façon plausible. Cela a toujours lieu au début, et peut durer même longtemps dans certains cas. Mais, le plus souvent, ils ne tardent pas à trouver le pourquoi : c'est pour briser leur avenir, ternir leur réputation, miner leur santé, attenter à leur vie, tout cela par vengeance ou jalousie. Car toujours ils ne cessent de dire que ces persécutions *sont imméritées*.

Dans d'autres cas, bien qu'ils continuent à protester, les machinations de leurs ennemis semblent cependant justifiées par des raisons toutes particulières. C'est qu'alors sont intervenues de nouvelles idées délirantes, les idées de grandeur. Les malades ont découvert qu'ils étaient d'une famille illustre ; ils se croient destinés à jouer un rôle dans l'histoire, ils sont héritiers d'une grande fortune. C'est là la raison des persécutions qu'ils subissent de la part de leurs adversaires, qui cherchent à les dépouiller de leur fortune, de leurs titres, à entraver le cours de leurs hautes destinées.

Mais malgré tout, et quelque justifiées que puissent ainsi paraître les misères qu'ils endurent, elles gardent toujours leur caractère de vexation, imméritée ou excessive, contre laquelle les malades ne cessent de protester de toutes leurs forces et par tous les moyens.

Quelles que soient les circonstances dans lesquelles elle se présente, et en particulier dans la folie systématique primitive, c'est là la note particulière de l'idée de persécution vraie, typique.

Mais toute règle a ses exceptions. C'est ainsi que l'on peut rencontrer des délirants systématiques qui, tout en se déclarant en butte à toutes sortes de persécutions, ne les regardent plus comme absolument imméritées. Ce n'est plus pour eux une vexation injuste ; ils ne se dissimulent pas qu'ils ont fourni le prétexte de la persécution, qu'à eux reviennent les premiers torts; et ils en trouvent une raison d'être plausible soit dans une infirmité physique, soit dans une faute d'ordre moral, réelles ou imaginaires.

L'idée de persécution se rapproche alors de celles qu'on observe chez d'autres malades, les mélancoliques, notamment, qui, tout en se disant persécutés, ne cessent de se reconnaître comme des coupables et regardent cette persécution comme un juste châtiment de leurs fautes. Je ne fais que vous signaler en passant ces faits particuliers, car ce sont justement ceux sur lesquels je me propose de revenir en détail dans notre prochaine réunion.

6° Quant aux *conséquences*, aux résultats obtenus, ils sont très variables.

Tantôt les individus se disent déshonorés, atteints dans leur moralité, perdus de réputation, ruinés, tout cela par suite des calomnies, des manœuvres infâmes de leurs ennemis.

D'autres fois, ils se plaignent de désordres survenus dans leurs facultés intellectuelles. Dans la façon dont ils

s'expriment à ce propos, on peut encore faire des constatations du genre de celles que je vous ai signalées déjà à plusieurs reprises. « Ils deviennent idiots, disent-ils, toutes leurs pensées sont devinées, répétées, colportées dans tout l'univers (écho de la pensée par hallucination verbale auditive). Leurs idées leur sont enlevées et leur échappent avant même qu'ils aient le temps de les exprimer (fuite de la pensée par hallucination verbale motrice). Ils ne sont plus maîtres de leurs pensées ; ils ont des idées qu'ils ne comprennent pas, qui leur viennent ils ne savent d'où et qu'ils expriment malgré eux. Ils se sentent poussés à faire certains actes malgré eux ou empêchés d'en accomplir d'autres alors qu'ils le voudraient (hallucinations motrices et impulsions verbales et communes ; phénomènes d'arrêt). Ils sont dominés par une puissance étrangère (dédoublement de la personnalité). Certains malades traduisent cela par un néologisme, comme ce persécuté qui, à propos de conséquences analogues, les résumait en disant : « C'est ce qu'ils appellent faire sauter la casquette à quelqu'un. »

Chez d'autres, c'est surtout la constitution physique qui ressent le contre-coup des manœuvres malfaisantes. C'est alors qu'ils disent sentir leur constitution ébranlée, leurs organes attaqués ; ils se trouvent paralysés, rapetissés, insensibilisés, déformés, etc. Ce sont là autant d'idées délirantes en rapport avec ce qu'on appelle les troubles de la sensibilité générale.

Il est à remarquer, quel que soit l'acharnement de leurs ennemis, que les malades ne se plaignent guère, sauf dans quelques cas spéciaux — nous les étudierons par la suite — de voir leurs facultés intellectuelles complètement anni-hilées, leur constitution physique absolument détruite. Sans

cesse attaqués, les organes et les facultés semblent renaître au fur et à mesure des attaques, et résister pour en subir de nouvelles plus douloureuses encore.

Cette résistance particulière se relie très souvent à de nouvelles idées délirantes très fréquentes, bien que peu étudiées jusqu'ici, je veux parler des *idées de défense*.

J'ai eu l'occasion déjà, Messieurs, dans mes conférences des années précédentes (1), d'étudier avec vous, en détail, ces idées de défense, soit que le malade se mette en garde contre ses ennemis (idées de défense active), soit qu'il exprime simplement la conviction qu'à côté d'individus qui le poursuivent, il en est d'autres qui le défendent (idées de défense passive).

Je ne crois pas utile de revenir aujourd'hui sur ces dernières idées délirantes, que vous pourrez analyser du reste de la même manière que je viens de vous exposer pour les idées de persécution.

Une fois l'analyse de l'idée de persécution ainsi faite, elle doit toujours être complétée par la détermination d'autres points sur lesquels j'ai souvent appelé votre attention, c'est-à-dire le mode d'apparition de l'idée, ses caractères cliniques de mobilité ou de fixité, d'uniformité ou de multiplicité, de netteté ou de confusion, de logique ou d'absurdité, d'incohérence ou de systématisation, de continuité ou de rémission, etc., toutes particularités plus utiles pour le diagnostic nosographique des différents états psychopathiques où les idées de persécution se rencontrent que pour le diagnostic même de ces idées.

(1) J. Séglas, *les Idées délirantes de défense* (*Médecine moderne*, août et septembre 1891, et *Annales médico-psychologiques*, 1889).

Messieurs, nous venons de voir quels étaient les divers éléments de l'idée de persécution typique envisagée dans la folie systématique.

Si le mode d'analyse que je vous ai indiqué peut vous servir de guide dans les recherches cliniques, il importe, d'autre part, que vous soyez bien renseignés sur sa valeur exacte.

Il suppose, comme vous avez pu le voir, des liens de logique entre les éléments constituants de l'idée délirante. Or, ce travail syllogistique que vous opérez dans votre recherche psychologique correspond-il exactement à une série de déductions identiques que l'aliéné aurait faites de son côté?

Sans doute, à l'examen clinique, les différents éléments de ses conceptions délirantes se montrent enchaînés, systématisés, avec une apparence de logique parfois très serrée. Mais cela ne veut pas dire que pour en arriver là, le malade ait simplement tenu un raisonnement conscient en tout semblable à celui que vous opérez de votre côté en partant du même point de départ que lui pour vous renseigner sur son délire.

Prenons par exemple, parmi les points que nous avons étudiés tout à l'heure dans l'idée de persécution, la raison d'être, le but des persécutions. Souvent, vous ai-je dit, les persécutions semblent se justifier par des motifs tout particuliers. L'idée de persécution se relie à une idée de grandeur qui l'explique et la justifie jusqu'à un certain point. Comment le malade en est-il arrivé à trouver ainsi une explication presque logique des vexations qu'il endure depuis plus ou moins longtemps ?

On reconnaît généralement, Messieurs, à l'idée de gran-

deur plusieurs modes d'apparition. On admet souvent par exemple qu'elle peut être spontanée, ou survenir à l'occasion d'un accident fortuit, d'un rêve, d'une réminiscence, d'une lecture d'un journal, etc., ou encore se manifester brusquement à la suite d'une hallucination.

Ce n'est là que la simple constatation de ce qu'on peut observer dans certains cas cliniques, et non une explication psychologique.

A l'état normal, le développement d'une idée par genèse spontanée — au sens strict du mot — ne concorde pas avec les données de la psychologie moderne. Nous savons aussi en pathologie générale que la maladie ne crée rien de nouveau et ne fait que déterminer des modifications des actes physiologiques. Dès lors, l'apparition spontanée d'une idée de grandeur chez un persécuté n'est pas admissible, mais suppose nécessairement un travail préparatoire plus ou moins dissimulé. De même un accident fortuit ne peut en être que l'occasion et non la cause première, et l'on a souvent fait remarquer avec raison que les causes accidentelles ne peuvent rien, tant que le malade n'est pas mûr pour les idées orgueilleuses ; sinon, les arguments qu'on peut lui fournir ne parviennent même pas à provoquer leur éclosion.

D'autre part, il est bien difficile de comprendre comment une hallucination pourrait provoquer directement l'apparition d'une idée de grandeur chez un persécuté. Ou bien c'est considérer l'hallucination comme un fait extérieur, ainsi que le pense le malade ; ou bien c'est dire tout simplement qu'il émet des idées de grandeur parce qu'il est devenu mégalomane.

L'hallucination, vous le savez, est un phénomène purement subjectif. D'ailleurs, dans la folie systématique, le délire n'est point d'origine hallucinatoire ; l'hallucina-

tion n'est qu'un phénomène contingent, secondaire, la formule la plus parfaite et la plus complète des convictions de l'aliéné, leur traduction sous une forme sensorielle. Dès lors, quelle importance peut avoir une hallucination ambitieuse dans la genèse des idées de grandeur? Aucune; ce n'est que l'expression d'un même fait psychique. Nous revenons ainsi à la genèse spontanée de l'idée de grandeur, plus que jamais inexplicable sans l'intervention d'un travail préparatoire dont l'hallucination n'est que la conclusion dernière.

Une explication plus sérieuse est celle de la déduction logique, proposée par Foville. « Pourquoi, se dirait le malade, s'acharne-t-on ainsi après moi? Aurait-on intérêt à me faire disparaître? » Et la conclusion toute naturelle de ces prémisses, c'est qu'il est un haut personnage, ayant ignoré jusqu'ici son origine, ses destinées, etc.

Mais, a-t-on fait observer, il n'y a pas beaucoup de persécutés, si même il y en a, qui se mettent en face de leurs idées de persécution, les raisonnent, et en concluent qu'ils sont de grands personnages. Si l'on demande à ces malades pourquoi ils sont poursuivis plutôt que telle ou telle personne, ils répondent le plus souvent : « Je n'en sais rien, vous savez cela mieux que moi. » Les seuls qui donnent une explication sont ceux qui ont déjà des idées ambitieuses. Si bien que, lorsqu'il y a syllogisme, il semble ne s'être formulé qu'après coup.

Il est bien difficile aussi d'admettre, en face de l'identification complète du malade avec ses conceptions délirantes, que celles-ci ne soient que le simple résultat d'un raisonnement abstrait. Pour déterminer une conviction aussi inébranlable, elles doivent avoir des racines beaucoup plus profondes dans l'intimité de la personnalité individuelle,

se rattacher à toute une systématisation antérieure d'états affectifs, intellectuels...

Bien des observateurs ont déjà signalé les rapports étroits qui existent entre le délire de ces malades et leur caractère antérieur. Jalousie, égoïsme ombrageux, vanité, etc., sont les traits principaux de ce caractère que l'on peut résumer en deux mots : orgueil, méfiance. Ces deux sentiments existent, à des degrés inégaux peut-être suivant les individus ou les périodes de leur maladie, mais chez tous et constamment. Toujours, si vous êtes placés dans de bonnes conditions, si vos recherches sont suffisamment précises, vous constaterez que ces traits particuliers ont de tout temps été comme la caractéristique du malade.

Ils ont été s'accentuant, se développant avec l'individu lui-même, l'entraînant de longue date à des jugements inexacts, des appréciations mal fondées sur lui-même, sur sa valeur personnelle, sur ses rapports avec les autres personnes, sur ses devoirs et sur ses droits.

Petit à petit, progressivement, le futur persécuté a cheminé ainsi sur la voie du délire qui se manifeste, d'une façon apparente, en général dans l'âge adulte, c'est-à-dire à une époque où la systématisation des éléments constituant la personnalité individuelle est définitivement constituée.

Les idées délirantes de persécution dominent dès lors la scène morbide, non pas comme un symptôme contingent, nouveau, mais comme l'exagération manifestement pathologique de tendances antérieures anormales. Elles peuvent être seules à se manifester alors. Néanmoins, pour être persécuté, le malade n'en est pas moins resté un orgueilleux, et même son orgueil natif n'en est que plus tangible. Se croire persécuté, se considérer comme le but de l'attention universelle, ne peut être que le fait d'un orgueilleux.

C'est ce sentiment d'orgueil développé déjà dans le délire de persécution, qui, subissant l'action de ce délire, puisant de nouvelles forces dans ces persécutions toujours renouvelées, va grandir et amener, par une sorte de travail inconscient, le malade à formuler des idées de grandeur, comme la raison d'être de ses persécutions.

Que devient donc ainsi la déduction logique de Foville? Elle subsiste bien si l'on veut, mais nullement comme le croyait cet auteur. Si l'idée de grandeur se déduit, en tant qu'explication, de l'idée de persécution, ce n'est pas par suite d'un syllogisme pur et simple, c'est le résultat d'une longue élaboration psychique, le plus souvent inconsciente, toujours obscure pour le malade. Les déductions logiques, s'il en fait, ne sont que rétrospectives; elles peuvent combiner après coup, mais elles ne créent rien.

Vous comprenez ainsi l'apparition des idées des grandeurs, spontanée, ou à la suite d'un accident fortuit, d'une hallucination; dans toutes ces circonstances en apparence différentes, elle s'explique aisément par ce même mécanisme.

Si longue qu'ait pu vous paraître cette digression, j'espère, Messieurs, qu'elle a pu vous renseigner sur le mode d'enchaînement des différents éléments des idées délirantes, du délire de persécution et sur la signification exacte de la méthode analytique qui nous a précédemment servi de guide dans leur recherche.

Ces dernières considérations vont encore nous être utiles à d'autres égards.

Nous venons de voir, Messieurs, les détails que comportait l'analyse complète des idées de persécution.

Essayons maintenant, en nous plaçant à ces différents

points de vue, de reconnaître à ces idées de persécution typiques, telles par exemple que nous les considérons actuellement dans la folie systématique primitive, des caractères généraux qui nous servent à la fois à les bien définir et à en distinguer les autres.

Notre étude de ce jour ne constituant que les préliminaires nécessaires pour compléter la séméiologie du délire d'auto-accusation et pouvoir le différencier lorsqu'il se présente, soit dans la mélancolie, soit dans la folie systématique primitive, côte à côte avec les idées de persécution, c'est surtout en nous reportant au délire mélancolique que nous chercherons à établir, en pareille circonstance, les caractères de ces nouvelles conceptions délirantes.

Envisagées dans leur ensemble, elles présentent des caractères presque opposés à ceux des idées délirantes mélancoliques (idées d'humilité, désespoir, ruine, craintes d'accusation, etc.), qui constituaient, je vous le rappellerai, un délire secondaire, pénible, monotone, fixe, d'humilité, de passivité, de résignation, divergent ou centrifuge, d'attente, rétrospectif.

J'ai beaucoup insisté devant vous, Messieurs, sur l'origine secondaire du délire mélancolique. Nous avons vu que les idées délirantes de cette catégorie, considérées dans leurs rapports avec les autres troubles psychiques, avaient toujours une origine secondaire, qu'elles survenaient par le fait et à la suite des troubles cénesthétiques, abouliques et émotionnels, fondements de la maladie, et qu'elles en constituaient comme une tentative d'explication.

Il est d'autres cas dans lesquels les idées délirantes restent toujours secondaires, mais résultent de troubles psychiques d'un autre ordre. Je vous citerai, par exemple, certains délires hallucinatoires encore mal connus, et aussi

les délires toxiques, où l'hallucination joue un rôle prédominant et fournit le texte du délire, comme dans l'alcoolisme aigu. On peut voir alors se formuler des idées de persécution, qui ne sont que la résultante, la traduction secondaire des hallucinations.

En est-il de même dans la folie systématique primitive ? Nullement.

Ici, au contraire, leur origine est *primitive* par rapport à l'ensemble des désordres psychiques. Elles ne sont plus secondaires à des troubles cénesthétiques, émotionnels, abouliques ou hallucinatoires. Elles apparaissent d'emblée ou s'installent petit à petit, sournoisement ; lorsqu'elles éclatent, elles ne sont toujours que l'exagération délirante, vraiment pathologique, des tendances anormales natives de l'individu, manifestation d'un manque d'adaptation au milieu social, d'une sorte de perception inexacte de l'humanité.

Aussi, le malade est-il le plus souvent *inconscient* de la fausseté de ses conceptions. Elles sont bien en rapport avec ses idées antérieures, son caractère individuel, et il se trouve ainsi déjà impuissant à tout contrôle, à toute critique à leur égard. Il enregistre, sans discussion, les moindres faits qui lui paraissent suspects. Quand même il les jugerait futiles en eux-mêmes, les traiterait de misères, ils n'en existent pas moins pour lui. Ils sont définitivement acquis, sans critique, sans contrôle, et leur nombre est une compensation de leur qualité. Les perplexités, les réticences du malade ne viennent nullement d'une velléité de discussion, d'un doute, d'une incertitude sur l'existence même de ses griefs, mais de l'ignorance où il peut se trouver du but poursuivi par ses ennemis. S'il en ignore la portée, il est absolument certain que le fait existe et sans discussion possible. Jamais il ne fera le moindre effort intellectuel, n'en appellera à ses

connaissances antérieures pour contrôler son délire, l'arrêter en quelque sorte, pas plus d'ailleurs que pour fournir à ses conceptions erronées un caractère de rigueur plus positif. Et c'est ainsi que l'on voit des individus intelligents, instruits, formuler, à titre de preuves positives, les idées les plus baroques, les plus manifestement invraisemblables, constituant un délire dont les péripéties romanesques et dramatiques dépassent ce qu'ont jamais pu imaginer les auteurs des romans-feuilletons les plus extravagants.

Ici, plus de douleur morale au début comme dans la mélancolie, donnant au délire qui l'interprète un caractère pénible. L'inquiétude du persécuté systématique n'est nullement un symptôme d'ordre émotionnel, comparable à la douleur morale du mélancolique, impliquant la conscience d'un changement survenant dans son état psychique; c'est une inquiétude purement intellectuelle, comme celle d'un inventeur à la recherche d'un système. Aussi l'idée délirante ne reflète plus la peine morale et ne représente que des vexations supposées, des dommages imaginaires, des atteintes à des droits réels ou fictifs. Les troubles émotionnels, lorsqu'il en existe, ne figurent plus ici que comme des réactions provoquées par les idées délirantes. Les hallucinations, que l'on rencontre si fréquemment, ne sont également que des symptômes secondaires, l'expression sensorielle, la personnification du délire.

Les idées de persécution, loin d'être monotones, de tourner dans un cercle restreint, ont plutôt une tendance à *s'étendre*, chaque jour apportant des idées nouvelles à la construction du roman pathologique. Il y a, je ne saurais trop vous le répéter, une différence profonde entre la litanie

du délirant mélancolique et le roman du persécuté systématique, qui trouve sans cesse de nouveaux arguments à l'appui de ses convictions erronées, édifiant ainsi, progressivement, un véritable système d'explications qui partent d'un point de départ faux, il est vrai, mais s'enchaînent par la suite avec une certaine logique.

A la place du sentiment d'humilité qui domine toutes les idées mélancoliques, nous trouvons maintenant un sentiment *d'orgueil* incommensurable. Ce qui caractérise le persécuté vrai, c'est la tendance à tout considérer par rapport à lui-même, c'est *l'autophilie* (Ball). C'est ce caractère égocentrique, comme disent les Allemands, qui porte l'individu, dans ses relations avec le monde extérieur, à tout envisager d'une façon particulière pour le rapporter à lui-même, soit en mal, soit en bien.

Par suite, à l'inverse du mode de rayonnement divergent, centrifuge, des idées mélancoliques, celui des idées de persécution est, au contraire, *convergent* ou *centripète*, le malade étant considéré comme le centre. Loin de se regarder comme un être nuisible aux autres, il affirme que c'est à lui qu'on veut nuire. Il ne s'accuse plus lui-même, il accuse les autres.

Si les idées de la première catégorie, se rapportant surtout à l'avenir, constituent un délire d'attente, le délire des persécutés vrais, systématiques, porte surtout sur des *faits accomplis;* notre persécuté est un condamné, le mélancolique n'était qu'un prévenu (Lasègue). Ce dernier craint, le premier affirme ; il est en état de certitude, il n'est plus dans le vague; il est sûr de son fait, ayant déjà des preuves innombrables fournies par les événements passés. Aussi

a-t-il, dans ses convictions, une foi profonde, une croyance inébranlable qui lui enlève tout pouvoir de contrôle, qui le rend inaccessible à toute discussion. Cet état de certitude rentre bien pour une grande part dans la production des hallucinations, venant à l'appui des idées délirantes, qu'elles ne font qu'objectiver dans le monde extérieur, et traduire à leur plus haut degré d'intensité.

Parallèlement à ces caractères, et comme conséquence naturelle, nous voyons la passivité et la résignation des mélancoliques à idées d'humilité, d'auto-accusation, etc., faire place à la *lutte*, 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.

Enfin, comme les idées d'humilité et autres du délirant mélancolique, les idées de persécution que nous envisageons ont souvent un *caractère rétrospectif*, mais avec quelque différence. Le premier malade se borne à trouver dans le passé un fait imaginaire ou réel dont il exagère l'importance, et qu'il regarde comme la cause de ses souffrances morales actuelles. Mais, entre ce fait et le présent, il n'y a guère d'autre lien que celui de causalité. Notre 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. C'est ainsi qu'il en arrive parfois à des idées de substitution dans l'enfance. Il refait pas à pas son existence, en l'accommodant à sa nouvelle manière de voir, et son délire, dont la systématisation peut embrasser ainsi tout le passé, n'est plus seulement un délire purement rétrospectif, mais, comme on l'a dit, à la fois *rétrospectif* et *métabolique*.

Le qualificatif de *métabolique* s'applique en effet aux délires dans lesquels tous les faits ou tous les objets du monde extérieur n'ont plus pour le malade la même signification que leur accorde le consensus universel, et subissent une transformation qui les met en accord avec les conceptions délirantes.

Non seulement cette transformation porte sur des faits ou des objets au moment même, mais elle peut également intéresser les événements du passé ; c'est ainsi que le délire devient à la fois rétrospectif et métabolique.

Comme lien de passage à ce délire métabolique rétrospectif se tronve le délire de caractère *palingnostique* par lequel le malade croit reconnaître dans ce qu'il voit pour la première fois, dans un milieu tout à fait nouveau, des objets, des individus qu'il aurait déjà connus auparavant, un milieu dans lequel il se serait déjà trouvé autrefois. Ce caractère palingnostique se retrouve fréquemment dans le délire de nos persécutés.

Ce sont là autant de particularités à connaître lorsqu'il s'agit de fixer la date précise de l'explosion du délire, ce qui n'est pas toujours facile.

J'espère, Messieurs, que ces considérations, tout abrégées qu'elles soient, vous suffiront pour reconnaître et analyser un délire de persécution, et pour déterminer les caractères généraux qu'il peut revêtir, surtout dans la folie systématique primitive. Comme je vous l'ai dit au début, j'ai laissé volontairement de côté tout ce qui a trait à la symptomatologie détaillée, à l'évolution de cette affection mentale, n'ayant pour objectif unique, aujourd'hui, qu'un point de la séméiologie psychiatrique.

Nous allons d'ailleurs, en terminant, examiner une ma-

lade chez laquelle vous allez retrouver les traits principaux que peut nous dévoiler l'analyse d'un délire des persécutions, ainsi que les caractères que je viens de vous retracer. Cette histoire pathologique pourra, d'autre part, vous donner une idée de la filiation des symptômes et de l'évolution dans la folie systématique primitive.

Mme G... est entrée à la Salpêtrière le 7 septembre 1888, à l'âge de soixante et un ans.

Cette dame, qui est atteinte de folie systématique avec délire des persécutions des plus caractérisés, a toujours été d'un caractère orgueilleux, acariâtre, méfiant et jaloux.

Sur ce fonds particulier, le délire s'est installé progressivement, insidieusement, sans aucune cause appréciable; aussi est-il bien difficile d'assigner un début précis aux accidents délirants n'ayant fait qu'exagérer les tendances antérieures de la malade.

Sa fille, qui nous renseignait, nous dit que déjà, dix-sept ou dix-huit ans avant son entrée, au moment de la ménopause, survenue à quarante-trois ans, devenant de plus en plus jalouse et difficile à vivre, elle faisait sans cesse des scènes à son mari, prétendant — à tort, paraît-il, — qu'il avait des maîtresses, qu'il débauchait son frère; une fois même, à cette époque, elle serait allée faire une scène de dispute chez une personne fort honorable, nous dit-on, et qu'elle pensait être la maîtresse de son mari. Quelque temps après, elle prétendait qu'on la regardait de travers dans la rue, parce qu'elle avait eu la petite vérole et qu'elle était restée grêlée. Depuis, elle n'a pas cessé d'affirmer qu'on se moquait d'elle, que l'on clabaudait sur le compte de sa fille en la faisant passer pour une noceuse, etc.

Quatre ans plus tard, elle a commencé à entendre des

voix injurieuses ne proférant que des injures brèves, de simples mots ; on la traitait de « voleuse ». Elle ne voyait pas ses interlocuteurs et les entendait parler, alors même qu'il n'y avait personne autour d'elle. Elle se figurait que toutes sortes de personnes, que tous ses voisins lui en voulaient.

Ces symptômes allèrent en s'accentuant. On ne cessait de la regarder de travers dans la rue, de la montrer au doigt, de lui dire des mots désagréables. Une fois, elle alla trouver son concierge pour se plaindre qu'un agent demeurant dans la maison la regardait de travers, lui disait des sottises et voulait la faire arrêter. Elle prétendait aussi être poursuivie par une bande noire, qui voulait arrêter sa fille, faire entrer son père aux indigents, les perdre tous de réputation.

Elle fut alors internée une première fois, il y a cinq ans, à la suite d'une tentative de suicide, accomplie parce que, dit-elle, elle n'était qu'une faible femme sans défense.

Au bout de quatre mois, elle sortit un peu plus calme en apparence, mais plus délirante, en réalité, que jamais. Les hallucinations de l'ouïe étaient devenues de plus en plus nombreuses et plus explicites. Maintenant, ce n'était plus des mots, mais des phrases qu'elle entendait : « Voleuse ! on va se débarrasser de toi, etc. » Elle a compris alors qu'on voulait la faire disparaître pour s'attaquer ensuite à sa famille, plus particulièrement à son fils. Elle changea de logement, mais sans pouvoir dépister ses persécuteurs. On l'espionnait à travers le mur de sa cuisine ; on cherchait à lui jeter de la poudre dans les yeux, on l'électrisait pour l'empêcher de dormir, ses voisins l'espionnaient, la nuit, avec des verres grossissants. Sans cesse hallucinée, elle

se réveillait et restait aux écoutes. Elle parlait toujours d'écrire à la police, de vendre tout ce qu'elle avait chez elle pour faire des procès à ses ennemis.

Les choses arrivèrent enfin à un tel point que sa famille se décida à la placer de nouveau. Depuis son entrée, la malade n'a pas varié dans son délire. Elle raconte, avec une conviction profonde et inébranlable, tous les faits que je viens de vous signaler. Elle se dit en butte aux persécutions de différents agents de la police secrète, et accuse particulièrement son concierge, un marchand de vins et un chimiste de ses voisins. On agit sur elle par la « chimique »; cela lui donne des chaleurs dans les jambes, des fatigues dans les bras, comme si on voulait la paralyser. On lui envoyait de mauvaises odeurs dans sa cuisine, où on l'espionnait à l'aide de lunettes. Ce sont les voix qui l'ont renseignée à ce propos.

Ces voix partaient d'une chambre inhabitée contiguë à sa cuisine; elles étaient toujours très nettes, et la malade en reconnaissait fort bien le timbre, mais elle n'a jamais pu voir, dit-elle, ceux qui lui parlaient et la menaçaient de la faire disparaître, de l'empoisonner. A côté de ces voix menaçantes, il y en avait qui prenaient sa défense : « Vous l'avez insultée, il faut la réhabiliter, disaient-elles; » ou lui donnaient des conseils, comme de se plaindre au commissaire. Mais elle n'a pas voulu suivre cet avis, préférant déménager.

Le but de ces persécutions? C'est de déconsidérer sa famille, d'entraver l'avenir de ses enfants. La raison? C'est la jalousie : on était jaloux de voir ses enfants bien mis et l'on disait qu'elle devait avoir volé de l'argent pour leur permettre de s'habiller aussi coquettement. Et puis, elle ra-

conte qu'il y aurait une affaire de 10 000 francs d'engagés comme pari entre le marchand de vins et d'autres personnes pour en arriver au but qu'elle indique.

Elle comprend aujourd'hui qu'un mariage manqué par sa fille, il y a déjà longtemps (au début de sa maladie), l'a été du fait de ces persécutions, qu'elle ne soupçonnait pas alors.

Dans les antécédents de famille, nous trouvons qu'un frère de la malade a un vice de parole extrêmement prononcé ; il est intelligent, mais très nerveux.

Dans ses descendants, nous avons relevé quelques faits intéressants. Elle a une fille qui est morte toute jeune de convulsions ; une autre, celle qui nous a renseigné, est atteinte de folie du doute avec délire du toucher ; elle a la manie de tout compter, notamment les épingles dont elle se sert. Elle ne peut toucher un chien ou un chat sans éprouver une angoisse très violente. A un moment, lorsque sa mère était chez elle, elle finissait par croire à la réalité des accusations qu'elle lançait contre ses voisins, des craintes qu'elle manifestait pour elle et sa famille. Il en fut de même de l'un de ses frères, qui s'était donné à tâche de poursuivre à son tour les persécuteurs de sa mère. « C'est, dit-elle, un bonheur pour nous que notre mère ait été enfermée. » Elle ne croit pas si bien dire, et il est bien probable que, sans cet internement, on eût pu observer là un nouvel exemple de folie à trois.

DIX-SEPTIÈME LEÇON

Les persécutés auto-accusateurs[1].

Sommaire. — I. *Les idées de persécution chez les mélancoliques auto-accusateurs :* 1° dans la mélancolie délirante aiguë, leurs caractères; 2° dans la mélancolie chronique, à titre de délire systématisé secondaire, leurs caractères; exemple clinique.

II. *Les idées d'auto-accusation chez les persécutés systématiques :* 3° dans les formes chroniques.

A. Les idées de persécution et d'auto-accusation coexistent ou alternent, mais restent indépendantes; exemple clinique.

B. Elles sont étroitement associées.

Les idées d'auto-accusation peuvent être alors : *a*) paroxystiques; exemple clinique; ou, *b*), persistantes et constituer soit le point de départ, soit l'explication rétrospective, soit la conséquence et la preuve des idées de persécution; différents exemples cliniques.

D'autres idées de formule mélancolique peuvent s'observer aussi en pareil cas.

Indications générales pour le diagnostic des diverses variétés de persécutés auto-accusateurs; traits particuliers des persécutés auto-accusateurs se rattachant à la folie systématique primitive

4° Dans les formes aiguës.

Les idées d'auto-accusation peuvent se rencontrer aussi chez les persécutés alcooliques.

Messieurs,

S'il est, en général, facile de distinguer le délire mélancolique du délire des persécutions se rattachant à la folie systématique primitive, il est cependant quelques cas dans lesquels le diagnostic peut être discuté. Ce sont ceux dans lesquels on observe des idées de persécution chez un aliéné présentant tous les traits de la mélancolie, ou des

(1) Leçon du 11 mars 1894.

idées d'auto-accusation chez un autre paraissant rentrer dans le groupe des délirants systématiques.

Les notions antérieures que nous avons acquises sur les caractères des idées délirantes dans ces deux formes vésaniques vont nous permettre d'aborder aujourd'hui ce point de diagnostic.

I. — Parmi les idées délirantes que vous pourrez rencontrer dans la mélancolie vraie, il vous arrivera plus d'une fois de noter des idées de persécution.

1° Elles se présentent alors sous un aspect assez spécial, par suite même du fonds pathologique sur lequel elles reposent. D'abord, elles partagent tous les caractères généraux du délire mélancolique, que nous avons étudiés ensemble.

J'ajouterai que, comme conséquence, le malade a plutôt des craintes vagues que des idées précises. Il reste toujours dans l'incertitude et n'arrive guère à formuler ses griefs, à désigner ses persécuteurs. De plus, à l'inverse du persécuté systématique, son humilité délirante lui fait regarder l'hostilité qu'on lui manifeste comme un juste châtiment de son indignité, de sa culpabilité. L'idée de persécution est reliée à celle d'auto-accusation qui l'explique et la justifie. Si parfois, au moment d'un paroxysme anxieux, il cherche à se soustraire par la fuite aux supplices qui l'attendent, on peut dire que, le plus généralement aussi, il se résigne et ne songe pas à échapper à ses persécuteurs. Encore moins pense-t-il à réclamer, à résister, à réagir à son tour par des actes violents. Ses tendances maladives portent plutôt ce désespéré au renoncement à la lutte et aux tentatives de suicide. D'ailleurs, il n'a point l'égoïsme du persécuté systématique ; il croit souvent, dans son délire, que sa famille, ses enfants sont poursuivis à cause de lui et il espère que

le sacrifice de sa vie mettra un terme à ces poursuites.

J'ai déjà insisté sur ce point lorsque je vous ai exposé les caractères du délire mélancolique.

Ces considérations s'appliquent surtout aux cas où il s'agit d'un accès aigu de mélancolie délirante.

2° Il est d'autres circonstances dans lesquelles on constate chez le mélancolique des idées de persécution un peu différentes et se rapprochant de celles du délirant systématique primitif.

Voici, par exemple, une malade assez intéressante à ce point de vue particulier.

C'est une femme âgée aujourd'hui de près de soixante ans.

En 1885, elle semble avoir eu un premier accès de mélancolie ayant duré près de quinze mois. A la suite, elle était restée très faible de caractère. La ménopause survint environ dix-huit mois avant son entrée, qui eut lieu le 23 août 1890. Depuis un an déjà, elle n'allait plus très bien. Toutefois, les accidents psychopathiques n'ont vraiment débuté que deux mois avant le placement, par un état de fatigue générale et d'aboulie, la perte de l'appétit et du sommeil, de l'amaigrissement. Puis sont venues des préoccupations au sujet de son fils et des peurs, la nuit surtout. Depuis un mois elle avait des interprétations délirantes, mais elle était déjà malade quand elle a commencé « à se faire des idées ». « La peur, disait-elle alors, est venue après la faiblesse, et les mauvaises pensées après la peur. » C'est la filiation habituelle des symptômes dans la mélancolie vraie.

A l'entrée, cette dame présentait tout à fait le facies et l'attitude de la dépression mélancolique ; mais sous ces de-

hors d'inertie se cachait une anxiété intérieure très grande, à en juger d'après ses réponses.

« Si vous saviez, dit-elle par exemple, comme dans cette maladie on ressent tout péniblement. Quand je suis couchée, j'ai mal partout ; c'est comme une pesanteur. J'ai dans la gorge comme une respiration aiguë, et c'est elle qui me donne des *idées mélangées*. Le mélange des idées consiste à avoir *toute espèce de contrariété et à combattre les ennuis*. » Elle *se sent changée* intérieurement et extérieurement. « Je ne suis plus rien, je suis écrasée. Je ne vous regarde pas en face, je n'en suis pas digne. Ne vous approchez pas, mon haleine sent mauvais. Les personnes qui sont dans la cour sont affolées de voir une physionomie comme la mienne. Tout le monde me regarde, je fais frayeur, tellement la *terreur est en moi*. J'ai peur de penser des choses qui ne sont pas bien. Dans mon temps de pension, quand on chuchotait, je pensais qu'il y avait un mystère dans ma famille ; depuis ma maladie, quand je repense à cela, je vois qu'il en a été ainsi plus tard. Mais on ne m'a jamais accusée de rien, c'était plutôt de la jalousie ; aujourd'hui, c'est de la pitié. » En s'en allant, elle se cache la figure pour traverser la cour. Ne voyant personne, elle dit qu'on a éloigné tout le monde *à cause* d'elle.

Elle s'inquiète constamment de son fils et craint qu'il ne passe pour un voleur : « J'ai repensé, à propos de ma tristesse, que mon fils (il est horloger) m'avait vendu une montre d'occasion. Je l'ai payée et je lui ai dit : « Pour que cela soit régulier, il faut que tu me donnes un reçu. — Cela va sans dire, répondit-il. » Et cependant il ne me l'a pas donné. Vous voyez bien que j'ai lieu de m'inquiéter à son sujet. Il n'est pas honnête. »

Elle revient sans cesse sur ce sujet : « Mon fils, dit-elle

une autre fois, est un vaurien; c'est la pire des choses quand on vend des objets comme cela. Je crains qu'il n'emprunte et ne couvre pas ses emprunts. » Mais elle avoue qu'en réalité *elle n'en sait rien*. « Du moment que je lui ai pris cette montre, s'il n'a pas rempli ses engagements, ni lui ni moi ne méritons la considération. »

Elle voudrait mourir. Elle a même eu l'idée de se tuer, et avant son entrée, s'est échappée un soir de chez son fils pour se jeter à l'eau, mais elle n'en a pas eu le courage.

A cette époque, elle manifeste un jour une idée de persécution, mais peu précise. Un jour qu'elle avait eu la diarrhée, elle l'expliqua en disant, d'un ton assez indifférent d'ailleurs, qu'on avait *peut-être* mis quelque chose dans ses aliments, sans spécifier pourquoi. Pas d'hallucinations sensorielles.

Jusque-là, Mme P... apparaît bien nettement comme une mélancolique et les idées délirantes, en particulier, présentent, d'une façon typique, les caractères généraux du délire mélancolique.

La maladie progresse et, quelques mois plus tard, au début de 1891, on rencontre encore, plus accentuées même, les idées mélancoliques du début.

« On devrait me découper, me fusiller; j'irais devant un régiment, je suis toute prête. Je suis résignée. On fera de moi ce qu'on voudra. Je suis comme une bûche, je suis un âne. Je suis le ridicule, je suis une saleté. Je suis une incapable, une paresseuse. Je suis une bête de somme, *je suis rien du tout*. On ne me le dit pas, je le comprends. Je ne suis pas au niveau des autres; je suis au-dessous d'eux. Je devrais être seule, être traitée comme une bête. J'aimerais mieux être enfermée que d'être avec tout le monde. Maintenant, *je ne ressens rien*, tout me laisse indifférente. Qu'on

fasse de moi ce qu'on voudra. Il faut croire que je suis un être inutile. Je sais que je serai coupée en morceaux. »

Mais en même temps apparaissent d'autres conceptions délirantes.

« Je ne me reproche rien. J'ai été dès mon enfance préparée comme cela. Je ne sais rien, l'histoire de la montre était une imagination. Je me suis mariée à faux, c'étaient de faux papiers ; mais on ne voulait pas me faire de mal, car j'ai été très heureuse. Je crois que *ma mère n'était pas ma mère*. *Mon nom n'est pas mon nom*. Je suis comme un monstre physique et moral. Je suis changée du tout au tout. Mon mari ne devait pas s'appeler P... Je trouve tout drôle. Je ne sais pas d'où je sors, d'où je pars. Je ne sais pas mon âge, je ne sais rien. Quand je touchais ma rente, je ne sais pas si c'était vrai ; ça doit être faux ; ça devait être préparé par tout le monde. *C'est peut-être joué contre moi*. Ma mère n'est peut-être pas morte. J'y ai été franchement parce que je suis un âne. J'étais un sujet préparé contre les idées.

« Je croyais vivre comme tout le monde, mais il faut croire que ce n'était pas cela. J'ai donc été mal élevée. Je n'étais pas moi-même, il fallait que je sois guidée. C'est la faute de ma mère. Alors elle ne m'aimait pas, elle n'était pas ma mère, je ne sais plus. *Mes parents ne sont pas mes parents*. *Tout mon corps me semble étrange*. J'ai une sensation de vide dans le côté. Tout a été faux dans ma vie. *Rien n'était vrai*. »

Mme P... n'a toujours pas d'hallucinations sensorielles ; en revanche elle présente très nettement le phénomène de la conversation mentale, état faible de l'hallucination motrice verbale.

« Il y a du pour et du contre dans tout. *Une voix dit pour, l'autre contre. Je ne les entends pas, je les comprends. Je cause en moi-même sans parler cependant.* Il m'a fallu arriver jusqu'à aujourd'hui pour cela. C'est comme des voix intérieures. » (Elle n'a pas remarqué l'articulation mentale.)

Elle n'a pas non plus d'écho de la pensée : « On sait ma pensée, on peut suivre ma lecture. Je n'entends pas, mais *je le vois par les réflexions qu'on fait.*

« Si je fais un rêve agréable, *on fait du bruit exprès pour que je ne repose pas.* Les autres ne doivent pas entendre ces bruits. Autrefois, j'avais des cauchemars la nuit, mais jamais de visions. »

Au nombre des conceptions délirantes que je viens de vous signaler, vous voyez maintenant, Messieurs, figurer des idées de négation qui paraissent bien être en rapport avec le développement d'une personnalité nouvelle, côte à côte, et au détriment de l'ancienne.

Leur apparition, dans le cas actuel, n'a rien qui puisse vous étonner aujourd'hui, car elles se présentent sous l'aspect du délire des négations mélancolique dont nous nous sommes déjà occupés.

Toutefois, bien que la note générale du délire reste toujours bien évidemment mélancolique, il est un de ses caractères que nous voyons s'exagérer et aboutir à de nouvelles conceptions d'un ordre différent.

Ainsi, par le fait de cette tendance rétrospective que vous connaissez bien, les idées de négation deviennent la source d'une interprétation particulière. Sans arriver à refaire complètement son existence, à créer un délire métabolique complet, la malade trouve que sa vie antérieure tout entière n'a été qu'étrangeté, fausseté. Jusque-là, rien d'extraordi-

naire, mais le fait particulier, c'est qu'à ce propos, elle exprime l'idée d'avoir été en ce sens *la victime d'une comédie* préparée par tout le monde.

A la fin de l'année 1891, elle persévère dans cette voie et elle comprend aujourd'hui qu'elle avait *une destinée*. Elle est *indifférente* à tout maintenant, alors qu'autrefois elle était très heureuse. Tout ce qui s'est passé a été fait pour cela. *Tout est mensonge*, archi-mensonge. Elle croit que tout est faux. Elle ne parle que de ce qu'elle sait faussement. Ainsi, autrefois, elle était bien accueillie partout, mais faussement. Aujourd'hui, elle voit que tout le passé était faux, car elle n'est pas traitée comme les autres. Elle *n'a pas d'affection* autour d'elle. On devrait faire d'elle une *victime*. D'ailleurs, les internes sont là pour la brûler. Elle est tellement âne qu'elle n'ose plus ouvrir la bouche pour parler.

On devine sa pensée et elle ne devine pas la pensée des autres. Quand elle réfléchit, les personnes qui sont autour d'elle lui font voir par leurs actes qu'elles connaissent sa pensée. Il y a eu des moments où elle prenait tout pour elle, mais maintenant elle laisse dire. Elle a entendu murmurer que sa mère l'avait eue avant son mariage, mais elle n'en sait rien. Elle suppose que ses deux filles ne sont pas mortes; cependant, elle les a crues mortes autrefois. Il lui semble aussi, depuis, avoir reconnu sa sœur morte à huit ans. Mlle Dup... (l'ancienne surveillante) est morte dans ses fonctions, mais elle n'est pas morte. Ses fils sont mariés, elle ne sait pas comment. Les malades du service ne sont pas malades. Une chose qui la frappe, c'est que les gens *ont plusieurs rôles*, ainsi Mlle Dup... qui est aussi : Bourdon, Toursechoppe (une tante maternelle), Delleville.

Depuis cette époque, le délire n'a fait qu'évoluer sans interruption dans le même sens. Aujourd'hui, à côté des anciennes idées franchement mélancoliques qui persistent encore, il existe, ayant acquis un grand développement, des idées de persécution particulières, comme couronnement de l'édifice délirant.

La malade est toujours très humble : elle ne se met en comparaison, dit-elle, avec personne. « On m'a donné trop de prétentions et je crois tout le contraire. » Elle n'est toujours qu'une bête, qu'un âne.

Tout est mensonge dans sa vie ; elle ne sait plus rien d'exact ; ses enfants, qui sont mariés, le sont faussement ; ceux qui sont morts sont peut-être vivants, et les vivants peut-être morts. Elle en a eu quatre, mais peut-être y en avait-il cinq ; elle n'en sait rien. Son mariage même était faux. Elle touchait ses rentes faussement, mais ce n'est pas de sa faute ; on s'est toujours amusé d'elle et on s'en amusera jusqu'à sa mort. Son instruction a été exprès différente de celle des autres ; on se sert d'un langage qu'elle ne comprend pas. Elle est la dupe d'une comédie préparée depuis son enfance par des gens qui l'ont toujours suivie et ont toujours eu *intérêt* à s'occuper d'elle ; ils étaient payés par sa famille ; elle a vu cela depuis qu'elle est ici et qu'elle a réfléchi. Ces gens l'ont attirée pour faire d'elle ce qu'ils voulaient, la faire signer. Elle y est allée comme une ânesse, ils l'ont mise dedans et ont pris son bien, mais ce bien ne leur profitera pas et retournera au gouvernement. Puis, quand on a le bien des gens, on en fait une victime. D'ailleurs elle est bien résignée à tout, elle ne peut se défendre et « la raison du plus fort est toujours la meilleure ». Notons qu'elle est devenue fort peu communicative et répond bien souvent par la phrase classique des

persécutés : « Vous le savez mieux que moi. » Si peu précises que soient ses allégations, elle ne se rend à aucun raisonnement, ne fait aucun essai de critique et garde, en ses convictions, une foi absolue.

Signalons encore ce fait important, bien que nullement singulier, la disparition des troubles émotionnels.

Voilà donc, Messieurs, une femme qui, par le mode d'apparition, de subordination des différents symptômes de l'affection, par les caractères de son délire, nous apparaît d'abord nettement comme mélancolique. Par la suite, au bout d'un assez long temps de maladie, nous assistons au développement d'idées de persécution spéciales, modifiant l'aspect clinique du début. Ce ne sont plus les idées de persécution ordinaires aux mélancoliques, en rapport direct avec leur état mental, dont elles portent l'empreinte, et par lesquelles ils expriment la crainte vague, très générale d'être poursuivis, espionnés par suite des fautes dont ils s'accusent. Ici, le délire des persécutions est en quelque sorte la justification des autres idées. L'accusation contre autrui est nettement formulée ; la malade a toujours été une dupe inconsciente. Si elle est devenue ce qu'elle est aujourd'hui, c'est par suite de machinations de personnes payées par sa famille qui, après l'avoir dépouillée, veulent faire d'elle une victime.

L'idée de persécution ne représente plus, comme lorsqu'elle fait partie du délire mélancolique, une expiation méritée par des fautes antérieures. C'est l'inverse qui existe : ce sont les fautes antérieures que Mme P... a pu commettre, le triste état où elle est réduite, qui s'expliquent par les machinations dont elle a été la victime, la comédie qui s'est jouée vis-à-vis d'elle, alors qu'elle s'est laissée faire sans

rien voir, et est allée dans la vie comme une ânesse. Ce n'est plus un châtiment mérité, mais une *destinée*.

L'idée de persécution intervient ici, vis-à-vis du délire mélancolique, comme l'idée de grandeur vis-à-vis du délire de persécution chez certains aliénés systématiques. Elle en est la conséquence directe en même temps que l'explication dernière et rétrospective.

A ce dernier point de vue même, le délire de persécution de notre malade ne se présente plus comme le délire mélancolique ordinaire envisageant un ou quelques faits épars du passé pour justifier les idées actuelles, ainsi que faisait, par exemple, au début Mme P... avec l'histoire de la montre achetée à son fils. Maintenant, sans aller par son retour en arrière jusqu'à préciser, comme le délirant persécuté systématique, un délire métabolique rétrospectif, elle envisage cependant son existence tout entière comme une longue comédie, un *archi-mensonge*.

Aussi le délire n'a-t-il plus toute la monotonie et la fixité habituelles au délire mélancolique et présente-t-il une certaine systématisation, les différentes idées délirantes s'enchaînant, s'appelant en quelque sorte l'une l'autre.

Il est à remarquer encore que si l'on constate toujours les premières idées mélancoliques avec la même formule, elles ont quelque peu changé de caractère au point de vue de leur mode de rayonnement. Elles ne constituent plus un délire absolument divergent, centrifuge. Au lieu d'être des auto-accusations pures et simples, elles deviennent aussi autant de preuves à l'appui des convictions nouvelles relatives à la machination ourdie contre la malade, autant de griefs contre ses persécuteurs. Par une sorte de choc en retour, elles reprennent ainsi un rayonnement convergent, centripète, ce caractère égocentrique du délire de persécution de

la folie systématique, dont témoignent encore ses idées nouvelles et ses interprétations délirantes incessantes lui faisant rapporter à elle-même les faits du monde extérieur.

Notons aussi que cette mélancolique ne se préoccupe guère de l'avenir, mais que son délire, comme celui des persécutés systématiques, envisage le présent et surtout le passé.

Nous nous trouvons donc, Messieurs, en face d'un délire de persécution développé au cours d'un état mélancolique et qui, tout en gardant, par un certain côté, l'empreinte du fond morbide initial sur lequel il repose, offre cependant certains caractères différents de ceux des idées délirantes mélancoliques et se rapprochant de ceux du délire des persécutions typique, tel que nous l'avons étudié dans la folie systématique primitive.

Sans être très fréquents, ces cas ne constituent pas des raretés, et ils sont importants à étudier. Si on ne connaissait pas les antécédents de notre malade, si l'on avait à l'observer à l'époque actuelle, sans renseignements préalables, on pourrait la considérer comme atteinte d'une de ces formes de folie systématique primitive dont nous verrons tout à l'heure des exemples, qui s'accompagnent d'un délire polymorphe avec idées de persécution et d'auto-accusation, à systématisation incomplète, et qui quelquefois guérissent. Interprété à sa juste valeur, le cas actuel paraît au contraire sur la voie de la chronicité.

Le délire des persécutions, tel que nous venons de le constater, apparaissant à la suite d'une assez longue période de mélancolie délirante, correspond très bien à ce que les Allemands appellent la *paranoia secondaire*, c'est-à-dire *délire systématisé* se développant au cours ou à la suite d'un état psychoneurotique antérieur, revêtant la signification du

passage à la chronicité, parfois même simple période intercalaire entre la psychoneurose première et un état de démence terminale.

Les idées de négation apparues au cours du second accès de mélancolie, peu de temps avant les idées de persécution, ont sans nul doute la même valeur et l'exemple précédent confirme ainsi l'opinion que je vous ai exposée comme la plus vraisemblable sur l'interprétation nosographique du délire des négations typique dans la mélancolie.

Pour en finir avec cette malade, je dois vous dire quelques mots de ses antécédents. Dans sa famille, nous n'avons retrouvé que des phtisiques, mais pas d'accidents nerveux caractérisés. Elle-même, sauf des migraines, a toujours joui « d'une santé de fer » et n'a eu qu'une fièvre typhoïde à dix-sept ans. Elle a été réglée à quinze ans. En revanche, il est à noter qu'elle a toujours eu un caractère difficile, peu sympathique, peu expansif; elle était portée à des rêveries, distraite, sans grande volonté, bien qu'assez intelligente. De tout temps prétentieuse et méfiante, elle croyait, dès sa jeunesse, qu'on parlait d'elle, qu'on l'enviait, qu'il y avait un mystère dans sa famille.

Ces tendances particulières peuvent aujourd'hui servir à nous expliquer pourquoi la malade, au lieu de guérir ou de se fixer dans son délire mélancolique et d'aboutir ensuite simplement à la démence, est entrée dans cette période de délire systématique secondaire et présente ces conceptions délirantes particulières, en rapport avec certains traits de son caractère antérieur, sur lesquelles je viens d'attirer votre attention.

II. — Messieurs, en regard des mélancoliques, qui for-

mulent des idées de persécution, se placent les persécutés vrais, atteints de folie systématique (paranoia) primitive et qui expriment des idées d'humilité et d'auto-accusation.

Nous avons déjà vu, en étudiant la séméiologie du délire d'auto-accusation, qu'il n'était pas par lui-même caractéristique de la mélancolie et pouvait se rencontrer dans bien d'autres circonstances. Certains auteurs, cependant, persistent encore à le regarder comme synonyme de délire mélancolique ; ils en font un élément de diagnostic capital, différentiel notamment de ce qu'ils appellent, improprement d'ailleurs, le *délire des persécutions*.

Cette manière de voir est, je le répète, erronée, absolument théorique, et chaque jour démentie par l'observation clinique.

Sans doute, à l'inverse de ce qui se passe dans la folie systématique, les mélancoliques s'accusent eux-mêmes ; mais on peut aussi observer des auto-accusations chez le fou systématique, si bien que la teneur des idées ne peut être considérée en pareille occurrence comme un élément prépondérant de diagnostic.

C'est là une opinion soutenue avec raison, il y a déjà quelque dix ans, par Westphal, Moeli, Jastrowitz (1). Un peu plus tard, un autre auteur allemand, Witkowski (2), dans un travail consacré à la nosographie de la folie systématique (*Verrucktheit*) dans ses rapports avec la dépression mélancolique, distingue même une modalité intermédiaire à la mélancolie vraie et à la Verrucktheit, dans laquelle les malades déprimés en permanence expriment des idées de formule mélancolique : damnation, pourriture, etc. Mais alors, c'est la Verrucktheit qui constitue le

(1) *Société psychiatrique de Berlin*, 1883.
(2) Witkowski, *All. Z. f. Psych.*, Bd XLII, 6, 1886.

fonds essentiel, comme on peut en juger d'après le squelette du délire, qui est partiel, la marche continue de la psychopathie, la systématisation, l'introduction de conceptions délirantes et de modifications émotionnelles variables qui ne relèvent pas du tout de la mélancolie.

Koch (1) signale également, comme rentrant dans la paranoia (*Verrucktheit*), ce qu'il appelle les états *pseudo-mélancoliques*. Des malades de ce genre se figurant, par exemple, devoir être perdus par leurs fautes, expriment en même temps des idées de grandeur. Ils pensent que les autres hommes sont coupables, perdus autant et plus qu'eux, et ils arrivent à se considérer comme des messies appelés à la rédemption du monde.

Entre autres exemples, il cite encore ces délirants systématiques, qui prétendent avoir une physionomie qui provoque l'attention, *être montrés au doigt à cause des fautes* qu'ils ont commises.

Meynert (2), passant en revue les différentes formes de la paranoia, décrit des cas *mixtes* rentrant bien, en réalité, dans le cadre de la folie systématique et dans lesquels on rencontre des préoccupations hypocondriaques et du *délire d'auto-accusation*. Mais ce délire ne correspond pas alors absolument au délire d'humilité du mélancolique. Il n'est qu'une sorte de présomption *résultant d'un délire de persécution*. Le malade conclut à sa culpabilité par l'attitude du monde à son égard et, en pareille circonstance, il va même quelquefois jusqu'à se présenter devant les tribunaux.

Récemment encore, M. Ballet (3) a tout spécialement

(1) Koch, *Guide de psychiatrie*, 1888.
(2) Meynert, *Leçons cliniques*, 1890.
(3) Ballet, *Congrès de Blois*, 1892 ; *Semaine médicale*, 1893.

étudié ce même point dans une fort intéressante communication au Congrès de Blois (1892), puis dans une leçon clinique sur les *persécutés auto-accusateurs* (1893).

Je vous citerai enfin une observation (1) que j'ai rapportée à Blois, à la suite de la lecture de M. Ballet, et un travail que j'ai présenté avec M. Georges Brouardel (2) au Congrès de la Rochelle et qui confirme, à ce sujet, les vues de notre distingué collègue.

3° Messieurs, lorsqu'on envisage le délire d'auto-accusation dans la folie systématique (paranoia) primitive — en ne considérant pour le moment que la forme *chronique* de l'affection — il convient de distinguer plusieurs catégories de faits, d'après les rapports qu'il affecte avec les idées de persécution.

A. — Dans une première catégorie, les idées de persécution et les idées d'auto-accusation *coexistent ou alternent*, mais ne se combinent pas. Elles restent indépendantes l'une de l'autre, formant chacune, en quelque sorte, un système délirant particulier. C'est là un fait assez fréquent dans certains cas de folie systématique primitive, plus particulièrement décrits en France par quelques auteurs sous le nom de *délires polymorphes des dégénérés*.

Voici un exemple de ce genre que j'ai pu récemment observer.

Il s'agit d'un jeune homme de trente ans à peu près, héréditaire, ayant présenté lui-même des troubles variés,

(1) J. Séglas, *Congrès de Blois*, 1892, et *Semaine médicale*, n° 50, 1893.

(2) J. Séglas et G. Brouardel, *Congrès de la Rochelle*, 1893, et *Archives de neurologie*, n° 50, 1893.

marques d'une constitution neuropathique (accidents neurasthéniques, émotivité, tics d'habitude, obsessions irrésistibles, caractère très vaniteux, scrupuleux, timoré à l'excès), et qui commença, il y a environ un an, à manifester des idées délirantes. Elles ont apparu d'emblée, sans aucune autre manifestation antérieure, somatique ou psychique.

Au début, le malade n'exprimait que des idées de formule mélancolique, de culpabilité, d'auto-accusation, etc. Puis, quelque temps après, se sont montrées des idées très nettes de persécution. Depuis, ces deux ordres de conceptions délirantes se sont accentuées, mais en suivant un développement parallèle et sans jamais se mélanger. Elles alternent même l'une avec l'autre, à intervalles irréguliers, dans lesquels elles se manifestent seules, s'excluant pour ainsi dire réciproquement. Aussi, envisagé à chacun de ces moments, le malade apparaît totalement différent de lui-même, sous des jours absolument opposés. A un moment, par exemple, il ne manifeste que des scrupules d'avoir mal rempli ses fonctions, d'avoir fait des erreurs dans ses comptes; il craint de s'attirer, par suite, les reproches de ses supérieurs, d'être compromis, damné, de déshonorer sa famille.

A un autre moment, les idées d'humilité, d'auto-accusation, disparaissent et font place à de véritables idées de persécution tout à fait contraires et basées sur un fonds d'orgueil. On est jaloux de lui, de ses capacités spéciales; on lui en veut pour cela, et il accuse formellement d'autres personnes, des francs-maçons imaginaires, des inconnus, ou même ses collègues, ses supérieurs, de tramer un complot contre lui, par envie, pour entraver son avenir. Il s'imagine qu'on le suit, que les mots qu'il entend, les gestes qu'il remarque sont à son adresse.

Il a bien quelques hallucinations, mais elles sont rares et, fait remarquable, elles affectent surtout la vue (visions du diable, de l'enfer) lorsqu'il est auto-accusateur, et l'ouïe (injures) lorsqu'il se manifeste comme persécuté.

De même les réactions varient avec les idées délirantes Tantôt, lorsqu'il se croit déshonoré, il gémit, se lamente et ne pense qu'au suicide. Tantôt, au contraire, sous le coup de ses idées de persécution, il se répand en récriminations et en invectives, devient agressif, violent, ne rêve que de corriger ses insulteurs et de tirer vengeance de ses ennemis.

Voilà donc deux systèmes délirants, évoluant chez un individu indépendamment l'un de l'autre, s'excluant même réciproquement. Si l'on fait remarquer au malade la contradiction qu'ils comportent, il se borne à répondre que ces idées sont plus fortes que lui, et qu'il les subit sans pouvoir les discuter.

Pendant plusieurs mois j'ai toujours constaté l'alternance des deux délires par périodes irrégulières, mais toujours plus caractérisés à chaque fois, surtout en ce qui concerne le côté persécution.

J'ajouterai que je n'ai relevé chez ce jeune homme aucun signe de paralysie générale. Il est entré par la suite dans une période non de guérison, mais de rémission, suivie d'une reprise des accidents délirants sous la forme habituelle du délire des persécutions de la folie systématique évoluant vers la chronicité.

Il n'y a pas lieu ici de rattacher les idées d'auto-accusation à la mélancolie. Cherchez les caractères généraux du délire mélancolique, vous ne les trouverez pas ; tandis qu'en revanche, vous rencontrerez dans le délire, envisagé

dans son ensemble, ceux du délire de la folie systématique primitive. Le début de la maladie n'a pas été marqué par les troubles abouliques, par l'état de douleur morale, qui sont l'élément indispensable de la mélancolie ; les troubles émotionnels ne se manifestent que sous forme de réactions. Le délire n'est donc pas secondaire; il se développe d'emblée, simple exagération des tendances antérieures du sujet, toujours vaniteux et scrupuleux à la fois ; c'est un délire primitif qui, au lieu de rester monotone et fixe, va s'organisant en un système délirant dans le sens définitif de la persécution, et revêtant les caractères, les allures du délire de ce genre dans la folie systématique primitive.

B. — Messieurs, lorsqu'elles se présentent chez l'aliéné systématique, les idées d'auto-accusation peuvent ne pas rester ainsi indépendantes, mais se rattacher étroitement aux autres idées délirantes, de persécution par exemple, et faire corps avec le système délirant général.

Ce sont surtout ces cas qu'ont envisagés les auteurs dont je vous parlais tout à l'heure. M. Ballet, notamment, s'est attaché à mettre alors en relief cette association des idées de persécution à des idées d'auto-accusation. « Ces persécutés, dit-il, accusent les autres et se plaignent de leurs agissements et de leurs manœuvres, comme il convient à de véritables persécutés ; mais ils s'accusent avant tout eux-mêmes. Ils ne se dissimulent pas qu'ils ont fourni le prétexte de la persécution et qu'à eux reviennent les premiers torts. Ce sont des victimes, mais coupables et non, comme les persécutés ordinaires, des victimes innocentes. »

Je crois toutefois, Messieurs, que dans ces cas, les rapports qu'affectent entre elles les idées de persécution et celles

d'humilité, d'auto-accusation, ne sont pas toujours les mêmes et qu'il y a lieu de faire certaines distinctions.

a. — D'abord, au point de vue clinique, s'il est des cas où les idées d'auto-accusation, une fois installées, persistent d'une façon constante à côté des idées de persécution, il en est d'autres aussi où elles ne se manifestent que par bouffées, *par paroxysmes*.

Voici, par exemple, très brièvement résumé, un fait de ce genre que j'ai observé autrefois.

Une femme de trente-sept ans, d'un caractère froid, sombre, méfiant, manifestait depuis dix ou douze ans des troubles délirants ayant débuté d'une façon tout à fait insidieuse et revêtu petit à petit la forme du délire des persécutions hallucinatoire tel qu'on le rencontre dans la folie systématique primitive. D'abord en butte à des misères, formulant de vagues accusations, puis s'en prenant à une collectivité d'individus, elle finit par se croire poursuivie par une bande de francs-maçons dirigée par une femme d'une haute position, qui serait la maîtresse de son mari et voudrait, d'accord avec lui, la faire disparaître ainsi que son fils, pour l'épouser ensuite. Elle se montrait certaine de ses convictions délirantes, qui résistaient à toute critique, je ne dirai pas de sa part, car elle n'a même jamais cherché à les contrôler, mais de la part d'autrui. Le délire, apparu d'emblée, s'est systématisé progressivement, s'accompagnant d'interprétations délirantes, d'hallucinations de l'ouïe prédominantes et à développement progressif, d'un état d'anxiété réactionnel presque constant, mais plus accentué par intervalles. Sous cette influence, la malade s'est enfuie de chez elle pour échapper à ses ennemis, mais aussi, fait à noter, *pour que sa disparition laisse le champ libre à son mari* et

lui permette d'accomplir ses projets, qui doivent le rendre heureux. Mue par les mêmes idées, elle pense au suicide pour éviter les supplices que lui infligeront ses ennemis, et aussi *pour assurer le bonheur de son mari et conjurer la perte de son fils*. Sauf ce point particulier — cette idée de sacrifice peu commune chez le persécuté systématique — tous les symptômes du délire de persécution sont tels qu'ils se montrent d'ordinaire dans la folie systématique primitive. Je n'y insiste donc pas.

Mais par la suite, au bout de ces dix ou douze années, l'affection présente par instants, dans sa marche et ses symptômes, une nouvelle physionomie.

Par intervalles se prolongeant de plusieurs jours à plusieurs semaines, la malade perd le sommeil, est en proie à un état d'anxiété considérable ; les hallucinations augmentent de fréquence, d'intensité, se généralisent à tous les sens ; les idées deviennent confuses, incohérentes, au lieu de se présenter sous la forme d'un délire partiel, systématique et nettement affirmatif. En même temps, à côté des idées de persécution qui persistent et même s'exaspèrent, provoquant des terreurs anxieuses continuelles, se manifestent de nouvelles idées délirantes. Cette dame s'accuse d'être une cause de malheurs pour les siens, *il faut qu'elle disparaisse, dans leur intérêt*. Comme Jésus-Christ, qui s'est sacrifié pour l'humanité, elle doit se sacrifier pour le bien de sa famille; elle a dû d'ailleurs commettre des crimes ; *elle est coupable*, elle est la cause de bien des malheurs, elle doit mourir. Alors, elle ne pense qu'au suicide et fait même de nombreuses tentatives dans ce but.

Ce paroxysme disparu, elle se présente à nouveau comme une persécutée ordinaire de plus en plus systématique, évoluant toujours progressivement. Puis, au bout de quel-

ques mois, le paroxysme hallucinatoire avec anxiété, confusion intellectuelle, idées de culpabilité, reparaît à nouveau comme devant.

Si l'on envisage l'affection dans son ensemble, voilà donc un fait qui, par la symptomatologie et l'évolution, par le mode d'apparition du délire, d'origine primitive, par sa systématisation, par le caractère égocentrique, le mode de rayonnement, convergent, centripète des idées délirantes, par la nature clinique des hallucinations surtout auditives, leur mode de développement progressif et leur origine intellectuelle, à titre de symptômes venant à l'appui du délire et le personnifiant, par l'absence de toute critique, la foi absolue, la certitude des convictions rentre bien dans le cadre de la folie systématique primitive avec ce délire des persécutions tel que je vous l'ai exposé dans notre dernière réunion.

A de certains moments, cependant, par épisodes, il se présente sous un aspect semblable à celui d'un état de mélancolie anxieuse, à en juger d'après l'anxiété, les terreurs panophobiques, les idées de suicide, les idées de persécution reliées, comme chez le mélancolique, à des idées d'humilité, de culpabilité, d'auto-accusation, de sacrifice.

Mais si l'on envisage les rapports respectifs de ces deux états, quelle opinion formuler? Peut-on dire que la malade présente des accès de mélancolie anxieuse au cours d'un délire des persécutions et se combinant avec lui? Sans doute, si vous vous en tenez, comme je le faisais autrefois moi-même à l'époque où j'observais cette malade, à l'opinion des auteurs pour lesquels délire d'auto-accusation est synonyme de délire mélancolique, vous pourriez penser qu'il s'agit d'accès de mélancolie anxieuse. Mais l'analyse plus

précise des symptômes qui nous a conduits à notre théorie de la mélancolie vraie, et d'autre part ce que nous savons maintenant de la séméiologie du délire d'auto-accusation, nous montrent qu'en réalité une telle interprétation est défectueuse.

Il semble que la physionomie des paroxysmes, pris en eux-mêmes, par l'intensité, la généralisation des hallucinations déterminant un état d'anxiété et de confusion intellectuelle secondaires au milieu du système délirant, est beaucoup plutôt semblable à celle des états délirants que nous avons étudiés précédemment sous le nom de *paranoia aiguë hallucinatoire* et qui, s'ils peuvent exister seuls, peuvent aussi se présenter au cours de la folie systématique (paranoia) primitive chronique à l'état d'épisodes paroxystiques, d'exacerbations des troubles intellectuels antérieurs.

Les idées d'auto-accusation qui s'y manifestent semblent n'être ainsi que l'exagération de tendances plus effacées, mais de même caractère, existant en dehors des paroxysmes et se reliant aux idées de persécution. En effet, nous avons noté que, dès le début de son affection, et dans les intervalles où elle apparaît nettement comme une persécutée systématique, cette dame s'imagine que sa disparition peut rendre son mari heureux, et c'est pour cela, autant que pour fuir ses ennemis, qu'elle quitte son pays ou pense au suicide. De cette idée vague de sacrifice à l'idée nette d'auto-accusation il n'y a qu'un pas; il se trouve franchi au moment des épisodes paroxystiques.

b. — Messieurs, en regard de ces cas, il en est d'autres dans lesquels les idées d'auto-accusation, chez les persécutés systématiques, ne se montrent pas par paroxysmes;

mais, une fois installées, *persistent*, associées désormais, reliées au délire de persécution.

Les rapports des deux ordres d'idées délirantes peuvent être différents. Tantôt, c'est l'idée de persécution qui semble être une résultante, l'aboutissant direct de la première.

J'ai connu, par exemple, un jeune homme qui, à la suite d'un accident survenu vers la puberté, était resté boiteux. Il s'était toujours montré, dès le début, très affecté de cette infirmité ; il se considérait comme un être inférieur aux autres, une sorte de rebut de l'espèce humaine, incapable même d'exercer une profession, de vivre au milieu du monde. Puis, cette idée a entraîné la crainte du ridicule, et un véritable délire des persécutions systématisé dans lequel, tout en accusant à tort tous les individus de se moquer de lui, il reconnaissait que ces moqueries n'étaient que trop justifiées par son état d'infériorité physique.

Dans d'autres cas, bien que le fait sur lequel portent les idées d'auto-accusation soit réellement antérieur au développement des idées de persécution, il ne s'agit plus que d'un délire d'auto-accusation secondaire en date et rétrospectif. Les malades, simples persécutés d'abord, plus tard cherchent le pourquoi de leurs persécutions et les justifient de cette manière.

J'observe depuis plusieurs années une dame, qui contracta, il y a dix ans déjà, une liaison adultère. Plusieurs mois après se développa un délire des persécutions très systématisé, manifestement justiciable d'une folie systématique primitive. Elle a cherché longtemps la raison de ces misères ; elle les regarde aujourd'hui comme une expiation de sa faute.

C'était également le cas d'une aliénée de la même catégo-

rie dont j'ai communiqué, avec M. G. Brouardel, l'observation au Congrès de la Rochelle. Elle regardait les « stérilisations » qu'on lui faisait dans la tête comme une expiation de ses fautes, des « bêtises » qu'elle a faites autrefois en prenant un amant, expiation bien méritée et devant servir d'exemple pour montrer à quelle pénitence leurs fautes peuvent exposer des coupables.

Il peut se faire enfin, Messieurs, que les idées de formule mélancolique ne se présentent pas exclusivement avec le caractère rétrospectif, tout en dérivant des idées de persécution et, en même temps, au lieu d'en figurer l'interprétation, le pourquoi, en représentent, au contraire, les conséquences, le résultat et aussi une preuve nouvelle.

Voici, par exemple, une femme âgée de trente-sept ans. Si vous examinez la façon dont elle se présente devant vous, vous êtes frappés tout de suite de son attitude, de sa physionomie. Elle reflète tous les caractères de l'anxiété : le regard exprime le désespoir, les yeux sont larmoyants, l'intonation pleurarde; la malade ne fait que soupirer, gémir, se lamenter.

Pourquoi ces plaintes et ces lamentations continuelles? « Je suis perdue, nous dit-elle, je ne suis plus qu'un être inutile ; je ne pourrai plus travailler, je suis abêtie, je n'ai plus mon cerveau. Je ne puis plus vivre, je devrais mourir. Je sens ma tête lourde, je ne puis plus même parler, je ne puis plus pleurer, mon cœur est tout serré. Ce que je mange ne passe plus, j'ai l'estomac perdu. Je sens mauvais. Il n'y a plus rien dans ma tête. Je n'ai pas de lendemain. Je suis comme morte, en état de pourriture. Je sens mauvais, j'empoisonne, tout le monde le sent ; on me regarde comme une bête immonde. Je suis un encombrement. J'empoisonne toute la France. Je vais mourir bientôt. Je me sens bien ma-

lade, et cela se voit, d'ailleurs. Je suis dans un état affreux. J'étais grosse et grasse autrefois ; mes os ont diminué, mon ventre aussi. Tout est démoli ; il n'y a plus rien. Après la mort, il y a quelque chose ; pour moi, il n'y aura rien ; cela sera fini, fini, et cela fera du bien aux autres. » Depuis qu'elle est dans le service, elle a fait deux tentatives de suicide ; elle désire mourir pour mettre un terme à ses souffrances, parce qu'elle sait qu'elle ne peut plus vivre, ni travailler, parce qu'elle est un être inutile et encombrant.

Vous voyez, Messieurs, qu'à nous en tenir là, cette femme se présente au premier abord, de par son état d'anxiété, ses conceptions délirantes spéciales, ses tentatives de suicide, sous l'aspect d'une mélancolique anxieuse. Mais si nous poussons plus loin l'interrogatoire, et si nous recherchons la genèse de ces idées délirantes, l'évolution de la maladie, nous allons être conduits à un tout autre diagnostic.

En effet, si nous demandons à la malade pourquoi elle est dans ce triste état, que répond-elle? « Je suis un sujet qu'on a fait forcément, moi une honnête femme. Un sujet, c'est pis qu'un chien ; et moi, je suis un sujet pour la médecine. Je sais cela depuis que je suis ici et que je réfléchis. Je cherche tout le temps dans mon passé ce qui a fait que j'en suis là, et maintenant, je le sais : c'est une vengeance ! »

Voilà qu'elle s'engage dans une série nouvelle d'idées délirantes, des idées de persécution. Elle croit, en effet, qu'un complot a été organisé contre elle par certains membres de sa famille. Mus par des raisons d'intérêt pécuniaire, ils auraient payé une sage-femme pour la rendre malade en l'accouchant, l'empoisonner lentement et la faire disparaître.

Pour préciser les rapports de ces idées délirantes diverses et en même temps arriver à un diagnostic exact, il nous faut considérer l'évolution totale de l'affection.

La mère de cette dame était hypocondriaque, sans cesse préoccupée de sa santé; elle aurait eu des crises de nerfs (?) étant jeune, notamment à la suite d'une de ses couches.

Notre malade s'est bien développée dans l'enfance et n'aurait jamais présenté aucun désordre nerveux. Elle était assez intelligente et apprenait bien à l'école. Elle fut réglée entre douze et quatorze ans, sans accident.

Elle a toujours été extrêmement susceptible, méfiante, irritable, très jalouse. Elle s'est aussi toujours beaucoup préoccupée de sa santé. Étant toute jeune, sitôt qu'elle était un peu souffrante, elle se croyait perdue et disait qu'elle n'en avait plus pour longtemps à vivre. Par la suite, ces tendances hypocondriaques n'ont fait que s'accentuer. Elle avait toujours la manie de se regarder dans la glace pour voir si elle avait le teint frais, les yeux maigris, le nez pincé, la langue chargée ; elle examinait ses matières fécales, s'inquiétant de leur consistance, de leur couleur, de leur régularité, etc. Au moindre malaise, elle avait peur de mourir, prenait toutes sortes de médicaments, consultait médecin sur médecin. Toutefois, elle ne formulait pas d'idées véritablement délirantes ; c'était, en un mot, de l'hypocondrie simple. En même temps, elle souffrait d'accidents neurasthéniques variés, surtout depuis une fièvre typhoïde contractée pendant le siège de Paris.

Elle est accouchée en décembre 1892. Pendant sa grossesse, elle était devenue encore plus irritable; mais, bien que se préoccupant toujours de sa santé, elle avait, en réalité, été bien portante. L'accouchement fut difficile et elle ne mit au monde qu'un enfant mort-né.

Elle en fut fort affectée, pleurait sans cesse. Elle pensait aussi ne pouvoir se remettre jamais des douleurs qu'elle avait éprouvées et qu'elle disait ressentir encore depuis ce moment. Petit à petit, l'appétit diminua, elle perdit le sommeil et elle maigrit beaucoup. Elle alla, sur le conseil des médecins, passer deux mois à la campagne.

Alors, vers le mois de juin, elle eut l'idée que la sage-femme qui l'avait accouchée était l'auteur de ses maux et de sa mort prochaine. Cette idée est allée toujours progressant, et il en est résulté un véritable délire des persécutions. Elle disait qu'on la regardait de travers dans la rue, qu'on la trouvait changée, qu'on se détournait d'elle. Elle fit même, vers la fin d'août, une première tentative de suicide. « Il vaudrait mieux, disait-elle, que je meure, puisque je ne pourrai guérir. »

Elle était toujours hypocondriaque, mais ne formulait pas encore des idées complexes de nature mélancolique comme aujourd'hui. C'étaient, à côté des préoccupations hypocondriaques simples, les idées de persécution qui se systématisaient sous forme de délire rétrospectif. A de certains faits qu'elle se rappelait, elle était arrivée à cette conviction formelle que la sage-femme l'avait « démolie » par suite d'une machination organisée contre elle par le gouvernement, les prêtres, certains membres de sa famille. Puis, convaincue qu'ils n'avaient que trop bien abouti à leurs fins en l'estropiant pour la vie, elle en est arrivée à formuler ces conceptions délirantes hypocondriaques, ces idées d'inutilité, de pourriture, presque de négation, en un mot, toutes ces idées de formule mélancolique qu'elle vient de vous répéter tout à l'heure.

Telle est, Messieurs, à n'en pas douter, d'après les ren-

seignements précis que nous avons recueillis, la véritable filiation des idées délirantes.

Mais, si les idées de formule mélancolique tiennent aujourd'hui le premier plan, la malade n'a pas abandonné pour cela ses idées de persécution, plus précises que jamais et à l'appui desquelles elle trouve chaque jour de nouvelles preuves dans des faits passés, restés incompris jusqu'alors.

« Si je suis un être inutile, c'est que la sage-femme m'a estropiée. J'ai senti à la suite de ses manœuvres des douleurs dans tout le corps ; cela prouve bien qu'elle m'a démolie. D'ailleurs, c'était déjà drôle qu'elle me soigne huit jours avant mon accouchement. Les lavements, les injections qu'elle me donnait me faisaient mal ; elle m'a fait prendre aussi une potion qui m'a produit un drôle d'effet ; je m'en suis même aperçue tout de suite ; le malheur, c'est que je n'avais pas de témoin, c'était comme un pressentiment. Elle m'a endormie au chloroforme et elle a été obligée d'entrer les mains pour faire l'accouchement. Ce n'était pas naturel ; mais, sur le moment, je n'y ai pas fait attention ; je ne savais pas le but de ces manœuvres. Après l'accouchement, j'ai eu des douleurs du haut en bas du corps et qui n'ont fait qu'augmenter depuis. Je souffrais de partout, j'avais comme un engourdissement général, la langue paralysée, etc. « Je suis perdue, me disais-je, je ne me remet-« trai jamais, » et je me suis aperçue des mauvaises intentions de cette femme à mesure que je me souvenais de tout. C'est une coquine, une misérable, une criminelle. Elle a dû être payée pour cela ; c'est une machination. Je comprends tout maintenant ; j'ai compris plus tard que c'était une personne de ma famille, d'accord avec les prêtres, le gouvernement, qui faisait tout cela. C'est une vengeance,

à cause d'un testament qu'un oncle avait fait en ma faveur. Je me suis rappelé qu'ils m'avaient dit alors : « Tu t'en « souviendras, tu en souffriras, » et ils avaient attaqué ce testament. J'ai vu ma tante aller chez la sage-femme avant mon accouchement; c'était pour s'entendre avec elle. Déjà, en 1879, j'avais toutes sortes de malaises incompréhensibles. Ce sont eux qui faisaient cela, je ne sais par quelle magie; j'avais toujours quelque chose qui n'allait pas; c'étaient des avertissements que j'aurais dû comprendre. Ils me rendaient aussi jalouse de mon mari par des femmes qu'on envoyait exprès. C'est une affaire qui doit servir à la police, au gouvernement et lui rapporter quelque chose, car mes parents se sont enrichis et sont puissants aujourd'hui, puisqu'ils m'ont livrée comme sujet à la médecine et qu'ils ont fait de moi un être inutile, pis qu'un chien. Ils m'ont démolie pour servir d'exemple; ils m'ont empoisonnée, ils me tuent lentement ; on m'a choisie parce que j'étais la plus innocente; je suis une honnête femme, bien qu'on me traite de « vieille vache, vieille sa-« lope »; mais je n'ai pas la force de me défendre et de parler. »

J'ajouterai que cette malade a surtout des interprétations délirantes portant sur tout ce qui se passe autour d'elle. aussi bien que sur les faits antérieurs. Cependant, elle a eu également des hallucinations, mais tout à fait accidentelles.

On ne constate, chez elle, aucun signe de paralysie générale, aucun stigmate d'hystérie; mais des troubles neurasthéniques (céphalée, craquements à la nuque, rachialgie, plaque sacrée, fatigue générale, douleurs erratiques, troubles de la digestion, aménorrhée depuis cinq mois), qui entretiennent ses conceptions délirantes hypocondriaques et contribuent à la rendre inaccessible à tout contrôle et à toute critique.

Je me résume : tendances hypocondriaques simples, idées de persécution, hypocondrie délirante et conceptions de formule mélancolique avec persistance des idées de persécution arrivant au délire rétrospectif, telle est, Messieurs, l'évolution générale de la maladie.

Elle nous apparaît ainsi, de la façon la plus évidente, comme un cas de folie systématique primitive dans lequel les idées délirantes diverses n'ont été que l'exagération, le développement progressif des tendances natives particulières, mettant en relief ce subjectivisme morbide qui constitue le fonds du caractère individuel, et se systématisant d'une manière de plus en plus étroite, sans rencontrer aucun obstacle, aucune velléité de contrôle, s'accompagnant, au contraire, d'une foi complète et inébranlable. Quant aux phénomènes émotionnels, ils n'ont que la signification très nette de réactions secondaires. « Je n'ai jamais souffert que physiquement, dit aussi la malade ; je ne m'inquiète que depuis que je me sais démolie et que je me vois un être inutile. »

Il n'y a rien là qui ressemble aux troubles émotionnels fondamentaux de la mélancolie, servant de base aux interprétations délirantes dans l'avenir.

Aussi, par ses caractères généraux, essentiels, le délire s'éloigne-t-il du délire mélancolique pour se rapprocher de celui de la folie systématique primitive.

Je vous signalerai encore chez notre malade les tentatives de suicide, qui, peu ordinaires chez les persécutés classiques et aussi chez les hypocondriaques, semblent être fréquentes chez les persécutés auto-accusateurs.

Parmi les idées de formule mélancolique, il en est qui se rapprochent beaucoup des idées de négation. Elles ne se présentent plus comme dans le syndrome de Cotard se

développant chez les mélancoliques, mais sous la forme qu'elles revêtent dans l'hypocondrie systématique primitive, ainsi que nous le verrons plus tard.

Il résulte encore de cette observation que les idées proprement dites d'auto-accusation ne sont pas les seules idées de formule mélancolique qui puissent se manifester en pareil cas. On peut rencontrer aussi, d'une façon plus générale, toutes les idées analogues d'humilité, de ruine, d'incapacité, de déchéance.

Enfin, si ces idées sont encore étroitement reliées aux idées de persécution, leurs rapports réciproques sont inverses de ceux qu'elles affectent dans les cas précédents. Notre malade les exprime comme conséquence et comme preuve des persécutions qu'elle subit, tandis que dans les autres faits, semblables en ce sens à ceux de M. Ballet, elles en étaient plutôt l'explication rétrospective ou le point de départ. Aussi notre malade ne se regarde-t-elle plus comme une victime coupable, suivant l'expression de notre collègue, mais elle reste, comme les vrais persécutés systématiques, une victime innocente, en butte à une vengeance imméritée qui l'a réduite au triste état où elle se trouve aujourd'hui.

Par tout ce que je vous ai dit à ce propos, au cours de nos réunions, vous voyez donc bien, Messieurs, que les idées d'auto-accusation en elles-mêmes ne sont nullement caractéristiques d'une forme vésanique déterminée.

En ce qui a trait plus particulièrement aux faits que nous avons étudiés aujourd'hui, elles ne suffisent pas, comme on le fait souvent bien à tort, à différencier la mélancolie et le délire des persécutions systématique. Ce n'est pas tant la formule que la genèse des idées délirantes qui peut servir alors d'élément capital de diagnostic. C'est pour cette raison

que j'ai essayé d'attribuer alors au délire un certain nombre de caractères généraux qui pussent servir à le déterminer plus exactement ; le diagnostic complet devant toujours envisager d'autre part tous les autres symptômes, tant somatiques que psychiques, leur mode d'apparition, de succession, leurs rapports respectifs, ainsi que l'évolution d'ensemble de l'affection.

Vous pourrez ainsi faire aisément le diagnostic dans les diverses hypothèses que nous venons de passer en revue.

Reconnaître un délire mélancolique s'accompagnant d'idées de persécution, mélancoliques elles aussi, est toujours chose facile.

Si ces idées de persécution se présentent sous l'aspect d'un délire systématisé secondaire, la question devient déjà plus ardue. Mais elle se trouve élucidée par la reconstitution de l'ensemble de la maladie, l'observation directe d'un véritable accès mélancolique antérieur, ou sa recherche rétrospective; il est rare qu'il ne persiste pas quelques symptômes pouvant mettre sur cette trace.

Dans les cas où c'est, au contraire, un délire des persécutions relevant de la folie systématique primitive qui s'accompagne d'idées de formule mélancolique, le diagnostic présente quelquefois certaines difficultés. Car, à côté des idées pouvant faire songer à un délire mélancolique, se rencontrent à l'occasion d'autres symptômes qu'on serait tenté de rattacher à la même origine, mutisme, refus d'aliments, tentatives de suicide et surtout des troubles émotionnels, l'anxiété, etc. C'est alors surtout qu'il faudra ne pas se contenter de la notation brute de tous ces symptômes. Sans se laisser impressionner par leur réunion en plus ou moins grand nombre, par la formule de l'idée

délirante, il sera nécessaire de déterminer la valeur exacte des symptômes, leur origine première, leur subordination réciproque, leurs caractères généraux cliniques et psychologiques, tenir compte en même temps d'autres signes qui peuvent coexister, essayer de rétablir l'évolution totale du processus morbide.

J'espère, Messieurs, que ces indications, si brèves qu'elles soient, sur la ligne de conduite à suivre pour le diagnostic, vous sembleront néanmoins suffisantes après les développements dans lesquels je suis entré à ce sujet dans plusieurs de ces conférences.

Ce sera surtout dans les cas semblables à celui de notre dernière malade que vous pourrez y recourir avec quelque profit.

Si limpide qu'une distinction puisse vous paraître en théorie, les confusions sont fréquentes en pratique, où l'on voit bien souvent qualifiés de mélancoliques ces malades qui n'ont de la mélancolie que l'aspect extérieur, la formule délirante et qui par le fond appartiennent en réalité à la folie systématique primitive.

Comme traits particuliers qui peuvent, parmi les persécutés de cette dernière catégorie, contribuer à leur donner une petite place à part, se trouvent d'abord les idées d'autoaccusation, ou plus généralement de formule mélancolique.

Ces idées ont souvent pour objet des faits d'ordre religieux ou surtout génésique : préoccupations hypocondriaques se rapportant aux organes génitaux, idées de culpabilité relatives à des excès sexuels authentiques ou supposés. C'est là un fait sur lequel M. Ballet a insisté avec juste raison et que nous retrouvons dans plusieurs des observations que je viens de vous rapporter.

Récemment encore, j'ai eu l'occasion d'examiner un individu chez lequel un délire de persécution systématique se relie à des préoccupations hypocondriaques antérieures, survenues elles-mêmes à la suite d'une opération de phimosis. Il s'imagine qu'on le regarde d'un air narquois, que tout le monde s'aperçoit à sa figure, à sa démarche qu'il est circoncis. Il s'entend traiter d'eunuque, de châtré. Bien que cela lui soit très désagréable, il ne peut protester, puisque c'est vrai, dit-il ; et, pour couper court à la malveillance, il ne voit qu'une solution, c'est de recourir à une opération qu'il ne cesse de réclamer et qui rendrait à ses organes génitaux la conformation habituelle.

Nous pouvons noter encore que, chez tous ces malades, le délire s'accompagne en général de réactions émotionnelles de caractère anxieux, beaucoup plus intenses et plus constantes que chez les persécutés systématiques ordinaires.

De plus, on constate souvent des idées ou même des tentatives de suicide, contrairement à ce qui se passe chez les persécutés vrais, le plus ordinairement portés à l'homicide.

Enfin, comme le dit encore très bien M. Ballet, « si ces malades n'ont pas toujours la résignation passive du mélancolique vulgaire, ils n'ont pas non plus les colères et les haines des persécutés ordinaires. Ils n'acceptent pas de gaieté de cœur et sans protestation les taquineries qu'on leur fait subir ; mais, tout en protestant, ils semblent reconnaître que ces taquineries sont méritées et, dans une certaine mesure, légitimes ». Ajoutons, pour préciser, que la dernière partie de cette remarque ne s'applique pas, cependant, aux individus qui expriment leurs idées de formule mélancolique à titre de conséquence et de preuve

de leurs persécutions, qui restent alors toujours immérités.

Sauf ces traits particuliers, la symptomatologie, l'évolution de l'affection ne se distinguent en rien de celles des autres formes de folie systématique primitive.

4° Messieurs, les malades dont je viens de vous entretenir appartiennent tous au groupe de la folie systématique primitive chronique.

Mais j'ai déjà eu l'occasion de vous dire que cette affection pouvait, dans certains cas, se présenter *à l'état aigu*, en conservant d'ailleurs, sauf cela, ses autres caractères habituels. De même que dans les cas chroniques, les idées de persécution, fréquentes aussi dans ces cas aigus, peuvent se trouver associées parfois à des idées de formule mélancolique, d'auto-accusation.

Ce sont surtout ces faits qui, eu égard à leur caractère d'acuité, peuvent être d'un diagnostic difficile et doivent être différenciés soigneusement ou de la mélancolie délirante ou de la confusion mentale primitive. J'ai déjà eu l'occasion de vous en citer deux exemples (p. 391 et 403), et je crois inutile d'y revenir de nouveau.

En terminant, je vous rappellerai qu'il est d'autres aliénés ne rentrant pas dans le cadre de la folie systématique primitive, aiguë ou chronique, qui peuvent présenter cependant de véritables idées de persécution, les alcooliques, par exemple. Or, il n'est pas absolument rare de rencontrer chez eux, ainsi que l'a signalé Moeli il y a déjà plusieurs années, la présence d'idées d'auto-accusation à côté des idées de persécution habituelles. Dans nos précédentes réunions, je vous ai fait remarquer (p. 377) l'association de ces deux

ordres de conceptions délirantes chez une alcoolique du service (1).

(1) Depuis cette époque, M. Roubinowitch a fait sur ce point particulier, à la Société médico-psychologique (28 mai 1894), une communication, à la suite de laquelle j'ai résumé brièvement les points principaux exposés dans cette conférence.

DIX-HUITIÈME LEÇON

Les hallucinations et le dédoublement de la personnalité dans la folie systématique.

Les persécutés possédés.

SOMMAIRE. — Au point de vue des hallucinations, les persécutés systématiques peuvent se diviser en plusieurs catégories :

A. Persécutés sans hallucinations.

B. Persécutés hallucinés *sensoriels*. Les hallucinations sensorielles sont prédominantes. Leurs variétés. Hallucinations de la vue; leurs caractères. Hallucinations de l'ouïe, communes ou verbales. Hallucinations verbales motrices. Mode de développement général de ces hallucinations. Troubles de la sensibilité générale.

C. Persécutés hallucinés *moteurs*. Importance des hallucinations motrices, communes ou verbales; impulsions; phénomènes d'arrêt ou d'inhibition; troubles de l'attention. Troubles de la sensibilité générale. A côté de ces phénomènes *psycho-moteurs*, troubles sensoriels; hallucinations de la vue, du sens génital.

Résumé des caractères symptomatiques principaux chez cette classe de persécutés.

Ils correspondent à un *dédoublement de la personnalité*.

Comparaison des troubles de la personnalité chez les persécutés sensoriels ou moteurs. Essai d'interprétation psychologique.

Quelques considérations sur les différentes variétés de démonomanie.

Les conceptions délirantes chez les persécutés moteurs : idées de *possession*, hypocondriaques, de négation, de grandeur; idées de persécution. Réactions. Symptômes physiques.

Diagnostic : possession hystérique; mélancolie délirante avec idées de possession et de négation; folie systématique avec délire des persécutions sensoriel; cas intermédiaires et de transition.

MESSIEURS,

J'ai attiré votre attention dans nos précédentes réunions sur la présence, dans la folie systématique, à côté du délire

(1) Leçon du 19 mars 1894, publiée par le docteur H. Meige (*Annales médico-psychologiques*, juillet-août 1894).

habituel des persécutions, d'idées d'auto-accusation. Nous allons étudier aujourd'hui certains cas où le délire de persécution, s'accompagnant d'un groupement de symptômes plus particulier, revêt, à une certaine période de la maladie, parfois même dès le début, une apparence différente des cas ordinaires et se présente plutôt comme un délire de possession.

Les faits les plus typiques de ce genre sont ceux où le délire est empreint d'une teinte mystique, rappelant les anciennes observations de folie religieuse (démonomanie et théomanie).

Bien qu'ils ne soient pas les seuls, ainsi que nous le verrons par la suite, ils méritent cependant, puisqu'ils sont les plus nets, d'être pris comme point de départ de notre étude actuelle.

Ces cas de folie systématique que nous allons envisager comportent plus particulièrement la présence des symptômes suivants :

1° Prédominance très marquée de troubles psychomoteurs, tels que : hallucinations motrices, impulsions diverses, phénomènes d'arrêt; 2° fréquence plus grande des hallucinations visuelles; 3° rareté des hallucinations auditives surtout verbales; 4° dédoublement très accentué de la personnalité; 5° idées de possession, souvent de caractère mystique.

Tels sont les symptômes cardinaux qui distinguent cette variété de folie systématique de celle où se rencontre le délire des persécutions ordinaire.

En fait, le développement d'hallucinations d'un caractère particulier semble être alors le symptôme fondamental.

Aussi, pour mieux comprendre et différencier les cas en

question, nous allons passer en revue les symptômes hallucinatoires qu'on observe habituellement dans la folie systématique avec délire des persécutions, et nous verrons ainsi par quelles transitions successives on peut arriver à ces variétés moins connues que nous nous proposons d'étudier aujourd'hui.

Messieurs, au point de vue de leurs hallucinations, on peut diviser les persécutés systématiques en plusieurs catégories :

A — Dans une première, les malades n'ont jamais d'hallucinations, ou bien celles-ci sont très rares, isolées et transitoires. Tels sont les *persécutés persécuteurs* ou *persécutés raisonnants* étudiés en France par M. J. Falret, qui ont fait l'objet de la thèse de son élève M. Potier, et dont la « folie des querelles » (*Querulantenwahnsinn*) des Allemands, les *litiganti*, les *quœrulanti* des Italiens représentent la variété la plus commune.

B — Un autre groupe comprend les persécutés hallucinés *sensoriels*.

Je ne veux pas dire par là, bien que cela se rencontre assez souvent, que les hallucinations sensorielles soient les seules qui se manifestent alors, mais simplement qu'elles sont très développées, prédominantes, persistantes, et présentent même souvent une évolution progressive parallèle à celle de la maladie envisagée dans son ensemble.

Ces hallucinations sensorielles peuvent ainsi se montrer sous tous les aspects que nous avons étudiés au début de ces conférences. Elles peuvent être élémentaires, communes, verbales ; et, d'autre part, tous les sens peuvent être affectés, à des degrés différents d'ailleurs. Je ne fais que citer

les hallucinations du goût, de l'odorat, qui sont fréquentes, et se relient en général à des idées d'empoisonnement. De même, il n'est pas rare d'observer des hallucinations génitales.

Les phénomènes hallucinatoires qui intéressent le sens de la *vue* méritent une attention plus spéciale. Lasègue, qui, comme vous le savez, a décrit le premier le délire des persécutions, niait que les malades fussent atteints d'hallucinations visuelles; il considérait même en quelque sorte l'absence de ce phénomène comme un signe pathognomonique. D'autres auteurs ont émis un avis contraire et pensent que l'opinion de Lasègue est beaucoup trop absolue; le docteur Mabille, en particulier, a rapporté plusieurs observations où des persécutés typiques avaient présenté de réelles hallucinations de la vue.

Le fait est indéniable. Un certain nombre de persécutés systématiques du type habituel peuvent être atteints d'hallucinations de la vue; mais celles-ci se présentent avec certaines particularités.

On peut à cet égard ranger les malades sous trois chefs

a. — D'abord nous pouvons mettre à part les cas envisagés par Lasègue et qui sont les plus ordinaires, dans lesquels les hallucinations visuelles manquent.

b. — A côté de ceux-là, il en existe d'autres où l'on constate l'existence d'hallucinations de la vue. Elles peuvent être alors dues à un élément surajouté. On peut, en effet, rencontrer chez des persécutés la coexistence de plusieurs délires (ainsi que Lasègue lui-même l'avait fait remarquer). Le symptôme hallucinatoire reconnaît alors une origine autre que la folie systématique, l'alcoolisme, par exemple, lui imprimant son cachet particulier, ce qui permet de le

rattacher à sa véritable cause. De même, quand les hystériques sont atteints de folie systématique avec idées de persécution, ils peuvent avoir des hallucinations de la vue, mais celles-ci relèvent plutôt de l'hystérie même.

c. — Enfin, les hallucinations visuelles peuvent se produire sans l'adjonction d'un autre élément morbide, et appartenir en propre à la folie systématique. Elles revêtent alors quelques caractères particuliers. Dans les cas habituels, elles restent relativement peu fréquentes; de plus, elles ne se présentent guère qu'à l'état élémentaire ou sous la forme commune. Les malades voient des flammes, des éclairs ou des objets plus ou moins distincts. Enfin, il est à remarquer qu'ils ne sont généralement pas dupes de ces phénomènes ; ils les jugent en quelque sorte à leur valeur. S'ils les interprètent dans le sens de leurs convictions délirantes, ils savent toutefois et déclarent que ce sont là de fausses sensations. « Mes ennemis, disent-ils, par exemple, *me font voir* certaines choses; mais je sais bien qu'elles n'existent pas; c'est de la fantasmagorie, de la *physique ;* je suis bien sûr que cela n'est pas vrai. »

Ici, au contraire de ce qui se passe pour les hallucinations de l'ouïe, on voit que l'individu se rend bien compte que ses sensations n'ont pas trait à un objet existant réellement. Il existe donc entre les phénomènes hallucinatoires de la vue et de l'ouïe une différence importante au point de vue de la conscience de leur caractère pathologique, conservée jusqu'à un certain point en ce qui regarde les fausses sensations visuelles.

C'est du côté de l'*ouïe*, Messieurs, que se passent les phénomènes hallucinatoires les plus importants.

Ce sont d'abord des hallucinations élémentaires qui font

entendre aux malades des bruits indéfinis. En général, ils les traduisent par des onomatopées (*boum*, *crac*, ui-ui-uit).

Dans d'autres cas, il s'agit d'hallucinations auditives communes; le bruit perçu est rattaché à un objet particulier bien déterminé : bruits de pas, sifflets de chemin de fer, son d'une cloche, coup de fusil, etc.

Enfin, il y a des hallucinations auditives verbales, qui, dans l'ordre chronologique, sont généralement les dernières et qui, elles-mêmes, ont souvent un développement progressif. Tout d'abord, le patient n'entend que des mots isolés, des phrases très courtes, toujours de même signification, et parfois même presque stéréotypées. Basses, indistinctes, chuchotées au début, les *voix* deviennent par la suite de plus en plus nettes. Vous connaissez ce vocabulaire d'injures grossières que presque tous les persécutés ont à supporter au début. Puis l'hallucination se développe; c'est un monologue que tient le persécuteur et que le patient est condamné à entendre; parfois même c'est un discours interminable qu'il doit subir sans espoir de s'y dérober.

Mais les choses se compliquent encore. Si les persécuteurs sont nombreux, s'ils forment une *bande*, ce n'est plus un monologue, mais un dialogue, une conversation bruyante. Les interlocuteurs peuvent s'adresser directement au persécuté ou causer entre eux en déblatérant sur son compte.

Parmi les voix qu'entend le persécuté, il en est qui lui sont nouvelles et inconnues; d'autres reparaissent avec le même caractère d'intonation, elles lui sont familières, et il sait les reconnaître.

Tantôt ces voix ne se distinguent en rien des paroles réelles que le malade peut entendre; d'autres fois il les différencie par certains caractères variables, de timbre, d'intensité, etc.

Il arrive que, quelquefois, tous les persécuteurs sont du même avis et s'entendent parfaitement pour lui faire toutes sortes de misères.

Mais, dans d'autres cas, les interlocuteurs se disputent entre eux, les uns soutenant le pour, les autres le contre. A côté des persécuteurs, il y a des défenseurs, et l'on retrouve alors, à côté des idées habituelles de persécution, certaines de ces idées particulières que je vous ai déjà signalées sous le nom d'*idées de défense*.

Tantôt les voix se font entendre à la fois dans les deux oreilles : l'hallucination est bilatérale. Dans quelques circonstances, elle devient unilatérale, le patient ne percevant plus les voix que d'un seul côté. Enfin, les hallucinations peuvent être aussi bilatérales, mais de caractère opposé de chaque côté, le sujet percevant seulement par une oreille les calomnies, les insultes de ses persécuteurs, tandis que l'autre semble réservée aux paroles consolantes que prononcent les défenseurs.

Quand les hallucinations verbales auditives durent depuis un certain temps, le malade en arrive à présenter le phénomène connu sous le nom d'*écho de la pensée*. Il accuse les personnes qui l'environnent de connaître ses plus secrètes pensées, de les énoncer à haute voix, si bien qu'il les entend avant même d'avoir eu le temps de les prononcer, etc.

Il est à remarquer que les voix qui se font entendre au milieu du silence comme au milieu du bruit, la nuit comme le jour, qui viennent du dehors de tous les côtés, du plafond, des cheminées, de distances plus ou moins éloignées, qui accompagnent le malade dans ses déplacements, sont toujours dues à des interlocuteurs qui restent invisibles à ses yeux. Il avoue lui-même que, malgré ses tentatives, il n'a

pu prendre sur le fait les individus qui lui parlaient ainsi. Le sens de la vue ne se fait pas le complice de celui de l'ouïe et il ne se produit pas ici, entre ces deux sens, sauf de très rares exceptions, ces associations hallucinatoires que l'on rencontre chez d'autres vésaniques qui voient leurs interlocuteurs en même temps qu'ils les entendent. C'est ce qui explique l'expression dont se servent souvent les persécutés pour désigner leurs voix : « mes secrètes, mes invisibles ».

Au fur et à mesure que la maladie évolue, les hallucinations verbales peuvent changer de caractère.

C'est alors qu'on peut constater des hallucinations verbales *motrices*. L'hallucination auditive ne disparaît pas pour cela; elle persiste généralement au contraire, et souvent il se produit alors de ces associations ou combinaisons hallucinatoires du genre de celles que nous avons étudiées précédemment; mais, fait important à constater, l'hallucination motrice reste cependant à un plan plus effacé et ne se présente que par intervalles. Un grand nombre de ces persécutés n'en a même jamais.

Si vous voulez bien maintenant, Messieurs, jeter un coup d'œil d'ensemble sur la série des phénomènes hallucinatoires, bruits ou voix, dont je viens de vous faire brièvement l'analyse et dont je vous ai montré le développement souvent progressif, vous vous apercevrez facilement que leur ordre d'apparition correspond alors exactement à la formation des idées et au développement du langage chez l'enfant. C'est d'abord l'hallucination auditive élémentaire, puis la commune, la verbale auditive, et, en dernier lieu, la verbale motrice.

Or, que se produit-il pour l'éclosion et le perfectionnement du langage chez l'enfant ? Celui-ci n'a d'abord qu'une vague sensation de son élémentaire, brut; plus tard, il a la notion de l'objet qui produit ce son.

Puis, entendant parler, il commence par associer l'image auditive verbale à l'image auditive commune. Bientôt il cherche lui-même à répéter les mots qu'il entend, et associe à son tour l'image verbale motrice à l'image auditive verbale.

C'est, vous le voyez, la même marche progressive, et le développement des hallucinations chez les persécutés sensoriels suit bien la même évolution que le développement de la fonction du langage chez l'enfant.

Il existe enfin, chez ce persécuté systématique, des troubles de la *sensibilité générale*. Ce sont de fausses sensations, ordinairement douloureuses, intéressant la sensibilité périphérique ou viscérale. Il importe de remarquer à ce propos que les patients ne croient pas leurs organes irrémédiablement atteints. Les troubles sensitifs, bien que se manifestant parfois de longtemps, se présentent comme par intervalles paroxystiques ou bien ne laissent pas de traces durables. Au fur et à mesure qu'une partie du corps est lésée, elle semble subir un travail de régénération qui la guérit de ses blessures. C'est là un fait important sur lequel j'aurai bientôt l'occasion de revenir.

Il est toutefois à noter que certains individus vraiment persécutés, mais en même temps hypocondriaques, accusent des désordres permanents dans leurs différents organes. Les troubles de la sensibilité générale et surtout viscérale sont alors beaucoup plus persistants. Il est des cas alors où, tout comme chez les persécuteurs hypocondriaques

raisonnants, il n'y a pas de troubles hallucinatoires du côté des sens spéciaux. Aussi ces aliénés pourraient-ils être considérés comme établissant une sorte de transition entre les persécutés hallucinés du type précédent et ceux du type que nous allons envisager maintenant.

C. — Il est, en effet, Messieurs, une dernière catégorie où, à l'inverse de ce qui se passe chez les persécutés sensoriels, les phénomènes hallucinatoires de caractère *moteur* tiennent dans la symptomatologie une place prépondérante souvent dès le début ; tandis que les hallucinations auditives sont reléguées à un rang très secondaire, parfois même tellement effacées qu'elles ne peuvent être mises en évidence. Elles ne sont guère plus fréquentes que les hallucinations de la vue chez les malades du groupe précédent. Ces deux sortes d'hallucinations (visuelles et auditives) peuvent d'ailleurs, comme nous le verrons, coexister dans ces cas avec les hallucinations motrices.

Toutefois ce sont ces dernières qui, très accentuées, incessamment répétées et presque continuelles, constituent le symptôme le plus saillant du tableau clinique et dirigent absolument la scène pathologique.

Ce sont d'abord des hallucinations verbales motrices se présentant avec tous les caractères et à tous les degrés d'intensité que nous avons longuement examinés dans nos réunions précédentes à propos de l'étude particulière de ce symptôme.

Mais les hallucinations motrices ne s'adressent pas seulement à la fonction langage ; on retrouve, au contraire, toutes sortes d'hallucinations motrices communes. Les patients accusent souvent, en effet, des sensations de déplace-

ment d'une partie du corps ou du corps tout entier, de certains mouvements qu'ils se sentent poussés à accomplir comme malgré eux ou qu'ils croient exécuter alors qu'en réalité ils restent immobiles.

Ils disent qu'on les pousse à droite ou à gauche ; on leur tire la langue, on leur contracte les mains, on les secoue, on les bouscule dans leur lit, qui tourne, danse ; ils se sentent attirés de dessus leur chaise lorsqu'ils sont assis ; ils tombent dans des précipices, etc.

Souvent même ces symptômes sont beaucoup plus accentués, et, atteignant leur maximum d'intensité, se présentent sous la forme de véritables *impulsions*. Les malades disent alors qu'une volonté plus forte que la leur les pousse à faire des choses qu'ils ne veulent pas faire, à sortir, à courir, à marcher sans cesse, à boire et à manger sans raison, à se lever, à changer de place, à voyager, à faire du mal aux personnes de leur entourage, et ils se sentent poussés à tous ces actes, qu'ils réprouvent et combattent inutilement, comme s'ils étaient électrisés.

De même ils ont des impulsions verbales qui les font parler haut malgré eux, dire des choses qu'ils n'ont pas l'intention de dire et leur semblent tout étranges, souvent le contraire de leur propre pensée.

Dans d'autres cas, au contraire, celle-ci leur échappe et se trouve articulée malgré eux avec tous les degrés d'intensité possible. C'est le phénomène que je vous ai signalé sous le nom de *fuite de la pensée*, bien souvent confondu avec l'écho de la pensée.

En regard de ces impulsions diverses, il est d'autres symptômes, identiques de nature, mais se présentant sous l'aspect inverse de phénomènes d'arrêt ou d'inhibition.

On les empêche, disent les malades, de faire ce qu'ils veulent, on leur retient la main lorsqu'ils travaillent, ils se sentent immobilisés, pétrifiés au milieu de leurs mouvements, qui restent inachevés. Ils ne sont plus maîtres de leur langue, qui se refuse à articuler les mots nécessaires à l'expression de leur pensée.

Ces différents symptômes ne font que traduire une atteinte profonde à la volonté. Souvent les sujets l'accusent eux-mêmes lorsqu'ils prétendent qu'on leur retire leur volonté, qu'ils sont trop faibles pour lutter, qu'ils se sentent dominés et n'ont plus leurs facultés.

Tous ces phénomènes, Messieurs, ne se manifestent pas seulement dans le domaine de la volonté en tant que présidant aux mouvements, ils s'adressent aussi au côté purement intellectuel.

C'est ainsi que les malades se plaignent parfois de ne plus pouvoir penser à rien de suivi, d'être continuellement distraits de leurs idées habituelles par un courant d'idées qui leur semblent absolument étrangères ou contradictoires. Ou bien on leur retire leur pensée : s'ils ont une idée, cette idée s'en va et ils restent comme abrutis. S'ils ne peuvent plus l'exprimer, ce n'est plus, comme tout à l'heure, parce qu'une force intérieure s'oppose aux mouvements d'articulation nécessaires, mais c'est parce que leur pensée est fugitive et instable.

De pareils symptômes sont évidemment justiciables d'un trouble de l'attention — qui n'est qu'une manière d'être de la volonté appliquée aux phénomènes de l'idéation — et ne font que mettre en lumière le fonctionnement défectueux de la synthèse mentale qui est à la base de toutes nos opérations intellectuelles, volontaires et conscientes.

Ce défaut de synthèse mentale peut être parfois retrouvé

à propos de faits de perception. Ainsi, une de nos aliénées prétend que ses yeux sont scellés, immobiles, et ne peuvent plus remuer ; que, pour voir un objet dans son ensemble, elle est obligée de remuer toute la tête. Or, il n'en est rien ; et, au moment même où elle cherche à nous donner une démonstration de son dire, on constate manifestement des mouvements du globe de l'œil que la malade assure cependant être resté immobile. Il est bien probable que cela résulte de ce que, dans l'ensemble des sensations kinesthétiques diverses inhérentes aux mouvements complexes qu'elle vient d'accomplir, elle n'a pas synthétisé, assimilé à sa conscience personnelle celles qui se rapportaient aux mouvements du globe oculaire.

De tous les troubles que nous venons d'examiner et que nous pouvons ranger sous le qualificatif général de *psycho-moteurs*, il convient de rapprocher ceux qui se présentent dans le domaine de la sensibilité générale ou viscérale et avec lesquels, alors qu'ils peuvent affecter le sens musculaire, ils se trouvent avoir d'étroits rapports.

Il est à remarquer, en effet, à ce propos, que, si l'on peut rencontrer les mêmes troubles de la sensibilité générale ou viscérale chez les persécutés sensoriels et moteurs, il y a cependant quelques différences dans leur intensité réciproque. Tout à l'heure, les malades se plaignaient avant tout de sensations douloureuses de brûlures, de picotements, de fourmillements, etc. ; maintenant, au contraire, ils accusent de préférence des sensations de pesanteur, de légèreté, de vide, de grossissement ou de rapetissement, etc. De même les troubles de la sensibilité viscérale sont beaucoup plus accentués ici que chez le persécuté sensoriel, accusant plutôt des troubles de la sensibilité

générale périphérique. Enfin tous ces troubles cœnesthétiques, quels qu'ils soient, ont chez le persécuté moteur un caractère de constance plus prolongée, de continuité, parfois même de permanence, qu'ils n'ont pas chez le persécuté sensoriel ordinaire, à moins, comme je le disais tout à l'heure, qu'il ne soit réellement hypocondriaque.

Nous venons, Messieurs, d'examiner chez les malades que nous avons en vue les phénomènes moteurs; voyons maintenant les phénomènes sensoriels.

J'ai déjà dit au début que chez eux les hallucinations auditives étaient reléguées au second plan, vis-à-vis des motrices. Souvent elles ne se présentent que sous une forme élémentaire ou commune. Lorsqu'il existe des hallucinations verbales auditives, elles peuvent, suivant les cas, se montrer assez fréquentes au début de la maladie, pour disparaître totalement au bout de quelque temps, ou persister simplement à titre de combinaison hallucinatoire avec une hallucination motrice. D'autres fois, elles sont extrêmement rares en tout temps; une de nos aliénées, n'en a eu que trois en huit ans de maladie.

En revanche, les hallucinations visuelles sont assez ordinaires, à l'inverse de ce qui se passe dans la forme sensorielle; quelquefois même elles sont nombreuses et répétées. D'autre part si, dans certains cas, elles conservent ces caractères un peu particuliers qu'elles revêtent lorsqu'elles se présentent chez les persécutés, elles peuvent aussi d'autres fois ne différer en rien, au point de vue psychologique, des hallucinations visuelles classiques.

Ces hallucinations sont, le plus souvent, élémentaires ou communes, quelquefois même verbales. Lorsqu'il s'agit d'hallucinations communes, elles sont souvent empreintes

d'une couleur mystique : visions du diable, de la Vierge, du paradis, de l'enfer, etc.

Il est à remarquer aussi que, dans ces cas, contrairement à ce que nous avions vu chez les persécutés sensoriels, les visions du malade s'associent souvent à ses voix. Et les personnages qui lui apparaissent, communiquent avec lui par une hallucination verbale le plus souvent motrice, ou auditive, parfois même visuelle.

On trouve aussi souvent, même dès le début, des hallucinations génitales répétées et persistant par la suite.

Quant aux hallucinations du goût, de l'odorat, elles ne se distinguent en rien de celles qui affectent les mêmes sens chez les persécutés sensoriels.

Vous voyez déjà, Messieurs, les différences qui existent, au point de vue des hallucinations, entre ces persécutés et les persécutés sensoriels du type commun, différences qui peuvent se résumer ainsi, dans leurs traits principaux :

1° Prédominance de troubles psycho-moteurs de toute espèce, tels que défaut de synthèse mentale, phénomènes d'arrêt ou d'inhibition, impulsions et hallucinations motrices de toute espèce. Ces phénomènes qui peuvent se développer au bout de quelque temps de maladie, existent toujours dès le début, mais moins accentués; dans d'autres cas même, ils atteignent d'emblée tout leur développement;

2° Répartition différente et caractères un peu particuliers des troubles cœnesthétiques ;

3° Fréquence moins grande ou même absence presque complète des hallucinations auditives verbales;

4° Développement plus grand des hallucinations visuelles.

Si nous poussons plus loin cette étude, nous voyons qu'à ces différents symptômes correspond un état de désagrégation psychique, plus ou moins marquée, souvent un véritable *dédoublement de la personnalité*.

Je ne veux pas insister, Messieurs, sur la genèse de ce trouble psychopathique, mais je chercherai à vous expliquer comment il se fait qu'il soit si accentué chez les persécutés *moteurs*, tandis qu'il est réduit au minimum chez les *sensoriels*.

Cela tient surtout, je crois, à la différence même des phénomènes hallucinatoires, envisagés dans leur ensemble et aussi dans leurs caractères particuliers.

Au point de vue strict de la psychologie pure, il est incontestable que les hallucinations sensorielles représentent une atteinte à la personnalité, puisque c'est un phénomène subjectif dont la nature subjective même est méconnue par le malade. C'est un état de conscience spécial qui n'est pas assimilé, et, dès lors, assurément, même dans ce cas, la personnalité du malade, son « moi » a subi une déchéance.

Mais cette déchéance n'est que superficielle, car le consensus qui le constitue n'est guère entamé. S'il est vrai qu'on soit en présence d'un état de conscience étranger au moi, il ne s'agit que d'une aliénation partielle; et tant que ce phénomène restera identique, il ne peut, de par sa nature même, servir de base solide à la constitution d'une personnalité nouvelle.

Les sens externes, en effet, n'interviennent que d'une façon secondaire dans la conception de la personnalité, dont la base première est dans le sens du corps, la cœnesthésie. Ils la circonscrivent, la déterminent, mais ne la

constituent pas. Leur apport est secondaire ; ils ne renseignent que sur le dehors, et non pas sur le dedans. Ils sont l'origine de la connaissance et non de l'idée du « moi ».

Comme le fait justement remarquer M. Ribot, à l'état normal, l'individu qui sent et qui pense est adapté à son milieu. Entre le groupe d'états et de rapports internes qui constituent l'esprit, et le groupe d'états et de rapports externes qui constituent le monde extérieur, il y a correspondance, adaptation. Chez l'halluciné sensoriel, cette adaptation est détruite. De là, des jugements faux, c'est-à-dire non adaptés, mais c'est là une maladie de la raison plutôt que de la personnalité.

Le délire des persécutions à forme sensorielle, avec son évolution anormale de la personnalité, toujours dans le même sens, représente dès le début un manque d'adaptation au milieu extérieur, une perception inexacte de l'humanité s'exagérant jusqu'aux idées délirantes dont les hallucinations sensorielles ne sont que l'expression la plus complète.

D'ailleurs, le peu d'influence des hallucinations sensorielles sur la constitution de la personnalité est bien mis en évidence par l'examen clinique des malades. Examinez, Messieurs, même dans les cas les plus accentués, les persécutés qui n'ont que des hallucinations sensorielles. Tout se passe en dehors d'eux. Alors même qu'ils perçoivent des voix dialoguées de sens contraire, qu'ils entendent des défenseurs répondre à leurs persécuteurs, bien qu'il y ait là comme deux synthèses mentales en présence, la personnalité n'est guère atteinte. Comme le dit justement Cotard, ils continuent à objectiver l'automatisme dans le monde extérieur. Ils assistent, toujours identiques à eux-mêmes, au

combat qui leur semble se passer hors d'eux-mêmes. Leur délire nous les montre comme des anormaux dont la personnalité évolue ou se transforme dans un sens déterminé, logique en quelque sorte. Elle peut subir quelques atteintes superficielles et transitoires, mais elle ne se dédouble pas au sens précis du mot.

Si vous étudiez, d'autre part, la genèse et la nature des hallucinations chez les persécutés sensoriels, vous voyez qu'elles reproduisent seulement la propre pensée du malade, et ne sont que le reflet des préoccupations délirantes, inhérentes à la constitution de l'individu. M. Chaslin a bien mis en lumière ce caractère de persécuté, toujours méfiant, soupçonneux, sans cesse aux écoutes, adaptant d'abord à son délire toutes les sensations normales qu'il éprouve. Ainsi naissent les idées délirantes et aussi les illusions. Puis, plus tard, le délire prend la forme hallucinatoire qui n'est que la répercussion de la pensée même du malade.

Vous comprenez donc que, dans ces cas, il ne puisse se produire un dédoublement de la personnalité, puisque l'hallucination sensorielle est en rapport direct avec le fond intellectuel de l'individu lui-même.

Et même, en prenant le cas le plus extrême, celui de l'écho de la pensée où il semble que la personnalité doive être le plus gravement atteinte, on voit que le malade, s'il ne se rend pas compte du caractère subjectif de la sensation auditive qu'il perçoit, continue cependant à s'attribuer à lui-même cette pensée qu'il entend répéter. « Ils me prennent, dit-il, et répètent *ma* pensée. »

Examinez aussi les actes du persécuté sensoriel; ces actes sont logiques, toujours parfaitement d'accord avec ses pensées. Il sent, pense, agit sans cesse dans le même sens.

Mais, me direz-vous, Messieurs, rien d'étonnant à ce que la personnalité ne subisse pas de modifications profondes du fait des hallucinations sensorielles, puisque nous admettons volontiers que l'apport des sens externes est secondaire.

Toutefois ces malades n'ont-ils donc pas des troubles de la personnalité, de par le fait des désordres de la sensibilité générale et spéciale qui intéressent alors la cœnesthésie, base fondamentale de la personnalité? Sans aucun doute. Il semble cependant que, pas plus que les hallucinations sensorielles, ces nouveaux symptômes, tout en modifiant d'une façon plus évidente la personnalité de l'individu, ne servent pas de fondement à la création d'une personnalité nouvelle, coexistant à côté de l'ancienne, en un mot, à un véritable dédoublement. Il peut y avoir alors tout au plus transformation, dissolution progressive de la personnalité première, mais il n'y a point organisation d'une personnalité nouvelle, coexistant à côté de l'ancienne, vivant à côté d'elle d'une existence indépendante, ayant en quelque sorte son autonomie propre.

Pourquoi cela? Je l'ignore.

On pourrait peut-être invoquer, à ce propos, un fait d'observation fréquente chez les persécutés, qui s'imaginent qu'on s'en prend à leur santé physique. C'est que les organes ne sont jamais profondément atteints par le fait des attaques; ou, s'ils le sont, ces modifications ou ces destructions sont éphémères et se réparent au fur et à mesure qu'elles se produisent. Aussi peuvent-ils résister presque indéfiniment à des assauts toujours renouvelés. Cela indique bien qu'il ne s'agit pas de troubles très profonds, définitifs, capables de servir de base à la constitution d'une personnalité nouvelle.

Ce fait de la résistance et de la restauration des organes attaqués est mis bien souvent en lumière par les idées de défense.

Je compte vous présenter une persécutée vulgaire atteinte depuis plusieurs années de troubles incessants de la sensibilité générale. Ces troubles ne produisent chez elle aucune lésion importante de la personnalité. Des défenseurs bienfaisants s'occupent à restaurer les dégâts causés par les persécuteurs. Ils réparent en une nuit tous les délabrements de la nuit précédente. Le jour suivant, nouvelles destructions d'os ou de chair, bientôt cicatrisées à leur tour.

Ces idées antagonistes de défense et de persécution représentent bien, il est vrai, comme dans les hallucinations dialoguées de sens contraire, la lutte de deux synthèses mentales en présence. Mais, alors même qu'elles ont trait à la personnalité physique du malade, il continue à en objectiver l'origine au dehors, il place toujours en dehors de lui ses défenseurs comme ses persécuteurs. Aussi, de même que sa personnalité morale, sa personnalité physique attaquée résiste-t-elle très longtemps. Si elle subit des modifications transitoires, ou même des transformations plus persistantes, elle n'est pas envahie, dédoublée en une personnalité seconde, s'organisant définitivement et fonctionnant pour son compte, côte à côte avec l'ancienne.

Cependant, Messieurs, on rencontre des persécutés chez lesquels le dédoublement de la personnalité est un fait indéniable. C'est alors qu'interviennent, en plus des troubles cœnesthétiques, certains des phénomènes qui accompagnent les formes motrices : telles sont les hallucinations motrices communes ou verbales. Encore faut-il que toutes ces manifestations ne soient pas isolées, transitoires, mais

qu'elles se rapprochent, par leur intensité et leur fréquence, de ce qu'on observe chez nos persécutés moteurs. Sans cela le dédoublement resterait sans consistance, intermittent et momentané.

Les hallucinations motrices, en effet, s'adressent au sens cœnesthétique qui constitue, comme vous savez, la base fondamentale de la personnalité, et cela parce qu'elles intéressent le sens musculaire, un des éléments de la cœnesthésie.

Elles ne fournissent pas de données sur le monde extérieur, mais sur les faits intimes, du dedans; pour employer le mot même des malades, ce sont des phénomènes « intérieurs ».

En se reportant, d'autre part, à ce qu'elles peuvent devenir à leur summum, l'impulsion, on voit ainsi l'atteinte subie, dans ces phénomènes d'automatisme, par la volonté, dont l'exercice n'est en fait que l'exécution de mouvements musculaires prévus et déterminés pour produire un effet qui est aussi prévu et déterminé. Or, on sait le rôle considérable que joue l'effort volitionnel dans la constitution du moi.

Les phénomènes inverses d'arrêt ou d'inhibition ont la même valeur psychologique et agissent dans le même sens.

Aussi leur action sur la personnalité sera-t-elle plus profonde, arrivant à produire un véritable dédoublement.

Non seulement l'individu se trouve entravé dans toutes ses manifestations intellectuelles, mais il se produit d'autres manifestations en opposition directe avec elles.

Ces manifestations involontaires lui semblent venir d'une région de l'esprit qui reste dans l'obscurité pour son moi, souvent même il n'en a pas conscience avant qu'elles se traduisent au dehors. Elles lui semblent étrangères, du fait même qu'elles exercent une contrainte sur sa propre pen-

sée, et souvent en opposition avec elle, revêtent comme une existence indépendante.

Cela est quelquefois mis en évidence de la façon la plus nette, par les expressions mêmes dont se servent les malades à ce propos.

Je vous ai dit, par exemple, que celui qui présente le phénomène connu sous le nom d'*écho de la pensée*, tout en disant qu'il entend sa pensée formulée, qu'on la lui vole, reconnaît implicitement qu'elle est toujours sienne. « On me vole *ma* pensée, » dit-il.

Au contraire, ceux chez lesquels prédominent les hallucinations motrices perdent la notion de leur personnalité et s'expriment à la troisième personne : « *Ils* ou même *on* parle par ma langue, ils me font dire telle ou telle chose, mais je ne les ai pas pensées. » Quelquefois même, étendant l'usage de ce pronom indéfini, comme une malade que je voui ai déjà présentée, ils diront en parlant d'eux-mêmes : « on parle, on fait telle ou telle chose sans qu'on sache pourquoi ». Ces expressions diverses montrent bien qu'ils ne considèrent pas ces symptômes comme se rattachant à leur « moi », ne les font pas rentrer dans le schéma de la personnalité individuelle, et, tout en reconnaissant pour une part leur caractère intérieur, leur attribuent cependant une existence indépendante.

Quelquefois même les choses vont beaucoup plus loin et la séparation des deux personnalités, le dédoublement est absolument complet, ainsi que cela apparaît dans certaines manifestations psychologiques très voisines des hallucinations motrices.

Dans les hallucinations verbales motrices et les impulsions verbales, par exemple, le sujet perçoit des paroles

à l'aide de mouvements d'articulation correspondants qui sont involontaires, puisqu'il cherche parfois vainement à s'y opposer ou prononce des paroles malgré lui. Mais si la pensée qui dicte ces mouvements lui semble étrangère à son « moi », les mouvements d'articulation qui la traduisent, tout involontaires qu'ils sont, restent conscients pour lui. Il a conscience qu'ils s'exécutent, mais ne peut s'opposer à leur exécution.

Dans d'autres circonstances, ces mouvements déjà involontaires deviennent de plus inconscients, absolument comme la pensée qu'ils traduisent. Cette inconscience se produit déjà pour ces mouvements d'articulation mentale peu accentués qui font souvent cortège à l'hallucination motrice. Elle peut aussi se rencontrer alors même qu'ils sont assez intenses pour que la parole soit réellement prononcée, à voix basse ou haute, mais ayant toujours assez de timbre pour pouvoir frapper l'oreille de l'observateur et du sujet lui-même. Méconnaissant sa propre voix, il ne fait plus qu'entendre les paroles qu'il vient de prononcer, sans se rendre compte que c'est lui-même qui les a émises. C'est la parole involontaire et inconsciente, de laquelle on peut rapprocher l'écriture ou tout autre acte de même caractère.

Les faits de ce genre, bien que plus rares, montrent bien jusqu'où peut aller, dans les cas que nous examinons, la scission, le dédoublement de la personnalité.

D'ailleurs, à mesure que progresse la maladie, les troubles de la personnalité physique, dans lesquels les précédents ont leur base première par l'intermédiaire du sens musculaire, ne font que s'accentuer. Les différentes perturbations qui surviennent dans le domaine de la sensibilité générale et surtout viscérale s'organisent maintenant et constituent autant d'acquisitions en faveur de la personnalité nouvelle.

Elle s'accroît ainsi et finit par donner au malade la conviction d'un être étranger envahissant sa pensée, agissant sur ses organes, habitant même dans son propre corps. Je vous ai fait remarquer déjà que les troubles de la sensibilité générale n'ont plus alors ce même caractère d'intermittence qu'ils avaient dans les autres cas, mais ils sont beaucoup plus tenaces, persistants même souvent ; aussi leurs conséquences ne sont-elles plus transitoires, mais définitives.

En ce qui concerne les altérations de la personnalité, la différence est donc facile à saisir, et elle est capitale.

Je ne voudrais pas cependant, Messieurs, établir un fossé trop profond entre les formes motrice et sensorielle. Il existe des cas intermédiaires reliant entre eux les deux extrêmes.

Un persécuté sensoriel peut en effet, à une certaine époque de son délire, présenter des symptômes d'une incoordination de la personnalité, partielle ou transitoire. Chez d'autres, la symptomatologie de la maladie se modifiant à une certaine période dans le sens que nous étudions, il se fait un véritable dédoublement de la personnalité. Chez d'autres enfin, il apparaît très accentué dès le début, côte à côte avec les symptômes en question.

Sous l'influence de ce dédoublement de la personnalité, le malade émet des *idées délirantes* particulières.

Au premier abord (1), disais-je à ce propos dans de pré-

(1) J. Séglas, *Variété psycho-motrice des délires de persécution* (*Ann. méd.-psych.*, janvier 1893, p. 111). J. Séglas et G. Brouardel, *Persécutés auto-accusateurs et persécutés possédés* (*Congrès de la Rochelle* et *Arch. de Neur.*, 1893).

cédents mémoires, on peut croire que l'on a affaire à de simples idées de persécution, en général assez systématisées. Mais, il est à remarquer que ces idées de persécution ont une teinte spéciale, mystique, comme la phraséologie qu'affectionnent ces malades, et traduisent en quelque sorte la contrainte qu'ils éprouvent, les troubles de leur personnalité. Ils attribuent leurs tourments aux sorciers, aux prêtres, à la théologie sacrée ou démoniaque, s'en prennent aux esprits, au spiritisme, à la suggestion, se disent « ensabbatés », si bien que, par leur teneur et leur fondement psychologique constitué par les différents troubles psychomoteurs énumérés tout à l'heure, ces idées s'éloignent des idées de persécution habituelles, et, en tenant compte de la différence due à l'éducation, au milieu social, se rapprochent au contraire beaucoup *des idées de possession*, d'observation fréquente autrefois. »

Ces idées de possession, vous les trouverez très bien décrites dans les anciens auteurs, notamment lorsqu'ils traitent de la *démonomanie*.

A ce propos, permettez-moi, Messieurs, de faire une courte digression pour bien vous montrer à quelles catégories de démonomaniaques correspondent les cas que nous envisageons aujourd'hui.

Bien que, de par son étymologie, le mot *démon* (δαίμων) signifie simplement esprit, génie, intelligence, et ne doive pas se prendre en mauvaise part, le terme de *démonomanie*, dans tous les ouvrages où vous le rencontrerez, s'applique à des délires dans lesquels n'interviennent que des démons malfaisants.

Quant à la signification du terme *démonomanie*, elle doit être prise, comme l'indique M. Ritti, dans son acception la

plus étendue de simples conceptions délirantes dans lesquelles le diable et l'enfer jouent un rôle prédominant. C'est être beaucoup trop exclusif que de regarder simplement ce terme comme synonyme d'idées de possession démoniaque.

En compulsant les observations des anciens auteurs, vous verrez, en effet, que beaucoup de leurs démonomaniaques ne sont nullement possédés, mais émettent des idées délirantes très différentes, et, par l'ensemble symptomatique et l'évolution de leur maladie, rentrent dans des classes très diverses des nomenclatures psychiatriques actuelles.

Aussi, certains écrivains, tout en se fondant surtout sur la nature des idées délirantes, avaient-ils essayé autrefois de décrire dans la démonomanie plusieurs variétés.

C'est d'abord la *damnomanie* de Macario, correspondant à peu près à la *démonophobie* de Guislain, à la terreur de la damnation de Leuret. Par suite, les idées délirantes diffèrent alors complètement de celles des malades que nous étudions aujourd'hui et appartiennent au délire mélancolique.

Vous avez vu ainsi une malade atteinte de mélancolie délirante, arrivée au délire des négations, et je vous ai parlé de ses idées de damnation, qu'elle a conservées jusqu'à ce jour. Elle répète à tout propos : qu'elle sera damnée dans des proportions formidables, qu'elle ira dans le grand enfer, pour avoir causé la ruine du monde.

De ces craintes de la damnation, nous rapprocherons l'idée d'avoir causé la damnation d'autrui. Leur valeur séméiologique est celle de toutes les idées d'auto-accusation, que nous avons longuement étudiées à ce point de vue.

Vient ensuite la démonomanie ou mieux *démonopathie*, qu'on peut diviser en deux classes avec Macario, Dagonet,

Ritti, etc. : la démonopathie *externe* et la démonopathie *interne*.

La démonopathie est la persécution par le démon, et celle-ci peut se manifester sous deux formes qui justifient la division précédente.

Ou bien le démon est situé en dehors du malade, et le persécute de l'extérieur. Alors celui-ci est en butte à des hallucinations sensorielles de toutes sortes : il entend la voix du démon (hallucinations auditives), il le voit (hallucinations visuelles), il sent son odeur de soufre (hallucinations olfactives), il subit ses coups (hallucinations de la sensibilité générale) ou ses attouchements (hallucinations génitales, incubes et succubes). Dans ce cas, le malade est dans le même rapport vis-à-vis du démon que les persécutés systématiques ordinaires vis-à-vis des autres espèces de persécuteurs (jésuites, police, francs-maçons, etc.).

Aussi cette forme, qui constitue la démonopathie externe, correspond-elle assez exactement à la folie systématique avec délire des persécutions ; avec cette particularité toutefois, que les hallucinations de la vue et génitales semblent y être beaucoup plus développées.

Les choses sont tout autres dans la forme interne de la démonopathie. Ici, sans doute, il s'agit bien encore d'une persécution par le démon ; mais celui-ci n'est plus comme tout à l'heure en dehors du malade ; maintenant il est au dedans de lui-même. Ce n'est plus la persécution, la simple obsession, c'est la *possession* démoniaque, que vous retrouvez si sincèrement décrite dans l'histoire des anciens possédés. Non seulement le malade entend la voix du diable et souffre de ses injures, mais il le porte en lui-même ; il est devenu son gîte, son esclave; il doit subir ses volontés, exécuter les actes qu'il lui commande ; il n'a même plus la

direction de ses pensées. Le démon seul parle, agit, pense, sans que le possédé puisse s'opposer à sa toute-puissante influence.

Cette démonopathie interne, ces idées de possession démoniaque peuvent se rencontrer parmi les troubles délirants des hystériques, soit à l'état isolé, soit même à l'état épidémique, et vous connaissez assurément les nombreuses relations d'épidémie de ce genre décrites par les anciens auteurs.

De même, elles peuvent exister dans la mélancolie côte à côte avec les craintes de la damnation ; un malade atteint de mélancolie délirante peut être à la fois damnomane et possédé. C'est le fond même des idées délirantes qui permettra de faire le diagnostic.

Enfin, et c'est là le sujet de notre étude, elles peuvent se rencontrer dans la folie systématique. Mais il me semble que c'est par une généralisation excessive que certains auteurs assimilent complètement tous les démonopathes sans distinction aux persécutés systématiques. Si cela est exact, — et encore relativement — pour la démonopathie externe, je crois que les cas de démonopathie interne, les possédés que nous étudions, méritent une description à part et doivent être distingués en tant que variété. J'étendrais même volontiers cette opinion à toutes les formes mystiques de la folie systématisée.

A côté de la démonopathie interne, du délire de possession et se montrant dans les mêmes circonstances diverses, on peut placer la *démonomanie* vraie, dans laquelle le malade ne croit pas seulement être possédé par un démon, mais s'imagine être lui-même le démon. La transformation est complète. Le vrai démonomane a perdu complètement la notion de sa personnalité première ; il est devenu un être

entièrement différent ; il n'est plus un être humain, il est un démon.

A la démonomanie vraie se rattachent la zoanthropie, la lycanthropie, qui n'en sont en fait que des modalités. Pour les zoanthropes en particulier, il est facile de voir qu'il s'agissait d'une forme de démonomanie vraie. La lésion psychologique est la même. L'individu était transformé en démon ; mais le démon s'incarnant dans le corps d'un animal, le malade était devenu lui-même cet animal diabolique.

Telles sont les formes principales de la démonomanie qui nous intéressent encore aujourd'hui.

Je ne vous parle que pour mémoire de la *démonolâtrie*, qui est l'ancienne folie des sorciers, et dans laquelle les individus se croyaient voués au culte du diable. Cette forme est devenue très rare aujourd'hui, et les cas qui s'y rapportent constituent de simples curiosités bibliographiques.

Elle semble se rattacher aux phénomènes que l'on observe dans certains délires toxiques. Vous savez, en effet, que les sorciers d'autrefois avaient coutume de se graisser le corps avec des pommades spéciales, dans la composition desquelles entraient un certain nombre de solanées vireuses. Cette pratique devait entrer pour une large part dans la production de leur délire ; car les symptômes que l'on observe aujourd'hui dans certaines folies toxiques présentent de grandes analogies avec les phénomènes que disaient éprouver les anciens sorciers.

Revenons maintenant, Messieurs, à nos malades, atteints de folie systématique, qui, au lieu d'émettre des idées de persécution ordinaire, traduisent, comme je vous le disais, le dédoublement de la personnalité, résultant des symptômes

que nous avons examinés, par des idées de possession.

Ces idées de possession démoniaque ont été très bien formulées dans les observations de ce genre recueillies par les anciens auteurs. On en trouve encore assez souvent aujourd'hui des cas dans les asiles de certaines provinces, en Bretagne et en Vendée par exemple.

Dans le milieu parisien, il n'en est pas ainsi. Si peu instruit que soit le malade, son délire ne se traduit guère par des idées démoniaques. Si l'on peut en rencontrer encore quelques cas, ils ne sont jamais très purs au point de vue de la formule précise de l'idée délirante.

Cependant, une de nos malades se dit ensorcelée par des prêtres ayant pris possession de différentes parties de son corps ; ils lui ont aussi jeté dans les yeux le « vermillon » qui est comme un démon sous la forme d'un cloporte, « ce que vous appelez, dit-elle, un *microbe* ».

Un autre est possédé, hanté par les Esprits.

Trois autres sont possédés par un Esprit qui s'est logé dans leur corps sous la forme d'un ver.

Une autre encore, dont j'ai rapporté l'histoire avec M. G. Brouardel, exprime des idées qui rappellent les croyances à l'envoûtement.

Certains malades, plus au courant des idées du jour, invoquent le spiritisme, la suggestion, etc., non pas dans un sens banal comme beaucoup d'autres aliénés le font souvent, mais en attachant à ces mots la signification exacte, précise, d'une contrainte sur leurs pensées, semblable à un fait de possession.

Mais, pour établir son diagnostic, le médecin n'a pas, ainsi que je vous l'ai dit déjà bien souvent au cours de nos réunions, à se fonder sur la formule de l'idée délirante. L'individu qui déclare lui-même être possédé, constitue un

type vraiment trop parfait; car il énonce lui-même son diagnostic. C'est, il faut le reconnaître, une bonne fortune qui vous manque le plus souvent.

Heureusement, on peut se passer de la formule. Et si l'on fait un examen scrupuleux des phénomènes sous-jacents qui donnent naissance à l'idée de possession, l'aboulie, les phénomènes d'arrêt, les impulsions, et surtout le dédoublement de la personnalité qui représente la synthèse de ces phénomènes-là, on peut très bien se passer de l'interprétation du patient et porter un diagnostic aussi précis que s'il y avait des idées de possession nettement formulées.

D'ailleurs, il ne faut pas désespérer de voir dans l'avenir réapparaître, chez nos aliénés de la capitale, des idées de possession ; les tendances néo-mystiques de l'époque actuelle, la faveur dont jouissent à ce jour l'occultisme, le spiritisme, etc., nous promettent des observations de folie religieuse qui ne pourront manquer d'être intéressantes.

Si les idées de possession ou, plus exactement, les idées traduisant directement le dédoublement de la personnalité sont les plus frappantes, elles ne sont pas les seules que l'on puisse rencontrer chez ces malades. Il est à remarquer cependant que, pour la plupart, elles se rattachent au fait même de la possession qui ne fait guère que changer de formule.

C'est ainsi que fréquemment les sujets présentent des *idées hypocondriaques*, en rapport avec les troubles de la sensibilité générale et viscérale. Il est certains cas même où ces idées hypocondriaques peuvent être considérées comme équivalentes de l'idée de possession ; par exemple, lorsque

le malade dit qu'il a des animaux dans le corps, qu'il a un ver, des ténias dans l'intérieur de ses organes.

Ces idées hypocondriaques, de même que les idées de possession, peuvent, d'autre part, aboutir à des *idées de négation* systématisées, s'adressant aussi bien à la personnalité physique qu'à la personnalité morale ou intellectuelle du sujet. Il n'a plus de sentiments, plus de mémoire, plus de pensées; il n'est plus maître d'aucun de ses actes. Il n'a plus d'organes comme une de nos malades qui n'a plus de *tripes*, parce que c'est un prêtre, logé dans son ventre, qui les a. Un autre lui a pris son cœur, elle n'en a plus ; elle n'a plus d'ongles, plus de luettes, plus d'amygdales, etc.

Ces idées de négation peuvent être considérées comme le point summum, l'aboutissant de la possession. Le schéma de la personnalité nouvelle, dont les éléments constitutifs sont de plus en plus nombreux et persistants, finit par envahir jusqu'à l'effacer presque, en se mettant au premier plan, celui de l'ancienne personnalité ; de plus en plus réduite, elle finit même par être niée par le malade.

D'autres fois, au lieu d'aboutir à la négation, les idées de possession prennent une teinte mégalomaniaque. Les aliénés regardent comme une faveur les symptômes de possession qu'ils accusent. Ils formulent de véritables idées de grandeur : Dieu, les Esprits parlent par leur bouche ; ils sont inspirés, ils prophétisent, etc.

L'Esprit qui les anime n'est plus un Esprit malfaisant, un mauvais démon ; c'est un Esprit supérieur et bienveillant. Ils ne sont plus cacodémonomanes, mais théomanes, comme l'on disait autrefois, la théomanie ancienne étant d'ailleurs

susceptible des mêmes divisions que la démonopathie. Ils ne cessent pas pour cela d'être possédés ; ils n'ont pas seulement, comme d'autres systématiques mégalomanes et mystiques, des rapports externes avec les puissances supérieures par l'intermédiaire de sens externes, ouïe et surtout vue ; le souffle divin qui les anime est tout intérieur.

Aussi ces idées de possession théomaniaque mettent-elles la plupart du temps en évidence le dédoublement de la personnalité de la façon la plus nette, comme lorsque les malades écrivent les conversations qu'ils ont avec les Esprits. En même temps, on peut noter dans leurs appréciations à ce sujet des faits qui montrent bien la désagrégation de la personnalité, le fonctionnement tout automatique et par cela même facile des éléments de la personnalité ancienne, à côté du caractère défectueux, pénible, de l'exercice volontaire des facultés quand intervient la personnalité même du sujet.

Une malade de ce genre constatait elle-même devant nous ce fait qui l'étonnait beaucoup, lorsqu'elle transcrivait ses dialogues : « Quand j'écris pour moi-même, je suis obligée de chercher ; c'est comme quand je parle, il faut presque m'arracher les paroles de la bouche. Quand j'écris pour l'Esprit, j'écris très facilement, sans rien chercher, et ma tête n'y est pour rien ; je copie seulement ce que dit la voix intérieure. D'ailleurs, si je n'écris pas, je ne peux rien me rappeler du tout de ce qu'il a dit, ou bien cela me revient tout seul une autre fois. » Aussi la graphomanie, fréquente en pareil cas, est elle-même quelquefois poussée jusqu'à l'extrême.

Il peut se faire que la possession se traduise isolément, tantôt sous la forme démonomaniaque, tantôt sous la forme théomaniaque. D'autres fois, les deux idées différentes se

succèdent; elles peuvent même coexister. Jusque-là, l'antagonisme dans les idées, dû au dédoublement de la personnalité, consistait seulement dans l'opposition, le contraste d'idées ou d'actes délirants de même caractère, avec les idées saines du malade. Maintenant, les deux ordres d'idées antagonistes appartiennent tous deux au délire. Ainsi, l'un de nos malades était possédé par des Esprits de défense, s'opposant à des Esprits d'attaque et représentant « la lutte de saint Michel et de Diabolus ».

Il n'est pas extraordinaire, d'ailleurs, d'observer alors un fait analogue à celui que nous signalions à propos des idées de négation. La nouvelle personnalité devenant de plus en plus envahissante, il se fait une véritable transformation par laquelle le sujet arrive à s'identifier complètement avec l'Esprit supérieur qui le possède et se considère lui-même comme un être supérieur et exceptionnel.

Enfin, on peut aussi rencontrer chez ces individus des idées de persécution sous la forme ordinaire. Tantôt, ce sont les premières en date, et les idées différentes que nous avons examinées ne sont, pour ainsi dire, qu'un aboutissant, le moyen ou les conséquences de cette persécution. D'autres fois, au contraire, elles sont consécutives, notamment lorsque la possession revêt la forme théomaniaque; les faveurs surnaturelles dont jouit l'aliéné lui attirant la jalousie, l'inimitié des personnes qui l'entourent.

Mais, quelque variées que soient les idées délirantes, elles ont toutes des caractères généraux communs. Ces caractères sont ceux que nous avons attribués au délire de la folie systématique, et sur lesquels j'aurai à revenir tout à l'heure, à propos du diagnostic. Je me contenterai de

vous dire en ce moment que si le complexus délirant, envisagé dans son ensemble, est toujours primitif, en ce sens qu'il n'est pas précédé de troubles émotionnels de caractère psychoneurotique, les idées plus spéciales que nous avons envisagées affectent vis-à-vis des hallucinations un rapport inverse de celui qui existe chez les persécutés systématiques ordinaires avec hallucinations sensorielles. Nous avons vu que, chez ces derniers, l'hallucination sensorielle n'est que l'expression dernière, la plus caractérisée, des tendances délirantes ; maintenant, au contraire, nos nouvelles idées délirantes ne sont plus que l'interprétation des phénomènes divers qui ont amené le dédoublement de la personnalité.

Les réactions qui se manifestent sous l'influence de ce délire sont le plus ordinairement celles des persécutés systématiques. Suivant le cas, le malade fuit, se défend, réclame, etc. Il est à remarquer cependant que ses actes ne sont pas toujours, comme chez bien des persécutés, mûrement délibérés, et se produisent au contraire souvent sous le coup d'une impulsion subite ; et d'autre part, que n'étant pas entièrement adapté à son délire, il lutte souvent contre lui, et peut résister même quelque temps aux actes impulsifs qu'il se sent poussé à exécuter.

Quant aux réactions qui sont plutôt en rapport avec les idées de possession, elles varient suivant les oscillations du complexus symptomatique. C'est ainsi que les phénomènes d'arrêt, les troubles abouliques, s'accompagnent souvent d'un état de dépression plus ou moins accentué. D'un autre côté, les phénomènes automatiques se traduisent souvent, comme nous l'avons vu, par des impulsions de toute nature, souvent inoffensives, parfois violentes, des mouvements

sans but, spasmodiques, presque convulsifs, ou déterminent même un état général d'agitation motrice. Il n'est pas rare, non plus, lorsque l'individu cherche à lutter, d'observer des phénomènes d'anxiété ; mais cette anxiété est alors purement réactionnelle. Le ton émotionnel, en effet, est le plus souvent indifférent et les troubles émotionnels, lorsqu'il en existe, ne sont pas le point de départ, mais la conséquence des autres symptômes délirants.

Enfin, en regard des troubles psychiques, il est bon de signaler encore certains faits qu'on peut observer au point de vue somatique. C'est ainsi qu'on note parfois, au cours de l'affection, différents symptômes d'un état neurasthénique plus ou moins accentué. De plus, certains malades présentent des signes physiques d'involution sénile ; chez d'autres, on constate quelques-uns de ces vices de conformation physique que l'on appelle couramment des stigmates de dégénérescence, en même temps d'ailleurs que les antécédents héréditaires et personnels révèlent la trace d'une tare psychopathique plus ou moins accentuée.

Comment, Messieurs, doit-on faire le diagnostic ?

Un premier diagnostic se pose : celui d'hystérie. Vous savez que les accidents délirants des hystériques peuvent se présenter sous la forme d'attaques transitoires, de délires prolongés dans l'intervalle des attaques, ou enfin d'un état psychopathique durable. Dans les deux premiers cas, le diagnostic est en général possible à cause de l'existence d'autres manifestations hystériques concomitantes. Dans le troisième, le diagnostic est beaucoup plus difficile ; et lors même que le malade aurait eu antérieurement des stigmates hystériques, cela ne suffirait pas pour attribuer à

l'hystérie les manifestations délirantes. Il faut pour cela, ainsi que l'indique M. P. Janet, deux caractères : reconnaître que le délire est la conséquence directe d'un phénomène nettement hystérique ; constater dans le délire même le caractère fondamental de l'état hystérique, le dédoublement de l'esprit, l'alternance des états de conscience, la formation de phénomènes réellement subconscients. Or cette constatation, toujours difficile, l'est plus encore qu'autre part dans la forme particulière qui nous occupe, où il y a également dédoublement de la personnalité. Mais il est à remarquer, ainsi que semblent le prouver les recherches de M. P. Janet, que le dédoublement de la personnalité de l'hystérique est permanent et complet, les deux personnalités sont absolument indépendantes. Chez nos malades, si la désagrégation va bien jusqu'à la formation de personnalités différentes, elles ne sont jamais indépendantes. Ainsi que le fait remarquer le même auteur, le malade sent le développement d'une autre personnalité en lui-même, il parle sans cesse de possession, tandis que l'hystérique la plus dédoublée, la plus possédée en réalité, ignore le plus souvent cette division de son esprit.

Un autre diagnostic à faire sera celui de la mélancolie délirante avec idées de possession. Ici, c'est l'évolution de la maladie, l'absence des phénomènes émotionnels fondamentaux de la mélancolie, les caractères généraux du délire, qui serviront de base au diagnostic différentiel.

La présence chez certains de nos possédés actuels d'idées de négation systématisées est une nouvelle preuve de ce que je vous disais dans une précédente leçon, que ces idées délirantes spéciales peuvent se présenter, même systématisées, en dehors de la mélancolie. Aussi nous faut-il faire le

diagnostic avec le délire des négations mélancolique, qui s'accompagne souvent de symptômes de possession, atténués ou même parfois très accentués. Or, le délire des négations des possédés systématiques diffère complètement du syndrome de Cotard. Bien que l'on puisse retrouver quelques-uns des éléments de ce syndrome, les rapports qu'ils affectent entre eux sont tout différents à cause de l'évolution même de la maladie et du fonds morbide sur lequel ils reposent. Pour la même raison, ainsi que je le faisais remarquer au Congrès de Blois, les caractères cliniques généraux du délire ne sont plus ceux du délire de négation chez les mélancoliques.

Le délire ici n'est plus secondaire à des troubles émotionnels comme chez le mélancolique, mais n'est que l'interprétation de désordres hallucinatoires spéciaux.

L'absence de ces mêmes troubles émotionnels lui enlève également tout caractère de peine, de douleur morale. Au lieu d'être monotone ou pauvrement systématisé, le délire se systématise progressivement ; chaque jour apporte un nouvel argument à l'appui des conceptions pathologiques. Ici non plus, pas d'humilité ; le malade se plaint des tourments qu'il subit, de la désorganisation de son corps, de ses facultés, mais ne se trouve pas pour cela déchu et inférieur aux autres. Qu'on l'exorcise et il redeviendra comme tout le monde. De même, il n'y a plus de passivité ni de résignation, et les différentes réactions que nous avons énumérées tout à l'heure montrent, au contraire, à la place la lutte et la résistance. De divergent ou centrifuge, le délire devient ici convergent ou centripète. Ce n'est plus aux autres que le malade craint de nuire, il ne s'accuse pas lui-même, comme les négateurs de Cotard ; au contraire, il accuse d'autres personnes d'être acharnées contre lui, de

lui faire subir mille tourments, d'avoir désorganisé son corps, ses facultés, de lui avoir tout enlevé. De même, plus de craintes pour l'avenir, plus de délire d'attente ; les plaintes ne portent que sur des faits passés ou des tourments actuels.

Ces différents caractères du délire, diamétralement opposés à ceux des délires mélancoliques, se rapprochent donc au contraire de ceux du délire de persécution de la folie systématique.

Enfin, la notation de l'ensemble symptomatique que nous avons examiné servira à donner à ces cas particuliers la place qui leur convient dans le cadre de la folie systématique, dont ils ne constituent incontestablement qu'une variété.

Mais si, parmi les persécutés systématiques, il en est dont la maladie ne représente qu'un vice de développement intellectuel, qu'une évolution anormale de la personnalité toujours dans le même sens ; et d'autre part, s'il en est aussi chez lesquels le processus morbide se traduit par un dédoublement assez rapide, parfois d'emblée et toujours très accentué de la personnalité, il convient de remarquer qu'il existe des cas intermédiaires.

En partant, par exemple, du type commun du délire des persécutés systématiques, hallucinés sensoriels, et laissant de côté les persécutés raisonnants qui n'ont jamais de dédoublement, nous voyons que, chez ces aliénés, les états de conscience étrangers qui se produisent au cours de l'affection ne s'organisent pas en une personnalité nouvelle, mais ne représentent que de simples phénomènes d'aliénation, d'incoordination partielle, des modifications transitoires de la personnalité.

D'autres malades du même genre, ayant évolué d'abord comme les précédents, arrivent au bout d'un temps plus ou moins long à présenter un véritable dédoublement de la personnalité.

Cette dissociation de la personnalité se trouve en rapport avec un certain nombre de symptômes, qui prennent alors un plus grand développement et peuvent diriger même la scène délirante. Ce sont d'une façon générale les troubles psycho-moteurs : hallucinations motrices, impulsions, aboulie, phénomènes d'arrêt.

Les idées de persécution se modifient d'une façon connexe, et c'est plutôt par des idées de possession que le patient interprète les troubles psychopathiques qu'il accuse.

La maladie se divise alors, au point de vue particulier qui nous occupe, comme en deux périodes, l'une où le sujet présente la symptomatologie du persécuté ordinaire, l'autre où apparaissent les nouveaux symptômes déterminant le dédoublement de la personnalité, et c'est alors que de persécuté il est devenu possédé.

Les rapports réciproques de ces deux périodes peuvent être d'ailleurs de sens inverse.

Tantôt la seconde, celle qui nous occupe particulièrement, n'apparaît que très tard et ses symptômes constitutifs restent peu accentués.

Inversement, il est d'autres cas où son apparition est plus précoce et où les mêmes symptômes prennent un très grand développement, occupent même la première place dans le tableau clinique au détriment de ceux qui ont marqué la première période et qui s'effacent de plus en plus. Il est à remarquer alors qu'au milieu du complexus symptomatique de la première période apparaissent déjà quelques-uns de ces symptômes qui devaient plus tard caractériser la seconde.

Enfin, il est des cas où cette première période, déjà réduite, s'efface presque totalement ; d'emblée l'affection se présente sous l'aspect du complexus symptomatique que nous avons examiné.

Ce sont surtout les faits qui se rattachent à ces deux dernières catégories que j'ai eus en vue au cours de cette conférence. Ce sont ceux-là qui, par leur physionomie clinique, correspondent surtout à l'ancienne possession démoniaque considérée autrefois avec toute la démonomanie comme une variété de la lypémanie religieuse. Nous avons vu comment, au contraire, ils se distinguaient de la mélancolie. Dans un premier travail, il y a quelques années, je faisais déjà remarquer que cette classe de mélancoliques caractérisés par des phénomènes particuliers, les phénomènes de possession, formait un groupe spécial, comme de transition entre les persécutés proprement dits et les véritables mélancoliques. Il importe encore d'être plus précis et, à côté des mélancoliques possédés, de distinguer les possédés systématiques, qui ne sont que des persécutés ou mieux des délirants systématiques d'une espèce spéciale. C'est pour cette raison que, plus récemment, me fondant surtout sur la prédominance dans ces cas des troubles psycho-moteurs, j'avais proposé, par opposition aux persécutés hallucinés sensoriels et aux persécutés raisonnants, de les ranger sous le nom de *variété psycho-motrice* du délire des persécutions systématique.

DIX-NEUVIÈME LEÇON

Les hallucinations et le dédoublement de la personnalité dans la folie systématique.

Les persécutés possédés (SUITE).

SOMMAIRE. — Exemples cliniques :

I. Délire des persécutions systématique, hallucinations sensorielles, troubles de la sensibilité générale, idées de défense, pas de dédoublement de la personnalité.

II. Délire des persécutions systématique, hallucinations sensorielles, troubles de la sensibilité générale. Hallucinations motrices tardives et intermittentes, dédoublement de la personnalité parallèle et intermittent.

III. Cas mixte. Folie systématique : première période avec hallucinations sensorielles, idées de persécution ordinaires ; — seconde période avec troubles psycho-moteurs, dédoublement de la personnalité, idées de possession et d'envoûtement.

IV. Folie systématique : apparition, dès le début, des troubles psycho-moteurs, dédoublement de la personnalité, idées de possession, hallucinations visuelles, motrices; impulsions, parole involontaire et inconsciente.

V. Folie systématique : troubles psycho-moteurs précoces, dédoublement de la personnalité, idées de possession théomaniaque, idées de grandeur et de persécution.

VI. Folie systématique ; troubles psycho-moteurs précoces, dédoublement de la personnalité, idées de possession, idées de négation.

MESSIEURS,

Dans notre dernière réunion, je vous ai entretenus des hallucinations et du dédoublement de la personnalité dans la folie systématique. Je me suis attaché à vous exposer les différences symptomatiques existant à ce point de vue chez certains aliénés de ce groupe pathologique; et c'est ainsi

qu'en regard du délire des persécutions systématique ordinaire avec hallucinations sensorielles, j'ai distingué la variété psycho-motrice avec idées de possession, vous faisant remarquer d'autre part qu'entre les deux il existait des cas intermédiaires.

Il me reste maintenant à vous montrer en quoi l'observation clinique, l'analyse psychologique des malades peut justifier ces aperçus. C'est ce que je vais essayer de faire en vous présentant une série de cas gradués en quelque sorte; tout en vous montrant les différences qui existent entre la variété sensorielle avec délire des persécutions et la variété motrice avec délire de possession, ils vous indiqueront par quelles transitions successives on passe insensiblement de l'une à l'autre.

I. — La première malade est un cas de délire des persécutions systématique ordinaire, avec hallucinations sensorielles et troubles très accentués de la sensibilité générale. Si je l'ai choisie entre bien d'autres, c'est que, malgré ces troubles de la sensibilité, elle ne présente pas de véritable dédoublement de la personnalité; en même temps la formule même de ses idées de persécution la rapproche de la démonopathie externe dont vous pourrez ainsi mieux saisir la différence avec les idées de possession, de démonopathie interne des autres malades.

Outre les faits qui ont trait directement à notre sujet et sur lesquels je reviendrai à mesure que nous les constaterons, je vous signale de suite le langage particulier de cette malade, émaillé de nombreux néologismes, et la présence à un haut degré, à côté des idées de persécution, de ces idées spéciales de défense dont j'ai eu déjà l'occasion de vous parler.

Mme H..., femme S..., est entrée à la Salpêtrière, le 5 juillet 1877, à l'âge de trente-sept ans.

Cette malade n'étant jamais visitée, nous n'avons pu recueillir aucune donnée sur ses antécédents héréditaires ou personnels.

Interrogée elle-même à ce point de vue, elle ne fournit pas de renseignements dignes d'être rapportés.

Elle se plaint aujourd'hui de toutes sortes de persécutions qu'on lui fait endurer et qui remonteraient, suivant elle, à l'année 1875.

Il y avait des gens qui faisaient des entrées *nuitales* dans sa maison. Ils se livraient sur elle à toutes sortes de sévices : elle trouvait sur son corps des marques de coups noirs et ronds, comme faits par une canne ou une corde à nœuds. C'est ainsi qu'elle s'est aperçue qu'on devait pénétrer chez elle ; car elle ne voyait personne, « les gens étant des invisibles, et il n'y a que les morts qui puissent voir les invisibles ».

Mais si elle ne voyait personne, elle n'a pas tardé à entendre. Il venait de la cheminée des voix qui lui disaient des insultes, des sottises, des menaces, « qu'elle n'était pas aussi sage qu'elle en avait l'air, qu'on la chasserait de chez elle pour mettre d'autres personnes à sa place », etc. C'étaient sans doute, dit-elle, des vagabonds.

Ils envoyaient aussi des animaux, des crocodiles, des rhinocéros, des singes qui la dépeignaient, la mordillaient au visage. Elle prétend non seulement les avoir sentis, mais les avoir vus à plusieurs reprises.

En même temps des gens venaient la violer la nuit.

Parallèlement à ces idées de persécution, la malade présentait déjà des idées de défense reliées à des hallucinations de l'ouïe. C'est ainsi qu'à côté de ces individus qui lui

disaient des injures, elle entendait de même, et par les deux oreilles, causer le maréchal de Mac-Mahon et ses aides de camp qui veillaient sur elle et couchaient dans son salon. Il y avait également les *amoureux bienveillants* dont la voix venait de la muraille dans ses deux oreilles et qui lui demandaient avec intérêt ce qu'elle devenait, comment elle avait passé la nuit. Malgré tout, les autres continuaient à la tourmenter, et sous le coup des persécutions qu'elle endurait, elle a d'abord acheté un revolver qu'elle portait toujours avec elle. Mais, ajoute-t-elle, c'était seulement pour faire peur, comment atteindre des invisibles? Puis elle a porté plainte chez le commissaire de police. Après une courte période de repos, les misères ont recommencé de plus belle, elle a fui à Paris où elle fut arrêtée, à ce qu'elle dit, pour port d'arme prohibée, et c'est alors que le commissaire de police l'a envoyée à la Salpêtrière *en préservation*.

Mais cela n'a pas empêché les persécutions de continuer, plus acharnées même que jamais. Les hallucinations de l'ouïe ont diminué de fréquence. La malade prétend n'entendre plus qu'à de rares intervalles des menaces, et des voix lui disant qu'il faut qu'elle sorte d'ici pour se refaire, au dehors, le tempérament ébranlé par toutes ces misères.

Plus d'hallucinations de la vue. « Ils sont invisibles et impalpables, dit-elle, et moi vivante, n'ayant pas la double vue, je ne puis voir par conséquent les invisibles. »

De même pas d'hallucinations évidentes du goût, de l'odorat ; pas d'hallucinations motrices.

Ce qui prédomine aujourd'hui, ce sont les hallucinations génitales et surtout les troubles de la sensibilité générale et viscérale.

La malade se plaint d'être torturée incessamment et de

toutes manières, plus affreuses les unes que les autres, par les mortes-vivantes, les vampires, les goules, les gnomes, les farfadets invisibles et impalpables.

Elle consigne par écrit, jour par jour, la liste des supplices qu'ils lui font subir, décrivant l'horreur de ses souffrances, indiquant le nom de ses tourmenteurs, tout cela à l'aide d'expressions très imagées, de ces néologismes actifs que nous avons étudiés dans les conférences des années précédentes (1).

C'est ainsi qu'il y a « des assassins disjointeurs de tempes, des écarteleurs de tête, des pilleurs d'os, d'autres qui coupent, arrachent, scalpent, rapsent des morceaux d'os ou de chair, la carcanteuse de monde, la micheuse en gorge qui miche avec les dents des morceaux de chair, la démufleuse et la dédoubleuse de face, le Chinois escalopeur et la tranchiéreuse de chair, le sécheur de monde qui fait des saignées et goule le sang, le forçat brun épine dorsalier qui extrait des lames de l'épine dorsale, Giblas Giblotte, dangereuse farfadette, un peu vampire et résillieuse en dessous de face, l'écharpoirier doré, les assassins dépucelants et châtreurs en coucouze (parties génitales), l'arracheur de poitrine, etc. »

Tous ces tourmenteurs s'adressent aux différentes parties du corps, et la malade non seulement décrit le supplice qu'ils lui ont fait endurer, mais encore tient à l'occasion une sorte de compte des parties du corps qu'ils lui enlèvent, morceaux d'os ou de chair, quantité de sang, etc.

Exemple :

« Aujourd'hui, elle (la micheuse) a, avec dix-neuf personnes pareilles à elle, invisibles, miché 800 morceaux

(1) J. Séglas, *les Troubles du langage chez les aliénés*, p. 51 et suiv.

avec les dents pendant la misérable nuit que j'ai passée ici du lundi au mardi, son état mordeur devient très alarmant...

« Elles viennent de m'impressionner dix-huit heures.

« Il faut avant tout marquer et faire savoir les audacieuses férocités du chien sale : 300 morceaux de ma personne, vraiment bien à plaindre, y ont passé. Il a scalpé, coupé, rapsé, tout cela en dix-huit heures de temps...

« Les cochons châtreurs s'en sont fait pour 200 morceaux...

« La massacreuse d'épaules, depuis trois mois de continuité, a à payer 480 morceaux en os, qu'elle a arrachés cette nuit.

« Puis il faut noter le spiralleur, très coupable cette nuit vis-à-vis de mon nez ; il en a arraché, au spirallage, 99 morceaux, etc. »

Quant aux raisons de ces persécutions, la malade ne se les explique guère. « Pourquoi la faire souffrir, elle qui n'a pas seulement tué une puce depuis qu'elle est ici, ni ailleurs? Elle est utile et non nuisible; elle est parquée ici comme une huître avec de misérables infernalités, malgré qu'elle ait autant d'intelligence qu'une autre personne. Peut-on garder dix ans dans un endroit comme celui-là un ange de pureté et d'innocence, comme elle a été pendant sa courte existence sur la terre libre? Elle a toujours été une personne bien respectable et qui ne méritait pas pareils supplices. »

Bien qu'assez satisfaite d'elle-même, elle n'exprime pas d'idées de grandeur. Elle se prétend instruite, noble, propriétaire, d'une bonne famille, mais tout cela n'est que l'expression de la vérité.

Elle ne présente d'ailleurs aucun signe de démence.

Elle est calme, assez douce, se bornant à consigner ses

tortures afin de constituer un dossier pour obtenir de pouvoir sortir d'un pareil *assassinoir*. Quel est le Dieu qui la favorisera de la sortie véritable? Elle espère encore en sa toute-puissance et en son immuable bonté!

Je laisse de côté, Messieurs, les hallucinations; vous avez vu qu'elles avaient toutes le caractère sensoriel. Dans le tableau symptomatique de ce délire, ce sont les troubles de la sensibilité générale qui occupent la première place. Ils semblent avoir existé presque dès le début; en tout cas, depuis sept ans que je connais la malade, je les ai toujours vus aussi fréquents et aussi accentués qu'aujourd'hui.

Or, il semble que, par le fait même de leur répétition, de leur intensité, ils eussent dû entraîner des modifications profondes dans le complexus cénesthétique habituel et servir ainsi de base à la constitution d'une personnalité nouvelle.

En réalité, la personnalité physique de la malade s'est modifiée; elle se trouve moins vigoureuse, affaiblie, anémique, mais c'est tout. Ces nouveaux états cénesthétiques ne se sont pas organisés entre eux pour donner naissance à une personnalité nouvelle coexistant à côté de l'ancienne, pas plus qu'ils n'ont entraîné à leur suite aucune modification dans les autres éléments constituants de la personnalité première. Si bien qu'il n'y a pas de dédoublement proprement dit.

La malade, bien qu'affaiblie par suite des tortures qu'elle endure, reste toujours elle-même, sent, pense, parle et agit toujours comme une seule personne.

C'est là le fait ordinaire chez les persécutés sensoriels et dont l'explication, ainsi que je vous le disais, est des plus difficiles. Chez eux, les troubles cénesthétiques ne s'organisent pas, revêtent en quelque sorte un caractère d'intermit-

tence, et les organes attaqués résistent toujours sans subir des modifications profondes. Ils semblent renaître au fur et à mesure des attaques.

Si cela se fait quelquefois naturellement, comme à l'insu du malade, d'autres fois il en donne une sorte d'explication par de nouvelles idées délirantes, les idées de défense qui montrent bien le caractère intermittent des troubles cénesthétiques, leur peu d'organisation et de stabilité, cette résistance des organes, réparés au fur et à mesure qu'ils sont attaqués, et, par suite, le retour presque incessant à l'état cénesthétique antérieur ; d'où la persistance de la personnalité première qui ne subit que des atteintes transitoires.

Ce fait est des plus nets chez notre malade actuelle.

Vous avez vu que, dès le début, elle avait des idées de défense reliées à des hallucinations consolantes de l'ouïe s'opposant aux hallucinations pénibles.

De même, maintenant, elle a des idées de défense reliées à des modifications de la sensibilité générale en sens inverse de celles qui résultent des persécutions de ses tourmenteurs.

« Ceux-ci doivent avoir la dextérité de Satan ou d'un prestidigitateur pour défaire l'ouvrage de la nature et l'ouvrage des dames et des messieurs réparateurs. » Entre les uns et les autres, c'est une lutte de tous les jours. Le « raccommodeur retempier », grâce à son habileté, répare les dommages causés par les « disjointeurs de tempes ». D'autres, à l'aide d'un *lance-buée*, lui font des inoculations fortifiantes de vin et de bouillon pour réparer les pertes de sang dues aux saigneurs et aux sécheurs de monde. Quoique reconstituantes, ces inoculations ne sont pas suffisantes, et il lui en faudrait un demi-litre par minute pour la remettre

tout à fait sur pied. En revanche, « l'ossiérage » continue et on lui enlève des os chaque fois que les « raccommodeurs, et les raccommodeuses surtout, dames pleines de charité, d'abnégation et de dévouement à l'humanité, chaque fois que ces belles bienfaitrices lui remettent un os ». Si bien que les tourmenteurs ne sont plus que des *décapuchonneurs de réparations*.

Défenseurs et tourmenteurs sont toujours placés par la malade hors d'elle-même, dans le monde extérieur. Ce fait, ainsi que la formule de ses idées de persécution rapportées à des gnomes, des farfadets, des vampires, donne assez exactement à son délire l'aspect de ce qu'on appelait la *démonopathie externe*.

Cette restauration incessante de son organisme, que mettent en relief les idées de défense, nous montre clairement que les atteintes à la base physique de la personnalité ne sont que transitoires et, malgré leur répétition incessante, ne s'organisent pas pour servir de point de départ au schéma d'une nouvelle personnalité coexistant à côté de l'ancienne.

Bien que les idées antagonistes d'attaque et de défense représentent la lutte de deux synthèses mentales alternant dans la conscience, dans un moment comme dans l'autre, les états cénesthétiques auxquels elles se rattachent sont toujours interprétés par la malade comme faisant partie intégrante de son moi. Elle reconnaît toujours être elle-même, tantôt plus ou moins forte ; en résumé, seulement fatiguée, comme une anémique. Elle est tout au plus dans la situation d'un simple valétudinaire dont la constitution physique, accessible aux remèdes, offrant des hauts et des bas, peut arriver à s'affaiblir, mais sans donner pour cela naissance à un schéma d'une personnalité nou-

velle, se développant et s'organisant côte à côte avec celui de l'ancienne, en un mot à un véritable dédoublement.

II. — Voici maintenant, Messieurs, une autre malade appartenant au même type que la précédente. C'est une persécutée systématique avec hallucinations sensorielles, troubles de la sensibilité générale. Mais de plus, au bout d'un assez long temps de maladie, sont apparues chez elle des hallucinations motrices, et, manifestement en rapport avec elles, un dédoublement réel de la personnalité. Ce n'est plus simplement, comme dans l'exemple précédent, deux synthèses mentales en présence, que le sujet continue à objectiver dans le monde extérieur, assistant ainsi, identique à lui-même, à la lutte de ses persécuteurs et de ses défenseurs. Ici la malade est en quelque sorte envahie, à de certains moments, par ses ennemis, et alors elle est, suivant sa propre expression, comme si elle était double. Elle constate ainsi que certains éléments de son moi lui deviennent étrangers, se détachent du schéma de sa personnalité pour prendre une existence indépendante.

D'ailleurs, ces premiers symptômes de dédoublement restent chez elle partiels, intermittents, absolument comme les hallucinations motrices, auxquelles ils se trouvent intimement reliés.

Mme R..., née en 1831, est entrée à la Salpêtrière le 24 novembre 1881.

Cette dame, âgée aujourd'hui de soixante-trois ans, perdit toute jeune ses parents; elle fut placée aux enfants trouvés et adoptée ensuite par une vieille demoiselle, qui est morte aujourd'hui. Il nous est donc impossible d'avoir des renseignements précis sur ses antécédents. Nous savons

seulement qu'elle avait deux frères qui, tous les deux, buvaient, et l'un, même, a eu « la tête exaltée » par la boisson.

Pour elle, dès son enfance, elle fut toujours d'un caractère sombre, aimant la solitude, ne se liant pas volontiers, toujours un peu envieuse. Elle a été réglée à onze ans et demi ; la ménopause a eu lieu à cinquante ans. Pas d'accidents nerveux caractérisés ; migraines fréquentes, surtout au moment des règles.

Il est très difficile, impossible même, de fixer exactement l'époque de l'apparition du délire, qui s'est développé insidieusement dans le sens des tendances antérieures. D'autre part, il présente un caractère rétrospectif des plus accentués, et la malade englobe aujourd'hui, dans son système délirant, toute son existence passée, et même celle de ses parents.

Néanmoins, on peut, approximativement, considérer que le début des accidents vésaniques proprement dits remonterait aux environs de l'année 1865, la malade ayant alors trente-quatre ans. Depuis cette époque, ils n'ont fait que se développer sans interruption, se systématisant progressivement.

Au début, vers 1865, il paraît n'y avoir eu que des interprétations délirantes. Mme R... trouvait qu'on s'occupait d'elle au lavoir, ne savait pas ce qu'on lui voulait ; en rentrant chez elle, elle prétendait que tout était bouleversé, qu'on venait en son absence coucher dans son lit, lui voler ses vivres, mettre des hannetons dans sa chambre, faire entrer des chats chez elle. En 1869, quelques jours après l'affaire Troppman, elle entendit une nuit des cris partant de l'appartement situé au-dessus d'elle. Son mari lui disait que c'était sans doute une querelle d'intérieur, mais elle fut convaincue que ses voisins avaient été assassinés, d'autant

plus que la concierge, à qui elle en a parlé, a eu l'air de ne pas comprendre. Quelques jours après, elle entendait tout le temps du vacarme, des bruits, des sifflets, des ronflements de chaudières, des craquements dans les meubles, les serrures ; elle vit et sentit de la fumée dans son appartement. Elle s'imaginait qu'on s'acharnait contre elle, sans savoir qui ni pourquoi, qu'on voulait la voler ou l'assassiner.

Un peu plus tard, elle entendit distinctement des voix injurieuses et menaçantes : « Sale vache, putain, ton fils, nous le roulerons dans la boue ; on te crèvera la panse avec un couteau. » Ces voix venaient de terre, des murs, de la cheminée, etc. C'étaient des voix d'hommes, de femmes, d'enfants, très distinctes, et qu'elle entendait dans les deux oreilles. Ils étaient invisibles, dit-elle. En même temps, les interprétations délirantes continuaient ; on faisait dans la rue des gestes à son intention ; elle croyait reconnaître, sur le dos des gens qui passaient, des vêtements de son mari et de son fils ; ils l'avaient donc volée.

Puis apparurent des hallucinations des autres sens, des troubles de la sensibilité générale.

Elle voulait sans cesse déménager, mais sa fille l'en empêchait, et d'ailleurs, ils l'avaient avertie que c'était inutile, qu'ils la suivraient partout. Elle a réclamé au commissaire de police, mais sans succès, « sans doute parce qu'il était lui-même de la bande ». C'est alors qu'elle fut internée.

Tels sont, Messieurs, dans l'évolution de la maladie, les points capitaux qu'il nous est possible de reconstituer à peu près exactement.

Mais si les autres détails de cette évolution ne peuvent être classés nettement dans leur ordre d'apparition succes-

sif, il n'en est pas moins vrai que, dans son ensemble, le développement de l'affection fut toujours progressif sans aucune interruption.

Aujourd'hui, cette dame se présente à nous avec un délire des persécutions aussi caractérisé que possible. Elle est poursuivie par une bande noire, vivant dans des souterrains, et qu'elle appelle les inquisiteurs ou la bande des Vampas. Le chef de cette bande est sans doute un individu qui vendait du pain d'épices à Belleville. Ce sont tous des repris de justice, des échappés du bagne, bien qu'ils se disent des justiciers, des misérables qui en veulent non seulement à elle, mais à tous les honnêtes gens. Ils ont des affiliés partout. Ils l'ont volée ; ils veulent l'assassiner, la faire mourir à petit feu. Ils ont assassiné ainsi nombre d'individus qu'elle connaît. Bien des personnes qu'elle a vues mourir ne sont pas mortes, comme on le croit, de leur mort naturelle, mais ont succombé sous les machinations de ces gredins. Le même sort lui est réservé à elle et à toutes les personnes qui s'intéressent à elle.

Avant d'en arriver là, on l'a volée, et le but même de ces persécutions était de lui soustraire des valeurs au porteur qu'elle possédait, environ 10 000 francs, dit-elle, et aussi de l'empêcher d'entrer en possession d'un don consistant en une petite somme d'argent, quelques milliers de francs, que lui aurait fait une personne qui l'avait adoptée à neuf ans et demi, et de recueillir l'héritage de cette personne, qui l'avait instituée sa légataire.

Qu'y a-t-il d'exact dans ce fait ? Nous n'avons pu le savoir au juste. Il paraît vrai qu'une personne l'ait adoptée et lui ait fait don d'une certaine somme d'argent. Mais le reste nous est inconnu. Il paraîtrait qu'autrefois elle n'aurait jamais parlé de ses valeurs au porteur, et la fille de la ma-

lade n'a jamais entendu dire qu'il en fût question. Il est à remarquer toutefois que Mme R... est très modeste dans ses prétentions et ne formule pas d'idées ayant l'aspect des idées de grandeur, fréquentes chez les persécutés.

Un des côtés les plus curieux de ce délire, assez banal en somme en lui-même, c'est son caractère rétrospectif et métabolique, qui est aussi accentué que possible. Non seulement la malade transforme tous les faits actuels pour les mettre en accord avec son délire, mais elle agit de même pour tous les faits passés, qui acquièrent maintenant, pour elle, une signification nouvelle et sont interprétés dans le sens de ses convictions délirantes. C'est ainsi, par exemple, que les faits qu'elle lit dans les journaux, les événements qui se passent autour d'elle, tels par exemple que la mort ou la maladie de certaines malades ou employées, sont interprétés par elle dans le sens de son délire, sont considérés comme des preuves de l'existence et des méfaits des Vampas. Et, d'un autre côté, lorsqu'elle repasse tous les événements de son existence, elle arrive à leur donner une importance nouvelle qu'elle n'avait pas soupçonnée alors qu'ils s'étaient produits, mais qu'elle découvre, aujourd'hui qu'elle sait à quoi s'en tenir sur les agissements de ses ennemis. Elle est convaincue ainsi que certaines personnes, qu'elle a connues étant jeune, sont mortes par le fait des Vampas, qui ont également assassiné tous les membres de sa famille. Le délire rétrospectif est même poussé plus loin : elle raconte que sa mère, qu'elle a à peine connue, puisqu'elle l'a perdue tout enfant, est morte empoisonnée par ces brigands, qui lui mettaient du phosphore dans ses aliments. Elle ne s'arrête pas là et remonte jusqu'à ses grands parents, qu'elle suppose avoir été en butte aux mêmes poursuites.

Ce caractère rétrospectif et métabolique du délire, par son développement excessif, devient dès lors une cause de confusion lorsqu'on veut déterminer et l'anamnèse, et l'évolution de la maladie, d'après l'interrogatoire de la malade elle-même.

Les idées délirantes sont très systématisées, presque stéréotypées, et Mme R... a en elles une conviction absolue, résistant à tout argument. Comme tous les aliénés de ce genre, elle n'a jamais cherché à les contrôler ; bien loin de là, elle trouvait, dans tous les faits les plus insignifiants, les preuves les plus convaincantes. C'est ainsi, par exemple, qu'une gravure d'un journal illustré est pour elle une preuve indéniable de l'existence des Vampas et de leur vie souterraine.

A côté de ce délire existent des illusions et hallucinations multiples que nous allons examiner maintenant.

Vous avez déjà pu voir, Messieurs, d'après l'histoire de la malade, qu'elle a eu des hallucinations de l'ouïe. Je ne fais que le rappeler maintenant, me réservant d'y revenir tout à l'heure plus en détail.

Aujourd'hui, on peut dire qu'elle est hallucinée de tous les sens.

C'est ainsi que ses ennemis lui envoient des odeurs épouvantables de cuisine gâtée, de choux pourris, de tomates falsifiées, de latrines, de soufre, etc.

De même, les aliments lui semblent avoir souvent toutes sortes de goûts nauséabonds, de viande gâtée, de soufre, de vitriol. Ces différentes hallucinations se trouvent associées à des idées d'empoisonnement fréquemment exprimées.

Du côté de la vue, notons d'abord l'existence de quelques

illusions, comme lorsque Mme R... croyait reconnaître, sur le dos de certaines personnes, des vêtements qui lui auraient été volés, ou bien lorsqu'elle s'imagine trouver dans des particules flottant dans son bouillon des fragments de verre pilé. Mais elle a eu aussi des hallucinations visuelles se présentant avec les caractères que nous leur avons reconnus chez les persécutés de cette catégorie.

C'est ainsi, par exemple, qu'elle a vu des éclairs violacés produits par le vitriol, que ses ennemis lançaient par les trous des murs ; elle a *cru* voir aussi comme des quilles de plomb suspendues par des fils au-dessus de sa tête, sans doute des piles électriques ; elle voyait aussi des bulles qui passaient à travers les murs et venaient tomber dans ses aliments. Ils lui montraient encore comme des choses blanches, des papiers, sur lesquels elle ne distinguait rien. Une autre fois, étant à l'église, ils se sont montrés à elle dans un souterrain, sur un chemin de fer qui lançait du feu. Il est à remarquer que ces hallucinations de la vue sont rares, en général élémentaires. De plus, la malade affirme bien avoir vu, mais n'est pas certaine que ce qu'elle a vu existât réellement au moment même où elle l'a vu. C'était probablement, dit-elle, comme de la « lanterne magique ».

Du côté du toucher et, d'une façon plus générale, de la sensibilité générale, on rencontre des symptômes de même ordre.

C'est ainsi qu'elle ressent sur le corps des sensations de vent, de chaleur, de piqûres, etc. Une fois même, elle a eu une hallucination du toucher assez curieuse. Je ne ferai que la mentionner, car son interprétation nous entraînerait dans des considérations psychologiques tout à fait en dehors de notre sujet. Elle a donc senti, une fois, les gens de la bande noire lui écrire sur le bras droit les mots *commis-*

saire général. Elle avait la sensation très nette du crayon qui passait sur la peau depuis le haut du bras jusqu'à la main, et c'est aux mouvements de ce crayon qu'elle comprenait le sens des signes tracés. Elle affirme n'avoir en même temps ni rien vu, ni rien entendu, pas même intérieurement, et n'avoir rien senti autre part que sur la peau de son bras.

Les troubles de la sensibilité générale, envisagés dans leur ensemble, consistent en sensations douloureuses de toute espèce dans les différentes parties du corps, surtout les membres et la tête. On lui envoie, par la physique, des décharges électriques; on la *pompe* partout, tantôt à une place, tantôt à une autre, à la tête, aux parties génitales...

Elle a aussi, très fréquemment, des hallucinations génitales. La nuit, elle se sent bousculée et empoignée par des individus, comme des ombres, qui la violent. L'acte génital est absolument semblable à celui qu'elle accomplissait avec son mari ; mais elle en est révoltée.

En la faisant ainsi souffrir, ils veulent arriver à l'épuiser. Aussi est-elle très fatiguée, a-t-elle souvent très mal à la tête. Elle ne s'explique pas comment elle peut résister à toutes ces tortures.

Enfin viennent des hallucinations auditives, qui, de tout temps, ont occupé le premier plan. Partout où elle a été, en quelque endroit qu'elle se soit trouvée, elle a toujours été poursuivie par des voix injurieuses et menaçantes. Aujourd'hui encore ces voix sont presque continuelles. Elles sont d'ailleurs faciles à distinguer des interprétations délirantes simples ou des illusions de l'ouïe. Ces voix se font entendre à tout moment, alors même que cette dame est seule; elles semblent venir d'à côté d'elle, et, plus souvent, de dessous terre. Elles sont très nombreuses ; ce sont

des voix d'hommes, de femmes, d'enfants, et il en est parmi elles dont l'intonation lui est familière et qu'elle peut reconnaître. Elle les perçoit par les deux oreilles, absolument comme si quelqu'un parlait réellement à côté d'elle. Jamais elle n'entend que des paroles désagréables. « Vache, putain, on te crèvera avec un couteau, tu ne nous échapperas pas, nous allons t'en foutre encore par la gueule, etc. » Ces menaces ne s'adressent pas seulement à elle; mais les voix lui font part également de leurs projets sur d'autres personnes. Elles répètent aussi tout ce qu'elle pense, annonçant ce qu'elle veut faire avant qu'elle ne l'ait commencé. Elle n'a pas même le temps de penser qu'elle les entend dire ce qu'elle a dans l'idée (écho de la pensée).

Elle n'a jamais pu voir ses interlocuteurs : « Ils sont invisibles, » dit-elle.

Messieurs, ces voix ne sont pas les seules que perçoive notre malade ; elle a aussi des « voix intérieures », comme elle le dit elle-même. Ces dernières viennent directement de la bouche et lui font remuer la langue comme si elle parlait. « Je suis là, disent-elles, je suis dans toi, dans ta gueule. » « Je ne le crois pas, ajoute-t-elle; mais on dirait vraiment *qu'ils sont en moi*. » Elles sont injurieuses, comme les voix extérieures. Lorsqu'elle lit, *ils* lisent avec elle dans sa bouche; absolument, dit-elle, *comme si j'étais double ;* mais ils lisent bien comme moi et ne me contredisent pas. Ces voix intérieures ne sont pas du tout entendues dans les oreilles comme les voix extérieures ; souvent les unes et les autres parlent en même temps, disant des choses différentes, ou alternent comme dans une conversation. Il est à noter enfin que si les voix extérieures auditives sont presque incessantes, les autres, intérieures, motrices, sont intermittentes.

Il est à remarquer aussi qu'elles sont de date beaucoup plus récente. A ce sujet encore la malade fait aujourd'hui du délire rétrospectif; elle prétend qu'elle a des voix intérieures depuis très longtemps et il ne faudrait pas la pousser beaucoup pour qu'elle dise même en avoir toujours eu. Dans d'autres moments, alors qu'elle n'entre plus dans ses considérations rétrospectives, elle dit plus exactement qu'elles sont venues après les extérieures, mais qu'elle en a cependant depuis très longtemps. En réalité, elle n'en présente guère que depuis l'année 1892. Lorsque j'ai fait, en effet, mes premières recherches, en 1888, sur les hallucinations motrices, cette malade a été interrogée à ce point de vue, comme toutes les persécutées du service, et, à cette époque, elle n'avait pas de voix intérieures. Elle disait très nettement entendre ses voix par les oreilles et non par l'estomac, en dedans d'elle, ainsi qu'elle l'entendait dire à plusieurs de ses compagnes. Comme elle a toujours été très confiante et prolixe même dans ses conversations, il ne me paraît pas possible d'admettre qu'elle ait dissimulé sur ce point. Depuis cette époque, je l'ai de nouveau interrogée à cet égard à différents intervalles, et c'est seulement en 1892 qu'elle m'a avoué d'elle-même avoir des voix intérieures et comprendre ce que voulaient dire par là les autres malades, « et même Victor Hugo dans ses poésies sur les *Voix intérieures* ». Si donc l'on se reporte, chez elle, au développement des hallucinations auditives et verbales, vous retrouverez la succession que je vous ai indiquée : d'abord des hallucinations auditives élémentaires, communes, puis des hallucinations verbales auditives, et enfin des hallucinations verbales motrices.

Les différentes hallucinations se manifestent souvent à l'état d'association ou de combinaison. Ainsi, les gens de

la bande lui disent qu'ils vont l'électriser ; elle sent alors des douleurs dans la tête et elle entend un bruit comme du lait qui se sauve. En même temps qu'on la pompe aux parties génitales, elle entend le bruit de la pompe qui marche.

Voilà donc, Messieurs, une persécutée chez laquelle prédominent incontestablement des hallucinations du type sensoriel, dont nous avons étudié le peu d'influence sur la constitution de la personnalité. Elle a également des troubles de la sensibilité générale très accusés et de longue date. Il ne semble pas, cependant, que de leur fait, la base physique de la personnalité soit bien altérée. Elle se sent fatiguée, anéantie, elle souffre, mais résiste. Si la personnalité physique ancienne a pu se modifier, il ne s'est pas formé, de par le fait des troubles cénesthétiques, une base solide pour la constitution, à côté d'elle, d'une nouvelle personnalité. Au point de vue physique, la malade peut être modifiée, autre, mais elle n'est pas double.

Avec les hallucinations motrices se manifeste un dédoublement de la personnalité véritable. Cependant il est à remarquer que ce dédoublement ne s'organise pas, au moins jusqu'ici, d'une façon définitive. Relié à la présence des hallucinations motrices, ne se manifestant qu'avec elles, il est ainsi partiel, et, comme elles, intermittent ; la malade ne se croit double qu'autant de fois qu'elles se produisent et à ce seul moment. « Quand ils ont fini de parler en moi, dit-elle, ils s'en vont et c'est fini pour un temps, jusqu'à ce que d'autres les remplacent. » Il est à noter d'ailleurs que les hallucinations motrices, intermittentes, ne sont ici qu'un phénomène surajouté et dont la présence n'a nullement fait taire les autres de caractère

tout différent, vis-à-vis desquels elles restent même au second plan. Le dédoublement n'est donc ici qu'intermittent, sans organisation stable et définitive. Malgré les atteintes partielles portées à sa personnalité, Mme R... reste toujours, au fond, elle-même ; elle lutte, résiste, rend à ses adversaires injures pour injures. « J'aimerais mieux, dit-elle, me mettre la tête sur le billot que de céder. » Aussi, malgré leurs menaces, leurs attaques incessantes, entend-elle ses ennemis eux-mêmes se dire, comme découragés : « Quelle tête ! Elle a une tête de fer ! Elle ne cédera donc pas. » Cette hallucination, répercussion objective de la pensée même de la malade, nous semble bien prouver qu'il ne s'est pas organisé dans sa conscience un schéma d'une personnalité nouvelle, se développant côte à côte et au détriment de l'ancienne.

III. — Nous allons voir, Messieurs, les choses se caractériser chez une autre malade réalisant en quelque sorte un cas mixte.

Après une première période n'offrant guère de symptômes différents de ceux des délires de persécution systématiques habituels, la scène délirante change d'aspect par suite de la prédominance excessive des troubles psychomoteurs, avec les altérations de la personnalité qui en résultent, traduites au dehors par des idées de possession.

Un autre aliéné du même type, et dont j'ai autrefois publié l'observation, résumait fort bien lui-même cette évolution psychologique en disant « que ce fut d'abord une *obsession* qui est devenue une *possession* de l'individu hanté par les esprits ».

Mais revenons à notre malade. J'ai rapporté, l'an dernier, son histoire au Congrès de la Rochelle, avec M. G. Brouar-

del (*Archives de neurologie*, n° 82). Vous allez retrouver aujourd'hui très aisément, dans son interrogatoire, tous les détails que nous avions signalés ; car elle les expose d'habitude de la façon la plus nette et la plus précise.

Mme P..., née L..., âgée de trente-six ans, entrée le 10 juillet 1893 à la Salpêtrière, ne présente rien de particulier, au moins d'après ce qu'elle raconte, dans ses antécédents héréditaires ou personnels.

Le début des accidents actuels remonte à sept ans environ. Cette femme, qui travaillait à la manufacture des tabacs, va, un dimanche au matin, chercher du café chez un épicier qui auparavant faisait déjà, dit-elle, le geste de l'appeler. Il l'aurait alors tirée par une porte ; elle lui aurait répondu par un coup de coude et serait partie, l'entendant dire : « Tu te rappelleras avoir refusé, tu mourras à petit feu. » Elle rentre ensuite chez elle très impressionnée, porte la main à sa tête pour se peigner et se sent alors comme électrisée. Elle fait son café, qui lui laisse dans la bouche un goût de soufre, comme s'il était empoisonné ; elle ressent une soif inextinguible.

En même temps, elle a commencé à entendre parler de loin, sous le lit, dans la cheminée. Elle distinguait deux voix, une d'homme, une de femme. Ces voix parlaient haut et cela « lui passait à l'oreille ». Elles lui disaient des gros mots, des injures, des méchancetés pour la faire rougir devant le monde.

Elle a eu aussi des hallucinations de la vue ; elle voyait des flammes de feu et mettait le pied dessus pour s'assurer si c'était vrai. On lui a fait voir un homme nu avec une chandelle à la main, qui lui disait : « Tu as vu le devin, tu n'as pas fini. » Elle s'enfuit, revient et le voit de nouveau.

En se peignant, elle se voyait à elle-même des yeux gros comme le poing et rouges comme du sang. Elle voyait souvent aussi plusieurs personnes au lieu d'une, des bêtes dans son assiette, et, tout en se rendant compte que cela n'était pas vrai, « qu'ils lui faisaient voir dans les yeux », elle ne pouvait arriver à manger.

D'autre part, lorsqu'elle mangeait, elle ressentait de mauvais goûts dans la bouche, et on lui disait : « Mange du caca, charogne ! »

Au début, elle ne comprenait rien à tout cela ; ce sont les voix qui lui ont donné la raison de ces misères, en lui disant : « Tu as refusé, tu t'en repentiras. »

Dès ce moment, elle a présenté quelques-uns des symptômes qui se sont développés plus tard. On l'anéantissait; on lui arrêtait ses pensées et on lui coupait ses phrases. On l'empêchait de faire certains actes, mais elle s'entêtait et arrivait encore à se dominer.

Elle regardait les hommes sans pouvoir s'en empêcher, et une voix les lui proposait, lui fixant même un lieu de rendez-vous. Mais elle se serait tuée plutôt que d'y aller, craignant d'être anéantie et de ne pouvoir en sortir. Elle avait aussi des hallucinations génitales et ressentait fréquemment des secousses électriques.

La nuit, elle ne dormait pas, son lit la brûlait, tournait, dansait ; elle entendait toute sorte de bruits ; elle ressentait des tremblements, ses mains se contractaient ; on lui ouvrait la gorge, on lui tirait la langue.

Cela a duré ainsi environ cinq ans. Jusque-là, elle a pu combattre. Malgré tout ce que faisaient ses ennemis, qui allaient jusqu'à lui contracter bras et jambes pour l'immobiliser, elle pouvait encore prendre le dessus ; elle leur

répondait et les faisait taire. « Maintenant, elle ne peut plus rien faire, n'ayant plus de volonté. »

C'est que, depuis deux ans, sont apparus de nouveaux symptômes qui se sont accentués surtout depuis six mois et lui ôtent toute énergie personnelle, tout pouvoir de réaction.

Les voix qu'elle perçoit ont changé de nature. Elle ne les entend plus du tout par l'oreille, sauf un léger bourdonnement plus fort quand c'est l'homme qui parle, mais ce n'est pas une voix formulée. Elle perçoit la voix par la bouche, et il y a des moments où cela lui fait marcher la langue. « C'est comme cela, dit-elle, qu'ils communiquent avec elle », car elle ne prononce rien, n'entend pas de parole en même temps. Elle a essayé d'arrêter sa langue avec ses dents, mais quelque chose la lui tire et cela recommence. De même elle serre son corset pour arrêter la voix venant de l'estomac, qui alors lui dit : « Oh ! tu me serres, suis-je assez lasse ! » D'autres fois elle se pend par les bras et cela fait cesser la voix pendant quelques minutes. Tout le temps qu'elle parle elle-même, la voix la laisse tranquille; après, elle recommence de suite. Cette voix s'accompagne souvent de sensations de piqûres, d'engourdissement dans une partie quelconque du corps.

En plus de ces hallucinations verbales motrices, la malade a également des impulsions nombreuses. Parfois, elle parle tout haut malgré elle; une volonté plus forte que la sienne la pousse à faire des choses qu'elle ne veut pas faire, à sortir, à courir, à marcher sans cesse, à boire et à manger sans raison. Il lui vient de mauvaises pensées ; on lui retire sa volonté de faire le bien et on la pousse à faire le mal. « Va là, fais cela, » lui dit la voix, et alors elle se sent

poussée à obéir, comme si elle était électrisée. Elle a beau lutter, cela ne sert qu'à la faire souffrir ; elle se sent attirée comme si elle se sauvait de dessus sa chaise, et elle irait alors n'importe où. Elle est trop faible pour lutter ; elle est dominée et n'a plus ses facultés.

A côté de ces impulsions se trouvent inversement des phénomènes d'arrêt. Quand cette « électricité » cesse, elle a comme un poids qui l'anéantit. On l'empêche de faire ce qu'elle veut, on lui retient la main dans son travail ; on lui retire sa pensée ; si elle a une idée, cette idée s'en va et elle reste comme abrutie. Elle craint de parler parce qu'elle ne sait plus ce qu'elle dit. Elle se sent des poids dans le dos, des tiraillements dans les pieds. La femme lui dit qu'elle est magnétisée, qu'elle a sa pensée et qu'elle lui fera faire tout ce qu'elle voudra, même tuer quelqu'un. « Malheur! répond-elle, je préférerais me faire enfermer.» Et c'est, en effet, ce qu'elle a fait, car elle est venue elle-même demander son internement. Pour une persécutée, ce fait vaut, il me semble, la peine d'être signalé.

Notons encore des hallucinations génitales et des impulsions à regarder les hommes.

Toutes ces souffrances sont le résultat du magnétisme par l'électricité, qui fait de la malade *une possédée du mauvais esprit*. L'explication qu'elle en donne ne laisse pas d'être assez particulière. Elle pense, d'après les dires de ses hallucinations, que l'épicier, qu'elle accuse de lui avoir fait des propositions, a soudoyé, moyennant une somme de 800 francs, un homme et une femme, pour la punir de sa résistance. Elle n'a jamais vu ces personnes, mais elles sont entrées en communication avec elle par le moyen suivant. Le jour où, au début de toute l'affaire, elle était allée acheter son café chez l'épicier, elle lui avait donné une pièce

d'un franc. Elle se rappelle qu'il est sorti à ce moment et que ce n'est qu'un instant après qu'il lui a rendu sa monnaie. « Sans doute, dit-elle, il avait emporté ma pièce d'un franc pour la donner à ses agents, afin que, possesseurs d'un objet qui m'avait appartenu, ils pussent agir sur moi. » La monnaie que l'épicier lui a rendue était évidemment électrisée. En effet, en rentrant chez elle, elle la dépose sur sa commode et veut se peigner, mais en portant à sa tête la main qui avait tenu la monnaie, elle ressent comme une grande secousse : la communication était établie.

Pour lui faire ressentir tout ce qu'elle éprouve, l'homme se sert de la femme comme d'un sujet qu'il fait souffrir pour que Mme P... ressente par contre-coup les mêmes souffrances. « Car, dit-elle, *nous sommes deux en une.* » Cette femme le lui a expliqué, d'ailleurs : « Quand tu es inerte, je suis inerte comme toi ; quand tu vois des flammes de feu, c'est qu'on allume des allumettes devant mes yeux ; si l'on me tue, tu mourras. Moi et toi, cela ne fait qu'une ; quand on me touche, cela te touche. » Parfois la femme dit : « Je suis lasse, » et alors la malade est toute fatiguée. « Cela lui fait pareil, » et ajoute-t-elle : « C'est absolument comme si c'était moi qui l'avais dit. » Pour ses hallucinations génitales, c'est également par l'intermédiaire de cette femme qu'elle les ressent ; elle se touche et en même temps la malade éprouve des sensations voluptueuses.

Bien que cette femme soit une misérable de consentir ainsi à souffrir pour lui faire éprouver les mêmes souffrances, notre malade ne lui en veut pas trop. Elle ne la connaît pas ; il lui serait d'ailleurs impossible de la connaître, car elle lui a dit n'avoir jamais vu le jour. En revanche, elle manifeste des idées de vengeance contre l'épicier, qu'elle rend responsable de tous ses maux. Elle le

prendra par où il l'a prise et lui montrera « ce que l'on gagne à faire souffrir une femme ».

Au point de vue somatique, elle se plaint de quelques symptômes neurasthéniques : fatigue générale, courbature, essoufflement, faiblesse de jambes, pesanteur de la tête, gonflement de l'estomac. Les règles sont régulières.

La conformation physique est normale. Il n'y a qu'une très légère asymétrie faciale ; le lobule de l'oreille est adhérent.

Vous voyez donc, Messieurs, ainsi que je vous le disais tout à l'heure, que lorsqu'on embrasse, dans son ensemble, l'histoire pathologique de Mme P..., on peut reconnaître dans son évolution deux périodes que, d'ailleurs, la patiente distingue elle-même ainsi : l'une où elle peut, dans une certaine mesure, tenir tête à ses persécuteurs ; l'autre où, complètement dominée, sans volonté, sans force de résistance, elle devient en quelque sorte leur chose.

Dans la première période, nous assistons au développement d'un délire des persécutions systématique ordinaire avec ses hallucinations des divers sens, surtout auditives, ses idées délirantes habituelles, ses réactions connues. Cependant, dès cette époque, il existe déjà, mais peu accentués, quelques-uns des symptômes qui deviendront par la suite les plus apparents.

Dans une seconde période, la scène délirante change d'aspect. En même temps que s'effacent les hallucinations sensorielles, de nouveaux symptômes interviennent, d'autres analogues s'exagèrent et se placent au premier plan. Ce sont les troubles psycho-moteurs : hallucinations motrices, impulsions, aboulie, phénomènes d'arrêt, accompagnement et symbole d'un dédoublement de la personnalité.

Tout cela est tellement évident chez Mme P..., qu'il me semble inutile d'y revenir. La nature même des idées délirantes à l'aide desquelles elle interprète ces symptômes psychopathiques ne laisse pas d'avoir une teinte assez spéciale. Au lieu d'exprimer comme au début des idées de persécution assez banales, maintenant elle se dit bien nettement possédée du mauvais esprit, et lorsqu'elle explique les moyens auxquels on recourt pour la faire souffrir, on retrouve des croyances analogues à celle de l'envoûtement. C'est en agissant directement sur un être qui ne fait qu'un avec elle qu'on arrive à lui faire ressentir, par contre-coup, des souffrances absolument identiques.

IV. — Messieurs, il est d'autres cas dans lesquels ces mêmes symptômes capitaux : troubles psychomoteurs, dédoublement de la personnalité, etc., apparaissent très vite, parfois même dès le début de la maladie. Ce sont ceux qui vont nous occuper maintenant. Avant de vous présenter une malade de ce genre, actuellement dans le service, permettez-moi de vous rapporter deux observations du même type.

Mlle A..., âgée de vingt-trois ans, est entrée le 20 septembre 1889.

Cette jeune fille n'ayant pas de famille et n'étant pas visitée, nous n'avons pu recueillir de renseignements précis sur ses antécédents.

A son entrée dans le service, elle se prétend poursuivie par une bande de francs-maçons qui lui font toutes sortes de misères, sont acharnés après elle et veulent la faire mourir.

Elle raconte qu'il y a dix-huit mois, elle a rencontré, en

voyage, un monsieur qu'elle a trouvé fort bien. Cette rencontre l'a beaucoup frappée, et depuis, elle y pensait sans cesse. Depuis cinq mois environ, ce monsieur, qu'elle ne connaît pas du tout, lui apparaissait partout, jusque dans sa cuisine. « Alors, quand je l'ai vu en personne, j'ai été assez sotte de l'aimer. Mais Dieu a fait un miracle, en me faisant voir sa dame, qui était très jolie, avec un petit chien noir. » Croyant qu'il était marié, elle a fait tout son possible pour l'oublier. Elle n'y pensait plus, mais il est apparu de nouveau ; elle avait beau prier Dieu pour qu'il parte, il revenait sans cesse. Il lui parlait alors, se moquant d'elle : « Je me f... de toi ! » Elle priait toujours ; voyait un prêtre qui priait avec elle, et dont elle n'apercevait que le surplis blanc. Rien n'y faisait ; le monsieur revenait sans cesse. Elle vit aussi une autre dame qui avait une tête très méchante, et le diable qui lui est apparu dans sa chambre, en plein jour, la tête toute rouge, les cheveux hérissés.

« Ce sont des choses bien étranges, ajoute-t-elle, je n'y comprenais rien. Ce monsieur n'était pas un homme, mais un franc-maçon pour faire des choses pareilles. Je crus positivement que tout cela signifiait qu'il voulait me faire du mal, me faire mourir.

« Je priais toujours et le Saint que je priais m'est apparu pour me rassurer. J'ai vu aussi le tabernacle, la sainte Hostie, l'Enfant Jésus, la sainte Vierge en robe blanche avec une ceinture bleue ; ils ne m'ont rien dit. Mais les francs-maçons ont recommencé à me poursuivre. Ils me parlaient *intérieurement*, *jamais dans l'oreille*, mais dans l'estomac ; ils disaient : « Tu vas mourir ; c'est toi, c'est moi, c'est elle, c'est lui. » Je n'y pouvais plus tenir ; je suis allée inutilement dans deux endroits trouver un prêtre pour m'exorciser. Le Saint m'est apparu de nouveau ; mais, malgré tout,

je n'osais pas faire la sainte communion. Je voyais des choses si extraordinaires : mes parents, des gens qui avaient l'air en colère contre moi, et que je voyais sans qu'ils pussent me voir. Je me demandais de quoi je pouvais être coupable ; j'ai prié le Saint qu'il fasse un miracle, que le monsieur aime sa dame. Je suis innocente, Dieu seul le sait. Je me perds dans tout cela, car il y a le pour et le contre. »

Avant d'aller plus loin, je vous ferai remarquer, Messieurs, le grand développement des hallucinations visuelles, qui n'ont jamais cette intensité, cette fréquence, et ne s'accompagnent pas en général de cette foi absolue chez le persécuté ordinaire ; tandis qu'au contraire, comme je vous le disais dans la dernière séance, il en est souvent ainsi dans la variété psycho-motrice. Puis, à côté de ces hallucinations visuelles, il faut noter la teinte à la fois mystique et érotique du délire et le caractère des voix qui ne sont jamais perçues dans l'oreille, mais intérieurement, correspondant ainsi à des hallucinations verbales motrices. Mais ce ne sont pas les seuls symptômes de cet ordre ; il en est d'autres encore concourant tous au même but : le dédoublement de la personnalité.

En effet, cette malade qui dit se perdre dans tout ce qui se passe, dans le pour et le contre, ajoute déjà, d'autre part, qu'elle n'est jamais bien sûre de ce qu'elle dit ou de ce qu'elle fait. Ainsi, elle tape du pied sans savoir pourquoi, et ce sont les francs-maçons qui ont fait remuer sa jambe. Non seulement ils lui parlent intérieurement, mais encore ils la font parler souvent malgré elle et dire de vilaines choses quand elle pense au bien. « Il y a même des moments, dit-elle, où je ne sais plus si c'est moi qui parle ou bien eux. »

Examinée à ce moment, elle ne présente aucun signe

d'hystérie ; on n'en trouve pas davantage dans son passé.

Depuis cette époque, les choses ne font que s'accentuer. Mlle A... se croit toujours sous *l'influence* d'une bande de francs-maçons, d'Esprits ; elle se dit *possédée*, et ce délire s'associe à des hallucinations motrices et des impulsions de toute espèce, qui constituent presque exclusivement la symptomatologie.

L'interrogatoire, d'ailleurs, devient de plus en plus difficile, car la malade, qui a des impulsions verbales nombreuses, les entremêle dans ses discours, et bien qu'elle ajoute ensuite : « Ce n'est pas moi qui ai dit cela, » il est presque impossible de s'y retrouver.

Néanmoins, et c'est là le fait important, le dédoublement de la personnalité apparaît de plus en plus évident, et cette jeune fille est encore très affirmative pour dire que les Esprits ne la tourmentent que par les voix intérieures, les mots qu'ils lui font dire ou les actes qu'ils lui font faire malgré elle.

De la simple hallucination motrice du début, elle est passée à l'impulsion verbale, presque aussi fréquente maintenant chez elle que la parole volontaire ; mais cette impulsion verbale est encore jugée à sa valeur pour la patiente, qui s'excuse souvent de ce qu'elle vient de dire. Ce sont les Esprits, les francs-maçons, qui ont parlé par sa bouche, et ils ne disent guère que des grossièretés, s'adressant soit à elle-même, soit aux personnes qui l'entourent. « Chameau, espèce de monstre, etc. » ; ou bien, « Le médecin ne comprendra pas, c'est un imbécile, etc. »

Lorsque ces injures s'adressent à ses voisins, elle s'excuse ensuite prétendant que seuls les Esprits qui sont en elle ont pu dire de pareilles horreurs. Si c'est à elle qu'elles s'adressent, elle répond sur le même ton, mais

convient alors que c'est bien elle qui a formulé cette réponse.

En dehors de ces impulsions verbales, les hallucinations verbales motrices sont très répétées. C'est sans doute là, comme je vous l'ai déjà expliqué, une des causes qui empêchent souvent la malade de communiquer avec nous, puisqu'elle ne peut disposer de ses images motrices, accaparées en ce moment par l'hallucination. D'autre part, elle a adopté une attitude caractéristique : elle se tient courbée en deux, la main serrée sur la poitrine, espérant, à l'aide de cette compression, faire cesser les voix dont le point de départ est dans la région épigastrique. Elle n'abandonne cette position que pour se donner de grands coups de poing dans l'estomac.

Par moments, elle a des impulsions violentes, frappe, casse les meubles. Ensuite, elle déclare qu'elle n'y comprend rien, que ce n'est pas elle qui a fait cela, les Esprits seuls en sont responsables.

De temps en temps elle a des périodes de rémission; lorsqu'on l'interroge alors sur son délire, elle ne répond guère que ces phrases : « Que voulez-vous que je vous explique? Je ne sais pas; vous devez bien le savoir. »

Jusque-là, les impulsions, verbales ou autres, tout en étant involontaires, étaient cependant conscientes; la patiente se rendait compte d'avoir parlé ou agi, mais malgré elle, tout en ne reconnaissant pas *comme sienne la pensée* qui avait dicté de tels actes ou de telles paroles.

Les choses s'accentuant encore plus, le dédoublement de la personnalité devenant de plus en plus net, de plus en plus profond, elle ne reconnaît toujours pas comme sienne la pensée qui préside à l'exécution de certains de ses discours ou de ses actes; et de plus, cette exécution même est ignorée par elle, si bien que l'acte, ou le discours, lui

apparaît comme totalement étranger. C'est l'acte ou la parole involontaires et inconscients.

Cette parole involontaire et inconsciente est extrêmement nette chez elle ; elle parle à haute voix, malgré elle, et sans en avoir conscience. Les mouvements d'articulation qu'elle exécute alors sont absolument inconscients ; elle perçoit sa propre voix comme une voix extérieure et attribue à d'autres personnes les paroles qu'elle vient de prononcer elle-même et qui ont frappé son oreille. Elle se tient ainsi une conversation à elle-même, répondant à ses Esprits, persuadée de les avoir entendus, alors que c'est elle-même qui a parlé à haute voix, sans en avoir aucune conscience. On a beau lui assurer avoir entendu sa voix, avoir vu ses lèvres remuer ; elle se défend énergiquement d'avoir parlé autrement que pour répondre à ce qu'elle a entendu. Au moment de la parole involontaire et inconsciente, elle a d'ailleurs une attitude toute spéciale.

En voici quelques exemples :

« Je suis prêtre..., votre père..., une femme ensorcelée... pour la jeter au fumier... »

En prononçant ces paroles, la malade, assise, se détourne et paraît écouter, comme si quelqu'un lui parlait derrière elle. Puis, elle se lève, se penche du côté où elle écoutait et dit à haute voix, mais d'un autre ton : « Moi, je ne comprends rien, je suis innocente. »

A mon interrogatoire, elle affirme n'avoir prononcé que cette dernière phrase; elle a répondu à ce qu'elle avait entendu. Pour les autres phrases, elle les avait entendues, mais elle soutient que ce n'est pas elle qui les a prononcées.

I. — Madame Dubois !

C. — Je ne la connais pas, je suis de la campagne.

I. — Saint Thomas est blanc comme la mort.

C. — Un saint qui m'est apparu ?

I. — Il sait te comprendre.

C. — Je ne comprends pas, je ne puis parler.

I. — Elle est prêtre, cette fille.

C. — Moi, je ne sais que dire.

I. — A jeter au mier.

C. — Je suis innocente... (*Se tournant vers moi.*) J'ai peur que ces francs-maçons ne me fassent du mal.

De ces phrases, les unes (C) sont seules conscientes. « C'est moi qui dis cela, » déclare la malade lorsqu'on l'interroge au moment même à ce sujet. Les autres (I), elle les a entendues, mais elle nie énergiquement les avoir prononcées, avoir parlé à ce moment, bien qu'elle se soit exprimée à haute voix.

Il est à noter que ces paroles, involontaires et inconscientes, sont le plus souvent assez décousues, et ne sont pas prononcées avec la même intonation que les autres.

Depuis cette époque (1892), il est devenu presque impossible de communiquer avec cette malade. Toute la journée elle cause avec ses francs-maçons, ses Esprits, qui tantôt s'expriment par la parole involontaire et inconsciente, à voix haute ou basse, tantôt par la simple hallucination motrice. Elle reste assise dans l'attitude que j'ai décrite, le poing sur l'estomac, et ne quitte cette position que pour se frapper la poitrine à coups redoublés comme si elle voulait faire taire les voix épigastriques, ou, par instants, pour accomplir un acte violent.

Hallucinations visuelles nombreuses, de teinte mystique ; hallucinations verbales motrices, puis impulsions motrices de toute espèce, parole involontaire et inconsciente, et,

concurremment à tous ces symptômes, se développant progressivement, mais existant dès le début avec les mêmes caractères, dédoublement de plus en plus frappant de la personnalité, se traduisant par des idées de possession.

Ainsi peut se résumer le tableau clinique qui, je le pense, justifiera à vos yeux ce que je vous disais sur les caractères, le développement précoce de ces symptômes donnant à l'affection, dès le début, une physionomie spéciale.

V. — Voici, Messieurs, un autre exemple. On y retrouve encore l'apparition dès le début, le développement progressif des mêmes symptômes particuliers, avec le dédoublement de la personnalité et les idées de possession, mais d'une teinte différente. Par la suite, se montrent des idées délirantes de grandeur et de persécution ordinaires, comme conséquence des premières.

Mme P..., âgée de quarante et un ans, est entrée à la Salpêtrière le 31 août 1880.

Le père était déséquilibré et buveur; c'est le seul renseignement que j'aie pu retrouver dans les antécédents de famille.

La malade est restée en pension jusqu'à l'âge de vingt et un ans. Elle avait été formée à quinze ans. Elle a toujours eu un caractère excentrique; très orgueilleuse, elle rêvait d'arriver à une grande position dans le monde. Elle avait l'esprit toujours porté au merveilleux et aimait à lire des livres de science. Elle a fait de nombreux métiers, commençait toutes sortes de choses, mais s'en fatiguait tout de suite et les abandonnait. Finalement, elle est devenue sage-femme.

Depuis deux ou trois ans, elle lisait des livres de spiri-

tisme et fréquentait des sociétés de magnétiseurs et de spirites.

Six mois avant son entrée, une de ses amies l'emmena à une séance de spiritisme. Jusqu'alors, dit-elle, elle avait été incrédule. Mais, ce jour-là, on évoqua devant elle l'Esprit de sa mère, d'Allan-Kardec, qui lui défendit de s'occuper de spiritisme. Dès ce moment, elle fut obsédée par l'idée d'entrer en commerce avec les Esprits. Elle se mit à faire tourner des tables; elle continua pendant trois semaines : la table s'agitait, mais c'était tout. A cette époque, une nuit, vers 3 heures du matin, alors qu'elle évoquait les Esprits, elle entendit tout d'un coup une voix très nette, sans aucun timbre extérieur, mais *se faisant entendre en elle*. Elle se disait l'âme de Paganini et lui ordonnait d'aller au piano. Elle obéit par curiosité, dit-elle, et alors elle entendit une voix chanter *en dedans d'elle-même*. Elle entendait une phrase musicale entière et elle la répétait. « C'était admirable. »

Depuis lors, elle n'a pas cessé d'entendre des voix du même genre, tout à fait *intérieures*, appartenant toutes à des Esprits de grands personnages qui communiquaient ainsi avec elle. Le plus souvent, ces conversations lui étaient très agréables; parfois aussi elle se trouvait tiraillée de côté et d'autre par différents Esprits qui se révélaient à elle en même temps, et elle ne pouvait alors les discerner. Ces voix se faisaient entendre surtout la nuit, vers 3 heures du matin, rarement le jour, et alors elles s'arrêtaient sitôt qu'il venait quelqu'un. En même temps, elle voyait, la nuit, des tableaux, des personnages en relief, mais vaporeux comme des ombres. Ces visions étaient toujours de caractère agréable.

Vers le sixième mois, une nuit, elle s'éveille, comme

d'habitude, à 3 heures du matin et elle se sent *forcée de chanter malgré elle.* Sa voix avait un timbre *admirable*, et les morceaux qu'elle chantait ainsi, sans qu'elle les connût, dit-elle, étaient *admirables.* A partir de ce moment, les Esprits s'exprimaient souvent par sa bouche. Elle *parlait malgré elle;* c'était comme une puissance surhumaine qui la faisait parler, sans qu'elle pût résister. Les paroles lui venaient naturellement sans qu'elle réfléchît; c'était comme une improvisation de l'Esprit et c'était toujours admirable. Paganini, Lamennais, etc., chantaient ou parlaient ainsi par sa bouche. Elle oubliait de suite ces chants ou ces paroles.

C'est l'esprit de Pinel qui lui a ordonné de venir à la Salpêtrière. Elle a résisté plusieurs mois ; mais cette voix intérieure ne cessait de lui répéter le même ordre et elle s'est trouvée forcée d'obéir. « C'est là seulement, lui disait la voix, que tu trouveras le repos. »

Dans les premiers jours de son entrée, Mme P... accuse encore les mêmes symptômes. Elle prétend communiquer avec des Esprits qui lui parlent intérieurement ou même parlent par sa bouche. Lorsqu'on l'examine attentivement à ce propos, on constate nettement chez elle le développement par degrés de l'hallucination motrice. D'abord, elle dit n'avoir eu que des voix intérieures, de la conversation mentale. Si elle parlait alors, elle ne faisait, dit-elle, que répéter simplement comme un écho la voix perçue intérieurement, mais c'était bien elle qui parlait. Puis les voix intérieures se sont accompagnées de mouvements d'articulation ; elle sentait sa langue remuer dans sa bouche, comme si on voulait la faire parler. Plus tard, elle a obéi à cette sollicitation, et elle parlait à haute voix, malgré elle, sous l'inspiration des Esprits et non plus comme

au début volontairement et en forme d'écho de la voix intérieure. C'était l'impulsion verbale. Malgré tout, c'est encore aujourd'hui l'hallucination motrice qui est la plus fréquente. Elle est même presque continuelle si la malade est abandonnée à elle-même, et l'on constate aisément qu'elle s'accompagne de mouvements des lèvres.

Ces mouvements sont encore très apparents dans la lecture silencieuse. Mme P... prétend d'ailleurs que les Esprits lisent intérieurement la même chose qu'elle et accompagnent sa lecture de toutes sortes de commentaires qui l'étonnent et qu'elle trouve admirables.

On constate aussi, Messieurs, dans le domaine de l'écriture, des symptômes analogues à ceux que je viens de signaler pour le langage articulé.

Le plus curieux est l'écriture automatique.

L'esprit d'Allan-Kardec dit un jour intérieurement : « Je veux que Mme P... s'exerce à l'écriture. »

Elle a pris un crayon, et alors elle a senti sa main « comme saisie, s'en aller sans violence », écrivant des vers. Quand c'était fini, sa main s'arrêtait toute seule. Elle ne savait pas, dit-elle, ce qu'elle écrivait autrement que par une voix intérieure, guidant en quelque sorte à son insu les mouvements de sa main. Lorsqu'elle relisait ce qu'elle avait ainsi écrit, elle était stupéfaite de voir que c'étaient d'*admirables* poésies. Son écriture n'était pas changée.

Le caractère automatique et inconscient de l'écriture est encore plus net dans les faits suivants, plus fréquents que les autres.

Quelquefois, en effet, lorsqu'elle sentait sa main saisie et se mouvoir sur le papier, Mme P... constatait qu'elle ne traçait que des caractères étrangers, incompréhensibles.

Elle croyait ainsi écrire « dans des langues égyptiennes ». Pour en comprendre le sens, elle était obligée de traduire son écrit signe par signe à l'aide de la table tournante, frappant pour chacun d'eux un nombre de coups variable et correspondant, par une convention habituelle, à une lettre de l'alphabet français. Ce n'est qu'après avoir ainsi épelé son écrit, en notant les lettres à mesure, qu'elle pouvait se rendre compte de son contenu.

Il nous a été impossible de provoquer expérimentalement l'écriture automatique. Mais ces troubles particuliers du langage écrit ne se présentent qu'à de rares intervalles, bien que Mme P... écrive beaucoup.

La plupart du temps, elle écrit d'elle-même, comme on écrit d'habitude, et ne fait alors que transcrire les pensées dictées par les voix intérieures. Elle sait que c'est elle-même qui écrit, elle sait ce qu'elle écrit ; mais ce n'est pas pour elle l'expression de sa propre pensée.

On peut ainsi mettre en relief, d'une façon expérimentale en quelque sorte, en la faisant écrire, le caractère moteur de ses hallucinations. Nous la prions, par exemple, d'écrire devant nous ce que l'Esprit lui révélerait. Elle trace, de son écriture ordinaire, une longue page assez incohérente, et, pendant tout ce temps, on peut la voir nettement remuer les lèvres, comme se dictant à elle-même, sans qu'à aucun moment elle ait fait le geste de prêter l'oreille à une conversation ou de se détourner, ainsi que le font les hallucinés de l'ouïe lorsqu'ils écrivent sous la dictée de leurs voix auditives.

Ces différents désordres de l'écriture correspondent ainsi aux variétés diverses que les spirites distinguent parmi les médiums écrivains. Le malade se présente tantôt avec les caractères de médium semi-mécanique qui sent une impul-

sion donnée à sa main malgré lui, mais, en même temps, a conscience de ce qu'il écrit à mesure que les mots se forment ; tantôt avec les caractères du médium mécanique, écrivant malgré lui et n'ayant pas la moindre conscience de ce qu'il écrit ; tantôt enfin, avec les caractères du médium intuitif qui a conscience de ce qu'il écrit, quoique ce ne soit pas sa propre pensée, réduit au simple rôle d'interprète.

Cette transcription de ses voix constitue la principale occupation de Mme P..., véritable graphomane. Tout lui est bon pour écrire, plumes, crayons, bouts d'allumettes ; elle fait une consommation prodigieuse de papier et malgré tout, elle n'en a jamais assez. Pas un espace n'est perdu ; elle écrit en marge, recouvre les lignes transversales de lignes longitudinales ; elle écrit jusque sur les enveloppes des lettres qu'on lui remet, sur les marges des journaux, sur les chiffons de papier qu'elle ramasse, sur les papiers ou les cartons d'emballage enveloppant les objets que lui apporte sa famille. Et toujours ce sont des révélations des Esprits, des prophéties de toute espèce.

Ces écrits ont certains caractères particuliers. D'abord, ils débutent toujours par le même mot « Dieu », écrit sur la même ligne à trois reprises, séparées par un certain espace et surmontées d'une croix. Souvent au-dessous on trouve répétée, en guise d'épigraphe, l'invocation suivante : « Mon Dieu ! ayez pitié de nous et tous ensemble nous chanterons vos louanges pendant l'éternité des siècles.» Puis suit le texte : invocations aux Esprits, révélations, prophéties écrites en prose rythmée ou en forme de vers dont les rimes ne sont le plus souvent que des assonances. Bien que la malade les trouve admirables, nous devons à la vérité de dire que ces écrits divers ne sont qu'insignifiants, quand ils

ne sont pas parfaitement incohérents. Ils ne sont guère variés, d'ailleurs, et tournent toujours à peu près dans le même cercle. Les répétitions y sont nombreuses; de même il y a un véritable abus de prépositions, d'épithètes singulières, de qualificatifs souvent contradictoires. Le cours de la phrase est souvent interrompu par les mots « *m'entendez-vous?* » qui assurent en quelque sorte la communication entre les Esprits et la malade. A signaler aussi le défaut de ponctuation, l'interposition entre certains mots de signes en forme de croix, ou de dessins bizarres agrémentés d'une légende telle que, par exemple : « La trompette du jugement dernier », ou « Pour souffleter les imposteurs ».

En parlant tout à l'heure de l'écriture automatique, je vous ai dit, Messieurs, que la malade traduisait souvent ce qu'elle avait ainsi écrit en lettres « égyptiennes », en épelant à l'aide de la table tournante. Elle fait, en effet, tourner les tables. Nous l'avons priée de se livrer devant nous à cet exercice, et l'expérience, suivant elle, fut démonstrative. Il est incontestable que la table s'est soulevée, que les pieds ont frappé un certain nombre de coups correspondant chaque fois à une lettre déterminée. Mais ce qui est non moins incontestable, ce sont les mouvements exécutés par Mme P... pour arriver à ce résultat. Nous lui avions fait mettre les bras nus, et il était aussi facile que possible de constater la contraction des muscles correspondant à chaque soulèvement de la table, et devenant de plus en plus nette si l'on s'opposait d'autre part à ce déplacement. La malade, tout entière à sa communication, opérant d'ailleurs les yeux fermés, d'un air profondément recueilli, affirme ne savoir le texte de la révélation qu'après la traduction des signes donnés par la table. Elle soutient absolument n'avoir

fait aucun mouvement et prétend que nous nous trompons certainement lorsque nous lui affirmons en avoir constaté.

Mais les Esprits ne se bornent pas seulement à la faire parler, chanter, écrire ou tourner des tables, ils la font se lever, marcher malgré elle. Tous ces actes sont indépendants de sa volonté, dit-elle ; ils lui sont commandés par les Esprits et elle se sent poussée à les exécuter sans pouvoir y résister ; « c'est du somnambulisme ». Elle en conclut même qu'elle n'est pas responsable, puisque tout ce qu'elle dit ou fait lui est imposé par les Esprits.

Ces Esprits avec lesquels elle communique ainsi, sont extrêmement nombreux, se succédant à chaque instant. C'est par exemple : Pinel, Paganini, Lamennais, Sapho, Isabeau de Bavière, Rachel la vierge d'Israël, la grande juive Salomé, Jacob, Sésostris, Catherine de Médicis, Charles IX, Marguerite de Bourgogne, Buridan, Holopherne, Abraham, Allan-Kardec, Raphaël, Galilée, sainte Marthe, Lucifer, etc.

Elle considère tout ce qu'elle éprouve comme une faveur : *elle ne renoncerait pas pour des millions à cette possession des Esprits.* Elle a bien eu autrefois des Esprits « obsesseurs », qu'elle avait sans doute offensés sans le savoir et qui lui faisaient écrire ou faire toutes sortes de choses désagréables ou compromettantes; mais cela n'a été que passager. Toujours elle a eu des révélations admirables de la part d'Esprits supérieurs, les seuls à se manifester maintenant.

Sous l'influence de ces idées spirites, le délire revêt un caractère palingnostique aussi accentué que possible. « Croyez-moi, dit Mme P..., je vois et j'entends des choses,

mais qui ne m'étonnent nullement, car je les ai déjà vécues. » Elle est convaincue, en effet, d'avoir déjà passé par des existences antérieures et d'avoir été ainsi George Sand, Clémence Isaure, la fille de La Fontaine, la femme de Buridan, emprisonnée vingt ans par Marguerite de Bourgogne, etc.

De même, elle retrouve dans toutes les personnes qui l'entourent des réincarnations de personnages qu'elle a connus dans ses existences antérieures. L'interne du service devient ainsi le pape Sixte-Quint, la surveillante est Catherine de Médicis, le docteur P... est en réalité l'illustre Jean Ziska, le docteur P... est Mahomet, une malade du service est Sapho, une autre Judith, une troisième la comtesse douairière de Rouillé... Moi-même, je suis le fils d'Allan-Kardec, « qui ne fait qu'un, d'autre part, avec le grand Pinel d'honorée mémoire, ce père qui m'adore et veut que je restaure la nouvelle Sion (la Salpêtrière). »

J'ajouterai, Messieurs, que je n'ai pu constater rien de particulier au point de vue physique, aucune manifestation antérieure même atténuée pouvant se rapporter à l'hystérie, aucun symptôme ou stigmate actuel de cette névrose.

Quelques jours après son internement, Mme P... nous annonce un matin, le 14 septembre, que depuis quatre jours elle a des voix auditives (*sic*). Jamais elle n'avait entendu les voix de cette façon; elle en est enchantée, car c'est la preuve d'un progrès dans la science spirite, les Esprits se manifestent à elle encore plus clairement qu'autrefois. Aussi est-elle plus orgueilleuse, a-t-elle une attitude plus inspirée que jamais.

Néanmoins, les voix intérieures persistent toujours, ainsi qu'on en peut juger par cette phrase relevée dans les écrits

faits à cette époque par la malade : « J'entends mes voix d'une façon auditive et sensitive tout à la fois, auditive comme un être qui vous parlerait à l'oreille, n'est-ce pas ? et sensitive, c'est-à-dire qu'on perçoit la sensation d'un être habitant la pensée et parlant avec vous. Et c'est ainsi que j'entends tour à tour, et ces deux voix sont continues et elles me charment alternativement, et lorsque je les entends à tour de rôle je suis également émue et mon cœur et mes sens palpitent, car je vis une triple vie. »

Les hallucinations verbales auditives ne se sont présentées qu'à l'état épisodique, et le 1er octobre, la malade dit ne plus en avoir depuis quelques jours déjà. J'ajoute de suite qu'elles n'ont pas reparu.

A cette date, Mme P... présente toujours les mêmes symptômes que nous venons de passer en revue. Mais, en outre, elle ne se contente plus de regarder comme une faveur la possession des Esprits ; elle arrive à formuler de véritables *idées mégalomaniaques*. C'est ainsi qu'elle est le premier médium du monde ; elle est réellement la prophétesse Anne, et son père en cette vie n'est autre que l'évêque de Tours ; elle est plusieurs fois doctoresse et a fait des découvertes qui révolutionneront l'obstétrique. En même temps, son attitude devient de plus en plus orgueilleuse et arrogante. Elle continue toujours à être graphomane, à écrire sous la dictée de ses Esprits des révélations de toute espèce ; mais maintenant elle arrive à s'identifier avec eux et donne souvent ces écrits comme étant ses productions personnelles, bien qu'ils lui soient toujours dictés par les voix intérieures.

A la fin d'octobre apparaissent encore de nouvelles idées délirantes ; ce sont des *idées de persécution*. La malade

s'excite, s'irrite d'être internée et ne cesse de protester contre cet internement. Il y a un complot d'organisé contre elle. C'est un secret terrible qu'elle a découvert par la double vue. On l'a internée par surprise, pour une question d'héritage présumé de 10 000 francs ; pour lui voler ses documents spirites, pour l'empêcher de divulguer ses révélations et ses prophéties, par jalousie de ses découvertes. Ce sont des infamies, des turpitudes. Bien que sa captivité ait été adoucie « par la susdite possession », il faut qu'on lui en rende compte. On a brisé son avenir, sa profession, on lui doit pour ce fait une indemnité ; elle veut demander des dommages et intérêts et traduire devant les tribunaux ceux qui l'ont séquestrée, parmi lesquels je figure au premier rang. Elle se plaint qu'on lui a donné, à trois reprises, 35 grammes de laudanum dans son café. Elle a reconnu le goût du laudanum et l'a craché, sans cela elle aurait été empoisonnée. Elle est dévorée par « un ténia cucurbitain » qu'on a fait pénétrer, elle ne sait comment, dans son corps, où elle le sent remuer, et qui la dévore.

Les symptômes délirants ont atteint dès lors leur développement complet et persisteront ainsi jusqu'à la mort de la malade : idées de possession théomaniaque toujours prédominantes, avec les phénomènes moteurs étudiés précédemment, plus d'hallucinations sensorielles, idées de grandeur, idées de persécution, tout ce délire étroitement systématisé.

Toujours graphomane, Mme P... ne cesse de couvrir des cahiers entiers des révélations que lui dictent les voix intérieures. En même temps, elle écrit de nombreuses lettres pour réclamer et demander sa sortie.

Il est à noter que ces deux ordres d'écrits diffèrent totale-

ment les uns des autres. Les premiers ont toujours les mêmes caractères que je vous ai déjà indiqués : fond incohérent, forme versifiée, répétitions, formules spéciales, signes intercalés dans le texte. Les seconds sont extrêmement logiques, corrects comme expression des idées, comme forme, comme signes graphiques ; ils n'ont de particulier que leur ton agressif. Ces derniers ne sont en rapport qu'avec les idées de persécution. Il en est d'autres, cependant, qui sont en quelque sorte intermédiaires : ce sont ceux dans lesquels la malade réclame, et à côté de ses idées de persécution, fait intervenir ses idées de grandeur. Les écrits ont souvent alors une forme allégorique correspondant à l'expression de ces dernières idées, et par leurs caractères de fond et de forme se trouvent participer de l'une et de l'autre des deux catégories d'écrits précédentes.

C'est dans cet état que la malade est morte le 28 février 1890, à la suite d'un phlegmon du cou. L'autopsie n'a pas été faite, le corps ayant été réclamé par la famille. Je dois vous dire à ce propos que ses parents, le père et le frère, bien qu'isolés de la malade, finissaient par partager son délire et nous menaçaient avec elle de nous demander des dommages-intérêts si nous ne lui rendions la liberté.

Il me semble, Messieurs, que l'histoire de cette dame correspond bien à la description que je vous ai tracée de la variété psycho-motrice du délire des persécutions systématiques. Elle montre clairement en quoi les cas de ce genre, lorsqu'ils arrivent ainsi à se caractériser, se séparent des faits ordinaires de délire des persécutions, de notre première malade, par exemple.

Je n'insiste pas sur les quelques hallucinations visuelles ac-

cusées par Mme P... Mais vous voyez dès le début s'inscrire au premier plan du tableau clinique, et pour ne jamais s'en effacer, des hallucinations motrices verbales fréquemment répétées, puis des impulsions verbales, l'écriture automatique, des impulsions motrices diverses, et vous ne rencontrez qu'à titre épisodique quelques hallucinations auditives tout à fait transitoires. Parallèlement se manifeste un dédoublement aussi net que possible de la personnalité, et tous ces désordres psychiques sont interprétés en résumé, dans leur ensemble, comme un fait de possession par les Esprits.

Par leur teinte, les idées de possession diffèrent de celles que nous avons relevées dans les observations précédentes, où elles correspondaient toujours à un fait de persécution. Ici, au contraire, bien que la malade ait eu affaire à de mauvais Esprits, cela n'a guère duré, et l'on peut dire que toujours elle ne s'est trouvée en relation qu'avec des Esprits supérieurs. Tandis que les autres se rapprochaient des anciens démonomanes, elle se trouve, elle, prendre place parmi les théomanes de jadis.

Aussi, regardant comme une faveur la « susdite possession », en arrive-t-elle aisément à tirer vanité de ce privilège, à se croire elle-même un être supérieur, à s'identifier presque avec les Esprits, et elle formule ainsi de véritables idées de grandeur.

De là à l'idée de persécution commune, il n'y avait qu'un pas. Elle le franchit aisément, se figurant que les faveurs dont elle jouit, ses capacités spéciales lui suscitent l'envie, la haine de ceux qui l'entourent et qui, en la séquestrant, l'empêchent de donner au monde la preuve de son génie.

Mais malgré tout, il est à remarquer que ces idées de grandeur, de persécution, ne font nullement taire ni les

idées de possession antérieures, ni les différents troubles psychiques auxquels elles sont associées.

VI. — Messieurs, si le fait précédent, dans lequel se manifestent des idées de grandeur et de persécution comme conséquence presque logique des idées de possession, vient à l'appui de ce que je vous signalais à ce propos dans notre dernière réunion, vous vous rappelez sans doute aussi que je vous ai indiqué également le passage possible des idées de possession à d'autres toutes différentes, les idées de négation.

En voici un exemple. Vous y retrouverez, d'ailleurs, les mêmes troubles psycho-moteurs dès le début, les mêmes altérations de la personnalité.

J'ai déjà eu l'occasion de publier très en détail l'observation de cette malade (Congrès de Paris, 1889, et Congrès de Blois, 1892), je vous en retracerai seulement les traits principaux.

Mme R... avait soixante et un ans en 1886, lorsque se manifestèrent les premiers symptômes morbides consistant en des troubles de la sensibilité générale et viscérale, des hallucinations motrices nombreuses, qui n'ont fait que s'accentuer depuis et maintenant sont très développées, des plus nettes et presque continuelles. Les hallucinations sensorielles ont toujours été extrêmement rares, surtout pour l'ouïe (la malade n'en accuse que trois en huit ans de maladie) ; il y en a du goût, de l'odorat et surtout de la vue; quelques hallucinations génitales.

Elle a cru tout d'abord être passée à la censure par des prêtres qui méprisent la religion; puis, elle n'a pas tardé à se dire emplâtrée, emboucanée, ensorcelée par cinq

prêtres qui la possèdent; il y en a un dans sa tête, deux dans sa gorge, un dans son ventre, un dans son estomac.

Ce sont ces mauvais prêtres ou démons (*sic*) qui la gouvernent. Ils la faisaient se perdre dans la rue, la poussaient à se jeter à l'eau malgré elle. Ils la font tomber dans les escaliers, lui font remuer les doigts de pied, la font parler malgré elle, dire des tas d'horreurs, lui parlent dans la langue qui remue tout le temps, dans le nez, dans les yeux. Ils lui dictent tous ses actes, lui font perdre le fil de ses idées, la font agir où l'en empêchent. Ils conversent quelquefois ensemble; elle *sent* qu'ils se combattent: l'un veut, l'autre ne veut pas. Ils lui ont jeté le « vermillon » dans les yeux. C'est comme un démon sous la forme d'un cloporte, d'un *microbe*, et c'est ainsi que leur esprit est en elle. Ils la possèdent si bien qu'ils parlent par sa bouche, voient par ses yeux, se servent de sa pensée.

Le résultat de cette magie que les prêtres font dans son corps, c'est qu'elle n'a plus de sentiments, de mémoire, de pensée. Ils lui ont tout pris; car, après lui avoir enlevé ses facultés, ils lui ont pris ses organes. Elle n'a plus ses « tripes »; plus d'amygdales, plus de luette; ses membres sont disjoints, son nombril est dérangé; elle n'a plus de cœur, plus de pouls, plus de saignée, plus de veines aux bras, plus d'ongles. Son gosier est bouché et ils le lui ouvrent pour manger. Elle ne va pas à la garde-robe comme une autre personne; les matières changent tous les jours. Elle n'a plus d'estomac, plus de conduit, plus de fondement; elle digère par le dos. Elle est percée des deux bouts. Elle a un trou entre les épaules; elle ne sent plus la nourriture descendre, cela tombe comme dans un puits. Elle n'a plus de hanches, tout son corps est contrefait. Ses yeux ne tournent plus, la prunelle est scellée, ils n'agissent plus, etc.

Sous l'influence de ses idées délirantes, la malade, avant son internement, était allée réclamer protection au commissaire de police et trouver un magnétiseur qui lui avait dit que c'était l'affaire d'un prêtre.

Aujourd'hui, elle ne cesse de demander à être exorcisée ; si elle était « désorcelée », elle serait comme autrefois ; elle proteste contre son internement, écrit lettre sur lettre, car on ne séquestre pas les gens qui n'ont plus d'amygdales, etc. Elle cherche à se protéger contre les agissements des prêtres de toutes sortes de manières. Souvent elle s'excite, injurie ses tourmenteurs. Je l'ai vue, par exemple, un jour se placer devant une glace, grincer les dents, crisper les doigts devant ses propres yeux en criant : « Oh ! les maudits ! » Parfois, elle injurie et menace les personnes de l'entourage, et s'excuse ensuite en disant que ce n'est pas elle, mais les prêtres qui ont fait cela. Jamais elle n'a présenté aucun symptôme d'un état mélancolique.

Voilà, Messieurs, une aliénée, qui, par la symptomatologie particulière de son affection, rentre bien, dès le début, dans le type que nous avons en vue. Les idées de possession s'accompagnent ensuite d'idées de négation très accentuées, en rapport avec les désordres de la sensibilité générale et viscérale et les troubles psycho-moteurs.

Je n'insiste pas sur le diagnostic de ce délire des négations avec celui qui se rattache à la mélancolie; je vous en ai indiqué déjà, dans notre dernière réunion, les caractères différentiels.

L'évolution de la maladie, la filiation des symptômes, les caractères du délire, diamétralement opposés à ce qu'on observe dans la mélancolie, se rapprochent, au contraire, de ce que l'on trouve dans le délire des persécutions systématique.

Je ne crois pas, d'ailleurs, avoir besoin de vous signaler ce fait que vous avez sans doute remarqué vous-mêmes : c'est que toutes les malades dont je viens de vous parler, quelles que soient les variations de détail existant dans la physionomie de leur affection, rentrent bien par tous les caractères fondamentaux dans le cadre de la folie systématique primitive. Et peut-être y aurait-il intérêt à leur faire, en tant que variété, une petite place dans ce grand groupe où figurent de nombreux cas très disparates, entre lesquels il serait certainement utile, à tous points de vue, d'établir un classement.

VINGTIÈME LEÇON

Le délire des négations dans la folie systématique (paranoia) hypocondriaque.

Sommaire. — I. Délire des négations mélancolique; exemple clinique. Origine et signification psychologique du délire des négations mélancolique ; les altérations de la personnalité dans la mélancolie.
II. Le délire des négations dans la folie systématique hypocondriaque ; ses caractères ; exemple clinique.

Messieurs,

En étudiant le délire des négations mélancolique, nous avons vu que les idées de négation peuvent se rencontrer sans grande cohésion, ou même sous une forme absolument asystématique, et d'une façon très transitoire, dans la paralysie générale par exemple, la sénilité, la confusion mentale. Dans d'autres circonstances, elles sont persistantes, reliées entre elles et à d'autres idées délirantes.

C'est l'aspect qu'elles revêtent lorsqu'elles font partie du syndrome de Cotard dans la mélancolie, ou lorsqu'elles se rattachent à certains cas de délire des persécutions systématique, comme je vous en ai montré un exemple, à propos d'une de nos possédées, en vous indiquant, chemin faisant, les points du diagnostic différentiel. C'est ainsi que nous allons les retrouver encore aujourd'hui dans de nouvelles circonstances, dans la folie systématique primitive (*paranoia*) hypocondriaque.

I. — Mais, auparavant, pour rappeler vos souvenirs et vous fournir un terme de comparaison, permettez-moi de

vous rapporter une observation de délire des négations dans la mélancolie, où figurent les traits principaux du syndrome de Cotard.

Mlle R..., âgée de trente-deux ans, fut soumise à notre observation le 3 janvier 1889.

Nous n'avons pu recueillir aucun renseignement sur ses antécédents.

La maladie actuelle remontait au mois de juillet 1888. Mais *depuis trois ans* déjà, Mlle R... était soignée pour des troubles divers des fonctions organiques (anémie, palpitations, perte de l'appétit, phénomènes nerveux, leucorrhée).

Au début, elle était simplement anéantie, perplexe, découragée, triste, sujette à des appréhensions vagues et sans motif. Elle s'était établie; bien que ses affaires prospérassent, elle se figurait toujours que tout allait tourner mal. Elle se considérait comme incapable, et, par suite, sous le coup d'une ruine imminente.

Perplexités continuelles, aboulie, indécisions, inactivité. « Tous ses sentiments, toutes ses *impressions morales se sont faites contraires. J'étais*, dit-elle, *comme si j'avais des remords; aussi j'ai cru que j'avais commis des crimes.* » Alors l'idée lui vient qu'elle était *maudite* de Dieu pour avoir acheté sa maison de commerce. Elle se trouve toute changée et prétend qu'un besoin étrange la pousse à marcher *automatiquement* droit devant elle ; elle est hantée par des *idées de suicide*.

Dès la première nuit de son placement, elle sent quelque chose se décrocher en elle, une série de *sensations internes étranges*, et c'est à partir de ce moment que surviennent des idées de *négation* hypocondriaques.

Voici un extrait d'une lettre de la malade qui fournit sur

son état mental (février 1889) des documents très utiles :

« Ce que je ressens et ce que je pense, je ne le comprends pas bien moi-même ; mais on est forcé de s'incliner devant la réalité du fait. Car, c'est vrai, allez ! je suis maudite et bien maudite de Dieu, sans avoir fait d'autre mal que celui de m'établir. Seulement, ce n'était pas sa volonté, et avec les sentiments que j'avais toujours eus, j'aurais dû ne pas aller à l'encontre ; et à ce que j'éprouvais dès les premiers moments, le comprendre et me retirer. Car ces impressions toujours contraires et ces remords continuels n'étaient que le résultat d'une malédiction divine ; seulement, comme je n'y croyais pas et que de jour en jour je faisais plus d'affaires, j'aurais toujours laissé cette maison avec regret. Ce qui prouve encore que, n'importe comment, il y avait toujours là quelque chose de pas naturel. Et au moment d'entrer à l'asile, pourquoi cette crainte et ces remords anticipés, si je puis m'exprimer ainsi, puisque enfin, pas plus qu'en entrant dans ma maison, je ne faisais de mal ? Pourquoi avoir été choisie dans le monde entier pour porter le poids de la malédiction de Dieu ; car, je le sens bien, c'est fini maintenant, et comme tout le reste, c'est une chose qui s'est faite contrairement en moi.

« Il n'y avait certainement pas de mal à prendre une maison où j'avais tout pour moi et tout pour réussir ; et comme je vous l'ai dit, à partir de ce jour où j'y suis entrée, j'ai eu des remords et tout a tourné contre moi en impressions contraires, ce qui me faisait toujours dire : « Mais je suis « donc maudite depuis que j'ai cette maison-là ! »

« Maintenant, j'entre à l'asile avec ce même sentiment de toujours me reprocher si je ne me fais pas soigner. Et la première nuit que j'y suis, ma malédiction se consomme avec une impression contraire et une chose contraire, puis-

que partout et toujours c'est le corps qui reste inanimé et l'âme qui s'en va, et à moi c'est l'âme qui est partie et mon corps qui est resté pour se détruire et se consumer, comme Dieu l'ordonnera.

« C'est drôle, mais c'est vrai, Monsieur le docteur, ce que je vous dis là, et je demande toujours de ne pas manger et rien prendre ; ce n'est pas que cela me peine de manger ni que je ne sente le goût de ce que je mange, mais je sens que je ne dois pas manger. Et ce n'est pas une idée, c'est comme tout le reste, une impression contraire, et qu'aujourd'hui ma vie est inutile à la société comme à moi-même et à ceux qui m'entourent, et alors ce que je prends est un vol à ceux qui restent et qui m'entourent.

« Maintenant ma vraie, ma ferme impression et conviction, la voilà : quand est-ce que mon corps se dissoudra ou se brûlera comme Dieu l'ordonnera ? Cela, je n'en sais rien. Si vous voulez me garder jusque-là, quand ce ne serait que comme étude et curiosité, je ne vous coûterai pas grand'chose, puisque je ne mangerai pas et que je travaillerai toujours bien pour la maison pour ce que j'userai. Contrairement à toutes les autres malades, ce n'est pas le médecin qui me guérira, mais moi qui lui dirai ce qu'il en est, car assurément que c'est vrai que mon corps change toujours, et je comprends bien que vous, médecin, n'y compreniez rien, puisque, comme je vous le dis en commençant, moi-même je ne puis ni me l'expliquer, ni comprendre. Pourquoi, si ce n'était pas comme je vous le dis, ne ressentirais-je ni le goût, ni le désir de retourner chez moi ? Pourquoi, lorsque tout le monde est complaisant et gentil pour moi, éprouver toujours un sentiment de honte, de gêne et de souffrance qui, je le sens maintenant, durera toujours ? On dit qu'il n'y a point de si grand crime auquel il

ne soit fait miséricorde; je n'en ai jamais commis, mais j'ai toujours porté cette maison comme maudite pour moi, et quand je pense à ce qu'il adviendra de moi plus tard, je me vois, ou mieux je vois seulement mon âme planer au-dessus de l'enfer : je serai à l'enfer ce que Dieu est au ciel, et toujours, toujours, je me demande pourquoi? »

Vous le voyez, Messieurs, l'évolution de la mélancolie est absolument typique dans ce cas, et je ne crois plus, après tout ce que je vous ai dit à ce propos, avoir besoin de vous en indiquer de nouveau les raisons.

Par la suite, la malade continue à insister sur ses *impressions contraires;* sous ce nom, elle fait allusion à des phénomènes psychologiques de nature différente. Ce sont d'abord, à l'en croire, les phénomènes de la sensibilité morale, ses sentiments qui se sont faits contraires. « Autant j'étais gaie, dit-elle, autant je suis triste aujourd'hui; autant j'avais d'énergie, autant je n'en ai plus; autant je tournais les choses du bon côté, autant je vois tout en noir. » C'est de là que sont venus ce qu'elle appelle *ses remords*, puis l'idée que c'était l'effet d'une malédiction divine.

D'un autre côté, les impressions contraires ont trait aussi à la perception des objets extérieurs qui, bien que nettement perçus, ne produisent plus les mêmes impressions. « Autrefois, quand j'entendais une cloche sonner l'angélus, par exemple, cela me faisait plaisir; aujourd'hui, cela me fait une impression désagréable. Je vois, je souffrirais de ne pas voir, et ce que je vois ne me fait pas plaisir. »

Plus tard enfin, nous retrouvons à leur maximum ces impressions contraires dans le domaine de la cénesthésie, comme exagération des modifications premières de la sensibilité générale et viscérale, reliées aux troubles somatiques du début et ayant abouti à la formation d'un nouvel état

cénesthétique pénible : « Je ne suis plus comme tout le monde, je sens bien que tout mon corps change. J'allonge; je me suis sentie grandir en une seule fois de 15 centimètres, et cependant ma taille est la même et ma robe me va toujours ; il est vrai que certaines parties de mon corps se sont rapetissées. Mon corps ne me fait pas la même impression. J'ai senti ma tête changer dix fois de forme ; je n'ai plus de moelle ; il me semble que ma tête et mes os sont en bois, je ne les sens pas comme avant. Je n'ai plus de cœur; j'ai bien quelque chose qui bat à la place, mais ce n'est pas mon cœur, cela ne bat pas comme avant. Je n'ai plus d'estomac, je n'ai jamais la sensation d'avoir faim. Quand je mange, je sens bien le goût des aliments ; mais quand ils sont au gosier, je ne sens plus rien ; il me semble qu'ils tombent dans un trou ; autrefois, je sentais, lorsqu'ils descendaient dans l'estomac, s'ils étaient chauds ou froids. Je ne sens plus mes yeux remuer, et, pour les tourner, il faut que je tourne la tête. Autrefois, quand je pleurais, je sentais mon cœur bondir et cela me dégonflait; aujourd'hui, je pleure sans rien ressentir ; je ne sais pas d'où ça vient. »

Ce sont ces diverses impressions contraires qui sont l'origine des idées de négation : « Je n'ai plus de facultés, plus de sentiments, plus d'organes ; tout est tombé. Je ne suis plus comme les autres : je n'ai plus d'estomac, plus de matrice, plus de parties génitales; je les ai senties se décrocher en arrivant ici ; plus de cervelle, plus de seins. La prunelle de mes yeux est décollée; mes cheveux étaient au-dessus des oreilles, ils sont tombés dans le cou. Je sais bien que je ne suis pas comme avant ; ma matrice a grossi d'abord, puis elle est partie, je n'en ai plus ; mes hanches ne sont plus à la même place. Ma poitrine est creuse, il n'y a rien

dedans. Quand on met la main sur l'oreille, on entend le bourdonnement du sang ; moi, je n'entends plus rien, c'est comme si tout s'en était allé et que je sois morte. »

Telle est aussi l'origine des autres idées délirantes. « Tout ce que je ressens me fait la sensation d'être en enfer, et de subir des peines. *Je suis parmi les diables. Je suis maudite.* Je suis en deux, mon âme est en enfer et mon corps est resté ici pour se dissoudre. J'ai bien senti quelque chose se séparer de moi. Il me semble que je suis morte. Il est vrai que je parle, que je marche, que je travaille, mais c'est comme un automate. »

Quelques semaines plus tard (mars 1889), nouvelles idées délirantes : « Je ne guérirai jamais et *je ne mourrai jamais;* je ne suis pas comme les autres, le poison lui-même n'agirait pas sur moi. » Un jour Mlle R... a tenté de s'évader : « Elle se sentait, dit-elle, plus que jamais *poussée* à marcher droit devant elle. Le Juif errant est condamné à marcher jusqu'au Jugement dernier; elle, elle est condamnée à marcher *plus longtemps encore !* »

Refus d'aliments total : « Il est inutile qu'elle mange, puisque ses organes sont détruits, puisqu'elle est morte. »

Paroxysmes anxieux : dans l'intervalle, elle s'analyse très bien, mais cependant ne renonce pas à ses interprétations délirantes. « Il lui semble, dit-elle, qu'elle est folle, et cependant elle ne l'est pas. »

Outre les troubles de la sensibilité générale et viscérale, il faut noter quelques troubles de la sensibilité spéciale, des *hallucinations* revêtant le caractère signalé par Cotard chez les négateurs mélancoliques : hallucinations élémentaires, ou, si elles sont plus caractérisées, en rapport avec les idées antérieures des malades; enfin le sens de la vue est le plus intéressé.

Elle a entendu par l'oreille la voix de Dieu qui lui a dit une fois : « Tu es maudite, » et elle a vu ces mots écrits sur le mur. Mais, à cette époque, il y avait déjà trois mois qu'elle était malade, et que, pour expliquer le changement survenu en elle, elle se disait à elle-même : « Mais tu es maudite. » Une autre fois, à la même époque, elle a entendu : « Tu as une maladie à laquelle on ne comprend rien, » traduction hallucinatoire d'une de ses pensées habituelles, ainsi que vous pouvez le voir par la lettre dont je viens de vous donner connaissance.

Depuis, elle a eu aussi des hallucinations visuelles en rapport avec ses idées délirantes : elle a vu le diable, l'enfer. Ces hallucinations ne se présentent que la nuit, les personnages sont indistincts, ce sont plutôt des ombres qu'elle voit sur le mur. Pour l'ouïe de même, elle n'entend que des bruits.

Objectivement, l'examen des différents modes de la sensibilité et des appareils organiques ne révèle rien de bien particulier, sauf de l'anémie et un mauvais état des voies digestives. Pas de stigmates hystériques.

Messieurs, l'histoire de cette malade nous la montre bien comme une véritable mélancolique. Nous y retrouvons, de la façon la plus nette, cette coordination de symptômes que nous avons étudiée dans la mélancolie.

D'abord, ce sont, pendant un assez long temps, des troubles divers des fonctions organiques venant modifier déjà le complexus cénesthétique habituel; puis un état d'anéantissement, d'inactivité, d'aboulie, de découragement, d'appréhension, en un mot l'arrêt psychique et la douleur morale. Plus tard apparaissent dans la conscience des idées délirantes adéquates reprises par la malade à titre

d'interprétation, de justification de ses sentiments qui se sont faits contraires. Tout cela est, chez elle, aussi net que possible.

C'est sur ce fond morbide que se constitue le syndrome de Cotard, dont nous retrouvons les éléments au grand complet : délire mélancolique (idées d'auto-accusation, d'incapacité, d'indignité, de damnation, de malédiction divine) avec tous les caractères généraux que nous avons étudiés ; idées de négation, idées d'immortalité de caractère pénible, troubles de la sensibilité générale et surtout viscérale, quelques hallucinations avec les traits particuliers que nous leur avons reconnus en ces circonstances, anxiété, propension au suicide, refus d'aliments.

De plus, Messieurs, cette observation très caractéristique peut nous éclairer sur la pathogénie des idées de négation et sur les altérations de la personnalité dans la mélancolie.

La personnalité humaine, ainsi que l'a fort bien exposé M. Ribot, n'est, en résumé, qu'un complexus, et c'est dans les phénomènes les plus élémentaires de la vie qu'il faut en rechercher les premiers éléments. C'est le sens organique, le sens du corps, quelque vague qu'il soit d'ordinaire, constituant ce que nous avons appelé la *cénesthésie*, qui est la base de l'individualité psychique. Sensations organiques liées à la respiration, à la circulation, venant du canal alimentaire, de l'appareil génital, dépendant de l'état des muscles, de l'état de la nutrition générale, etc. ; telles sont, avec la constitution propre des centres nerveux en vertu de laquelle ils réagissent, les conditions physiques de la personnalité.

D'un autre côté, c'est en elles que prennent naissance tous nos états affectifs, émotions, penchants, sentiments ;

depuis les simples tendances liées à la conservation de l'individu ou de l'espèce, jusqu'à celles plus élevées qui supposent le développement complet de l'intelligence. Bien qu'on ne puisse souvent leur assigner de base organique immédiate, elles ont cependant toujours leurs racines dans l'organisme et sont prédéterminées par lui.

Enfin, pour une autre part encore, la personnalité est composée d'un ensemble de sensations, images, idées représentant le milieu habituel où l'on vit, où l'on se meut, avec les souvenirs qui s'y rattachent.

Cette personnalité réelle, avec sa masse énorme d'états plus ou moins conscients, se résume dans notre esprit en une tendance fondamentale, sorte de schéma assez vague d'ailleurs. C'est l'idée de notre personnalité, la personnalité consciente, qui n'est pas une représentation de tout ce qui se passe dans les centres nerveux, mais un extrait, une réduction.

Messieurs, si vous vous reportez à ce que je vous ai dit de la nature de la mélancolie vraie, vous comprendrez aisément les altérations de la personnalité qu'elle comporte.

Rappelez-vous que cette affection est toujours accompagnée, suivie, même précédée de troubles divers des fonctions organiques se résumant dans la conscience en un nouvel état cénesthétique. L'état de douleur morale qui a en lui sa cause première est une nouvelle atteinte portée à la personnalité par le côté émotionnel. Enfin la diminution de l'énergie psychique s'accompagne d'un défaut de synthèse, d'assimilation psychologique des images, des sensations, si bien que les souvenirs ou les objets extérieurs sont mal perçus, n'arrivent à la conscience qu'incomplets, déformés, et, d'autre part, par suite de l'état de douleur morale, n'ont

plus le même accompagnement émotionnel qu'autrefois. Les impressions deviennent contraires, comme dit notre malade.

Ces modifications dans la faculté de comprendre et de sentir altèrent profondément la constitution du moi et amènent le malade à se trouver autre physiquement et moralement, à douter de ses facultés intellectuelles, des propriétés et de l'existence des objets extérieurs. C'est l'hypocondrie morale, la mélancolie sans délire.

Peu à peu, ces états morbides s'amplifient, prennent corps, s'organisent et s'unifient en une conception fausse qui, suscitée automatiquement par le mécanisme de l'association, est prise par le malade comme une explication naturelle de son état et devient à son tour un centre d'attraction vers lequel tout converge. C'est la mélancolie délirante.

Entre ces états de mélancolie simple, ou délirante sous la forme habituelle, et ceux qui s'accompagnent du syndrome de Cotard, il n'y a qu'une différence, non de nature, mais de degré, ainsi que le montre souvent l'évolution de la maladie. Quelles qu'elles soient, d'ailleurs, les idées délirantes plus spéciales de négation, d'immortalité reposent toujours, alors, sur le même fonds pathologique. Elles ont la même origine et se présentent au même titre, avec les mêmes caractères que les autres.

Par suite des atteintes portées aux différents éléments constitutifs de la personnalité, cénesthésie, émotions, activité intellectuelle et de l'organisation des nouveaux états morbides, il se forme donc comme un nouveau schéma de la personnalité, qui coexiste, d'ailleurs, avec l'ancien dans la conscience du malade. Les deux paraissent « miens », bien qu'ils se contredisent ; les malades trouvent que tout reste

le même, quoique tout soit changé. L'état de conscience actuel en évoque un semblable, mais qui a un autre accompagnement. A côté du maintenant, comme chez notre malade, il y a toujours l'évocation de l'autrefois. Bien qu'il y ait en apparence deux personnalités, la scission n'est pas complète ; elles ont des points communs et sont toujours jugées « miennes » par le sujet.

Dans les cas où se manifestent des idées de possession spéciales — au fond, simple exagération de la contradiction intérieure habituelle à ces malades, de leurs impressions contraires — l'altération de la personnalité devient très évidente. Ils la traduisent eux-mêmes en disant qu'ils se croient doubles ; la personnalité nouvelle, plus envahissante, est aussi plus indépendante, pouvant devenir même étrangère au sujet, qui ne la juge plus sienne.

Avec les idées de négation, il semble que nous assistions à une extension plus grande encore du schéma nouveau de la personnalité aux dépens de l'ancien, qui se réduit de plus en plus. Il n'y a là rien qui puisse surprendre, si l'on cherche à quoi correspondent ces idées de négation.

Les modifications survenues, par le fait même du fond mélancolique, dans l'énergie psychique et les conditions affectives de la personnalité, l'état d'aboulie et de douleur morale font que l'individu se trouve autre intellectuellement et moralement, l'amènent à douter de ses facultés, puis à les nier, passant ainsi de l'humeur négative, comme disait Griesinger, inhérente à tout état mélancolique, à la négation caractérisée.

Quant aux idées de négation portant sur le monde extérieur, elles dérivent de la même source. Les fonctions sensorielles ne paraissent pas atteintes chez ces malades objec-

tivement. Ce n'est donc pas là qu'il faut chercher la raison des idées de négation portant sur le monde extérieur, mais plus haut, dans la synthèse des sensations brutes, dans la perception personnelle. Un symptôme que je vous ai signalé chez les mélancoliques négateurs met sur la voie de l'explication : c'est la perte de la vision mentale. Or, de même qu'ils ont perdu la faculté de se représenter les objets vus autrefois, d'assimiler à leur conscience personnelle les images qui sont la base des souvenirs de ces objets, de même les diverses sensations fournies par les objets actuels ne sont pas synthétisées complètement et incorporées à la masse des acquisitions antérieures qui constituent la personnalité. Ces objets n'apparaissent plus avec toutes les qualités qui servaient à les reconnaître. Les malades, comme disent certains d'entre eux, « voient sans comprendre ». Ce qui existe pour les sensations visuelles, on peut l'admettre pour les sensations émanant des autres sens.

D'autre part, en admettant même que la perception des objets extérieurs puisse être normale, le changement survenu dans le ton émotionnel fait qu'ils ne produisent plus sur le moi des malades les mêmes modifications émotionnelles qu'autrefois. Ce sont ces raisons différentes qui les amènent à nier, d'une façon ou d'une autre, les caractères ou même l'existence des objets mis en cause. Cette négation particulière n'est qu'un défaut de la perception personnelle des sensations ou des images.

Quant aux idées de négation hypocondriaque, elles sont en relations étroites avec les perversions de la cénesthésie. Recevant de leurs organes des sensations nouvelles, altérant le complexus cénesthétique habituel, condition fondamentale de la personnalité, les malades se disent changés et en arrivent à nier les parties de leur corps qu'ils ne recon-

naissent plus. Le fait est trop net chez notre malade pour que j'y insiste.

Au degré extrême, l'individu nie sa propre existence. Mais cette négation s'exprime d'une façon particulière. « Il me semble que je suis morte, dit notre malade; il est vrai que je parle, que je marche, que je travaille, mais c'est comme un automate. » La négation, en fait, n'est pas absolue et ne fait que traduire des états de conscience différents de ceux du passé. En face du nouveau moi, si envahissant qu'il soit, l'ancien ne disparaît pas complètement; il hérite quelquefois des dépouilles de l'autre, ne fût-ce que de certaines acquisitions devenues automatiques. « La personnalité, dit M. Ribot, résulte de deux facteurs fondamentaux, la constitution du corps avec les tendances et les sentiments qui la traduisent et la mémoire. » Si le premier facteur peut être, dans le cas actuel, très atteint, le second, la mémoire, subsiste toujours à un certain degré. L'amnésie, fût-elle accentuée, reste incomplète, partielle; si les malades semblent ne pas toujours relier la personnalité nouvelle à l'ancienne, ils donnent du moins, sur cette personnalité qu'ils regrettent, des détails assez précis; d'ailleurs, la mémoire organique au moins subsiste toujours.

L'idée d'immortalité a la même origine et la même signification. J'ai insisté devant vous, Messieurs, sur le caractère complexe de cette idée d'immortalité. Nous avons vu que les malades qui disent ne plus exister, ne l'entendent pas au sens matérialiste du mot. Ils se croient en dehors des conditions communes d'existence, dans une existence indéfinissable, qui, d'autre part, durera éternellement. S'ils se déclarent morts, c'est qu'ils n'ont plus les sensations de leur existence antérieure; d'autre part, la conscience qu'ils

ont de leur état nouveau, inconnu à l'état normal, les porte à croire que cette nouvelle existence n'aura pas de limites.

Le caractère complexe de cette idée d'immortalité nous montre bien que la notion de l'ancienne personnalité ne s'efface pas complètement. En même temps que les modifications de cette dernière amènent l'idée de non-existence, la formation d'une nouvelle personnalité de caractères tous différents suggère au malade l'idée d'immortalité. Suivant que l'un ou l'autre des deux schémas prédomine dans la conscience, le malade se dit tantôt mort, tantôt immortel, ou même les deux à la fois, expression logique et naturelle d'un état où l'ancien moi et le nouveau, la vitalité et l'anéantissement, se font équilibre.

Cela nous montre bien qu'il ne faut pas accorder, avec certains auteurs, trop d'importance à cette idée d'immortalité qui, sous une formule en apparence très différente, n'est qu'une variante de l'idée de négation et ne fait que traduire un même phénomène psychologique.

Telle est, Messieurs, l'origine première des idées de négation : une fois entraîné dans cette voie, d'ailleurs, le malade finit souvent par nier de parti pris, par simple opposition, par une sorte d'habitude délirante. Mais à leur origine, ces idées diverses ne sont toutes que l'expression d'altérations intéressant les éléments divers de sa personnalité.

L'interprétation psychologique de tous ces cas ne me paraît pas douteuse. A la suite de perturbations organiques, dont le résultat est de déprimer et de pervertir la faculté de sentir et de penser, il se forme un groupe d'états cénesthétiques et psychiques qui tendent à modifier la constitution du moi d'une manière sourde, lente, mais tenace. Peu

à peu, cette nouvelle manière d'être, faisant partie intégrante du moi, en change la constitution, — c'est la mélancolie simple ou délirante ordinaire; — ou même de nature plus envahissante, peut le transformer presque tout entier, — c'est le délire des négations mélancolique.

II. — Nous allons maintenant, Messieurs, envisager le délire des négations dans des cas très différents, bien souvent confondus avec les précédents et qu'il importe cependant de distinguer; je veux parler de l'hypocondrie systématique primitive.

Le délire des négations peut se rencontrer, en effet, au cours de la folie systématique (paranoia) primitive. Tantôt, dans certains de ces cas désignés plus spécialement en France sous le nom de *délires polymorphes* des faibles d'esprit, il se montre accompagnant les idées délirantes habituelles. Il se présente alors sous une apparence peu systématisée, mobile, souvent même contradictoire, réalisant ainsi comme une forme de transition entre les idées de négation asystématiques et celles qui sont systématisées.

Mais, d'autres fois, il se présente avec tous les caractères d'une véritable systématisation, comme chez ces persécutés possédés que nous avons examinés. Rappelez-vous l'exemple que je vous ai montré en vous indiquant les caractères différentiels qui peuvent servir, en pareille occurrence, à le distinguer du délire des négations mélancolique.

Il est alors relié, comme nous l'avons vu, à d'autres idées délirantes. Mais il est d'autres cas où il constitue à lui seul tout le délire. Ce sont ceux qui se rapportent à la *variété hypocondriaque* de la folie systématique.

On distingue habituellement, Messieurs, les hypocondriaques en simples ou délirants suivant qu'ils se bornent

à exprimer, sur l'état de leur santé, des préoccupations que le médecin seul peut juger exagérées ou sans fondement, ou suivant qu'ils les traduisent sous une forme délirante aux yeux de tous.

Cette distinction, basée sur le degré de vraisemblance des idées, n'est nullement justifiée. En réalité, il n'y a pas d'autre différence entre l'hypocondrie simple ou délirante qu'une simple différence de degré.

Les préoccupations hypocondriaques simples, comme le délire hypocondriaque, peuvent se rencontrer dans des états vésaniques bien différents au point de vue nosologique, et se présenter avec des caractères variables suivant l'affection à laquelle ils se rattachent, obsessions, paralysie générale, mélancolie, etc.

Mais, dans le langage courant, on réserve plus spécialement le nom d'hypocondriaques pour désigner une catégorie de malades qui, par les caractères cliniques de leurs préoccupations particulières, semblent rentrer dans le groupe de la folie systématique primitive. Ce sont ceux-là que nous envisageons maintenant.

Délirante ou non, l'hypocondrie est un état psychopathique essentiellement caractérisé par des préoccupations exagérées sur l'état de la santé, en rapport avec des sensations subjectives, que le patient cherche à interpréter d'une façon plus ou moins raisonnable dans leurs causes et dans leurs conséquences.

Ces symptômes, qu'on pourrait appeler *physiques*, de l'hypocondrie ne se distinguent guère que par la réaction psychique qu'ils déterminent, les interprétations dont ils deviennent l'objet, de ceux qu'on observe dans certains états nerveux ou diathésiques : névralgie générale, état nerveux,

névropathie protéiforme, irritation spinale, neurasthénie, etc.

Ce qui constitue en propre l'hypocondrie, c'est surtout le côté intellectuel, cette réaction psychique exagérée qui porte l'individu à s'inquiéter, à s'alarmer pour le moindre malaise.

Le plus généralement, l'hypocondrie apparaît comme un état constitutionnel, se manifestant dès la puberté, parfois même dans l'enfance, accompagnant le sujet dans tout le cours de son existence, réveillé ou exagéré par toutes sortes de causes physiques (maladies organiques, troubles fonctionnels) ou morales (ennui, épidémies, lectures, etc.), si bien que, lorsque se formulent des idées véritablement délirantes, elles ne sont, à vrai dire, que l'exaspération des tendances antérieures.

C'est là déjà, comme vous le savez, un des caractères fondamentaux de la folie systématique primitive.

Mais il en est d'autres. Vous retrouvez, par exemple, dans les préoccupations de l'hypocondriaque, ce mode de rayonnement centripète, ce caractère égocentrique qui nous le montre rapportant tout à lui-même, égoïste, méfiant, susceptible, orgueilleux, accusateur tout comme le persécuté systématique, et, en même temps inconscient de la fausseté de ses idées, incapable de toute critique, ayant en elles une foi absolue.

L'exaltation, maladie de la sensibilité qui lui rend toutes les impressions pénibles ou douloureuses, le place pour ainsi dire dans un milieu nuisible. Il s'imagine trouver autour de lui des influences pernicieuses, accuse le milieu cosmique, la chaleur, le froid, l'atmosphère, la température, les courants d'air..., ou bien les aliments, boissons,

médicaments, thème incessant d'analyses et de conjectures. Il se croit souvent une susceptibilité particulière aux médicaments, qui n'agissent pas sur lui de la même manière, aux mêmes doses, que sur les autres personnes. De là aux idées d'empoisonnement et de persécution il n'y a qu'un pas; il se trouve aisément franchi. Cette susceptibilité des sens est d'ailleurs purement imaginaire et dépend surtout des dispositions morales du moment. Quoi qu'il en soit, le malade n'en est pas moins sûr de l'exactitude de ses sens, ne se livre à aucun contrôle, n'admet aucune critique et garde rancune à qui le surprend en flagrant délit d'erreur.

De même que nous recherchons dans le monde extérieur la cause de nos sensations, de même l'observation des réactions qui se produisent sur lui à l'occasion des impressions externes, et dont beaucoup sont purement subjectives, oblige l'hypocondriaque à chercher au dehors la cause de ses souffrances (délire convergent) et lui donne l'illusion d'une cause prise sur le fait.

Aussi ne doute-t-il plus, comme le mélancolique, dont les préoccupations, portant sur l'avenir, sont toujours incertaines; il est sûr de son fait, de la cause *actuelle* qu'il accuse de lui nuire.

S'il existe chez lui, comme chez le mélancolique, des troubles cénesthétiques, ils sont quelque peu différents. Ils correspondent plutôt à l'exaltation qu'à la diminution de la sensibilité. En même temps, ils ne s'accompagnent plus de modifications dans l'exercice des facultés, dénotant une dépression de l'activité psychique volontaire. Loin d'être diminuée, entravée, elle reste tout au moins intacte, quand elle n'est pas exaltée, ce qui arrive le plus souvent. Aussi les préoccupations hypocondriaques portent-elles surtout

sur le physique et non sur le moral, et note-t-on, en général, un certain degré d'exaltation du moi qui arrive à faire parfois de l'hypocondriaque, toujours égoïste et susceptible, un véritable orgueilleux.

Au lieu de présenter cet état fondamental de dépression, d'anxiété du mélancolique, sa passivité, sa résignation, ces malades conservent, comme les délirants systématiques, les apparences de la raison. Comme eux ils sont actifs, ils luttent, se défendent, cherchent du secours.

Bien rarement ils pensent à se suicider ; en revanche, ils deviennent aisément persécuteurs.

En résumé, autophilie, méfiance et haine à l'égard du monde extérieur, susceptibilité, tendances aux accusations, tels sont les traits du caractère individuel de l'hypocondriaque, qui se reflèteront plus tard dans son délire, d'une façon vraiment pathologique.

Par suite, comme les considérations précédentes ont pu vous l'indiquer, il diffère de celui du mélancolique, pour se rapprocher au contraire de celui du persécuté. Il est à noter, d'ailleurs, que ces malades évoluent souvent vers le délire des persécutions systématique.

Aussi, est-il aisé de distinguer le délire de négation de l'hypocondriaque systématique de celui du mélancolique par la détermination de ses caractères cliniques, de l'ensemble symptomatique et de l'évolution de la maladie. Rappelez-vous aussi qu'il se limite à de simples négations portant sur la constitution physique, et ne s'accompagne pas des autres symptômes, qui constituent le syndrome de Cotard. Enfin, il n'existe plus ici de ces troubles primitifs fondamentaux émotionnels et abouliques, que nous avons vus être l'essence même de la mélancolie, le délire n'en

constituant que l'interprétation. S'il existe des troubles émotionnels, de l'anxiété parfois, ce ne sont plus que de simples réactions sous l'influence des idées délirantes.

Voici, d'ailleurs, Messieurs, un exemple clinique. En le comparant à celui que je vous ai communiqué tout à l'heure, vous saisirez facilement les différences qui les séparent.

Mme M..., âgée de trente-sept ans, est la fille d'un *père* vif, emporté, sujet à des colères effrayantes, surtout quand il avait bu, et cela lui arrivait souvent ; il est mort, noyé par accident. Un de ses *frères*, très buveur, a eu des accidents délirants ; un autre *frère* a eu « comme une fièvre chaude ».

La *mère* de la malade, toujours souffrante, était sujette à des crises nerveuses, probablement hystériques ; elle était d'un caractère très sombre. Elle avait quatre sœurs très nerveuses aussi : « C'est, nous dit-on, dans la famille. » L'une d'elles a deux filles qui ont des attaques de nerfs « tout ce qu'il y a de plus compliqué ».

Une sœur de la malade est bien portante ; une autre a des crises nerveuses de nature hystérique.

Pas de consanguinité ; peu de différence d'âge entre les parents. Grands parents inconnus.

Comme *antécédents personnels*, j'ai relevé une rougeole à deux ans, une fluxion de poitrine à neuf ans. Pas de renseignements sur le développement dans l'enfance ; notre malade apprenait bien à l'école ; elle fut toujours d'un caractère égoïste.

Vers l'âge de neuf ou dix ans, une nuit, elle se relève, va s'asseoir dans une autre chambre, et, une fois réveillée, elle n'avait pas conscience de l'acte qu'elle venait d'accomplir.

Un jour, vers l'âge de treize ans, sans aucun motif, elle voit

tout d'un coup tout tourner autour d'elle; elle se met à pousser des cris. On lui applique des sangsues et, à la suite de la perte de sang, ses nerfs ont, nous dit-on, pris le dessus. Elle eut des attaques de nerfs; ses membres se tordaient; elle restait cinq minutes sans respirer, on la croyait morte; claquements de dents.

Elle fut réglée à seize ans, mais jamais bien régulièrement; avait de la leucorrhée presque constante, souffrait de troubles anémiques et manifestait des inquiétudes continuelles au sujet de sa santé.

Elle crache beaucoup depuis six ans, quelquefois du sang depuis quatre ans.

A la mort de son mari, survenue quatre ans auparavant, elle resta deux mois sans voir ses règles; elle était devenue, dit-elle, très nerveuse, abattue, ennuyée et irritable. Cependant elle s'occupait de son ménage, mais sans s'y intéresser; elle ne restait pas chez elle où elle avait peur; il lui fallait de la société, tandis que, du vivant de son mari, elle n'aimait pas sortir et restait volontiers seule. Elle avait des cauchemars la nuit; elle voyait son mari et l'entendait parler.

Depuis cette époque jusqu'au mois d'octobre 1888, rien de bien spécial; elle était très faible, digérait mal, avait des palpitations, des vertiges, de la céphalalgie occipitale, des douleurs erratiques, du tremblement des jambes, surtout le matin. Ses pieds et ses mains étaient toujours glacés; les règles, irrégulières, revenaient deux fois par mois. Elle se préoccupait beaucoup de sa santé et était de plus en plus triste et inquiète à ce sujet.

En octobre 1888, attaques de nerfs s'annonçant par de l'oppression épigastrique, un étranglement à la gorge, un serrement à la tête. Elles duraient quelquefois jusqu'à trois

quarts d'heure, ne s'accompagnaient jamais de perte de connaissance, et pendant tout le reste de la journée étaient suivies de tremblements et d'éructations. Elles revenaient jusqu'à trois fois par jour et ne se montraient jamais la nuit. Dans l'intervalle, Mme M... se plaignait toujours de n'être pas bien.

Ces attaques ont duré jusqu'au mois de janvier 1889. Alors elle a senti comme si tout en elle se paralysait; ses forces s'en allaient petit à petit. Elle a cependant continué à travailler jusqu'à son entrée dans un hôpital, vers le mois de mai. Elle se disait de plus en plus faible, avait peur de tomber en marchant. Le sommeil, déjà mauvais depuis les crises, avait complètement disparu.

A cette époque ont apparu les premières idées de négation : « Elle ne se sentait plus intérieurement; elle ne sentait pas ce qu'elle mangeait, les aliments passaient comme si on les jetait dans un puits; il lui semblait que tout son corps était creux des pieds à la tête; sitôt qu'elle a commencé à s'affaiblir, elle avait déjà dit que ses jambes étaient creuses. »

Cet état n'a fait que s'accentuer jusqu'au moment où la malade fut soumise à notre observation.

Le 30 juillet 1889, elle nous est apportée sur un brancard; elle prétend ne pas pouvoir marcher, gémit que son corps est changé complètement, qu'il n'y a plus dedans rien de ce qu'il y avait autrefois. « C'est comme un corps qui se meurt et qui finit. Ce n'est plus pareil, je ne puis plus rien endurer. Je ne sais plus si j'ai encore des intestins; tout est changé en moi, je ne me sens plus le corps, il vaudrait mieux que je le sente. Tous les aliments passent sans que je sente rien, si c'est chaud ou froid. Je suis un corps vide. Ma tête est creuse, il ne doit plus y avoir de cervelle. La respi-

ration s'est perdue, je ne respire plus ; je ne m'aperçois pas si l'air est chaud ou froid. Je ne vais pas vivre longtemps. Tout le monde est changé autour de moi, il me semble que tout s'en va. Ma famille elle-même ne s'occupe pas de moi. Je ne peux plus remuer, je sens que cela est fini. » Pas d'hallucinations sensorielles ; quelques hallucinations motrices communes ; elle se sent parfois descendre en terre ou monter au ciel. Pas d'autres idées délirantes.

Notons, en passant, ce détail, que souvent elle ne trouve pas un chiffre, elle n'en dort pas de la nuit, cela lui *obstine* la tête.

Bien que la malade ne marche pas, elle n'est nullement paralysée ; tous les mouvements sont conservés, même ceux adaptés à la marche et à la station debout. Il n'y a pas non plus ni abasie ni astasie. Son refus de marcher, de se lever, est un simple acte d'opposition en rapport avec ses idées de négation, « qu'elle ne peut plus remuer », ainsi qu'elle le dit elle-même. On peut s'en rendre compte en la plaçant, par exemple, au milieu de la salle. Si l'on refuse alors de s'occuper d'elle, au bout de quelques instants de plaintes et de gémissements, de manifestations de désespoir, elle se relève seule et regagne son lit.

La sensibilité au contact et à la douleur paraît diminuée des deux côtés, surtout à gauche. Cet examen est très difficile, car la malade prétend ne rien sentir, « puisque son corps est démanché ». Cependant elle sent réellement : à chaque attouchement imprévu, elle dit en même temps n'avoir rien senti ; sa négation équivaut donc à une affirmation. D'ailleurs, en insistant, elle finit par répondre assez volontiers pour permettre un examen sommaire de la sensibilité. L'examen objectif de la sensibilité musculaire, du sens musculaire et articulaire reste négatif.

Les sens spéciaux sont absolument normaux. Rien à noter du côté de l'œil en particulier : champ visuel normal, vision des couleurs intacte, pupilles égales, réflexes iridiens conservés.

La respiration est peu profonde, entrecoupée de gémissements. L'auscultation et la percussion ne fournissent aucun renseignement.

Le cœur est intact, les extrémités sont froides, sans œdème ni troubles vaso-moteurs.

Les règles sont irrégulières, abondantes; leucorrhée.

On ne constate pas de tremblement, pas d'embarras de la parole.

Pas d'anomalies morphologiques sensibles.

L'état mental de cette malade reste, par la suite, toujours identique. Mêmes idées hypocondriaques de négation ; son corps est vide, il est creux, tout en sort, et, pour le prouver, elle fait des efforts incessants d'éructation, de crachement. Gémissements continuels; elle réclame sans cesse des soins, des médicaments qu'elle refuse lorsqu'on les lui donne. Elle se plaint qu'on ne s'occupe pas d'elle. On ne connaît rien à sa maladie; on ne veut pas croire que son corps est creux ; elle examine sans cesse ses crachats, ses garde-robes. Par la suite, elle s'alimente d'une façon insuffisante, parfois refuse même de manger.

Amaigrissement progressif, état cachectique; mort par tuberculose pulmonaire le 10 mars 1892, sans aucune modification de l'état mental.

Durant tout son séjour, cette malade n'a jamais eu d'attaques.

Voilà donc, Messieurs, une dame qui formule un véritable délire de négation hypocondriaque; mais vous pouvez voir

par son histoire qu'à aucun moment l'affection ne se présente sous l'aspect de la mélancolie et revêt une physionomie clinique bien différente.

Appartenant à une famille où les tares héréditaires sont très accentuées, Mme M... présente dès l'enfance des accidents névropathiques. En grandissant, sa santé reste toujours précaire, et l'on voit alors apparaître les premières tendances hypocondriaques. Elles ne feront que s'accentuer par la suite, lorsque se manifestent des signes plus évidents d'épuisement nerveux, pour se traduire en dernier terme sous la formule d'un délire de négation hypocondriaque, systématisé et persistant. Ce délire ne se montre ainsi, après une évolution lente et progressive, qu'à titre d'exagération, d'hypertrophie des tendances personnelles antérieures.

Ce n'est plus là l'évolution de la mélancolie avec ses troubles abouliques et émotionnels fondamentaux interprétés secondairement par le délire, mais celle de la folie systématique (paranoia) primitive.

Aussi le délire présente-t-il des caractères généraux en rapport avec le fond pathologique qui lui a donné naissance. Outre son caractère primitif, il exprime d'une façon évidente un sentiment d'autophilie, d'exagération du moi, bien différent du sentiment d'humilité du mélancolique négateur.

Le caractère égocentrique, le rayonnement centripète des conceptions fausses se traduit par des idées comparables au délire des persécutions des aliénés systématiques. Toujours préoccupée d'elle-même, elle se plaint sans cesse des personnes qui l'environnent, parce qu'on ne connaît rien à sa maladie, qu'on ne fait pas attention à elle.

Ayant une foi absolue dans la réalité de ses convic-

tions délirantes, ne se livrant à aucune critique, mais interprétant tout dans le sens de ses tendances particulières, cette malade, au lieu de se résigner ou de se borner à déplorer son malheureux sort, lutte et résiste, réclamant sans cesse des soins, des médicaments.

Enfin les troubles émotionnels, d'ailleurs peu accentués, qu'elle présente, ne sont que des modes de réaction provoquée par le délire. Au lieu de cet état de douleur morale qui fait le fond de la maladie chez les négateurs mélancoliques, il n'y a plus que des récriminations sans fin, des lamentations, des gémissements, simple résultat de ses préoccupations au sujet de sa santé.

D'un autre côté, il est à remarquer que l'on ne retrouve pas ici les éléments du syndrome de Cotard. Tout se borne à la présence des idées de négation, et encore ne portent-elles que sur la constitution physique, sont-elles purement hypocondriaques.

Ces idées hypocondriaques de négation sont encore en rapport avec des troubles cénesthétiques, se relient à l'altération des sensations dans leur élaboration cérébrale, à des perturbations de la sensibilité, elles-mêmes réveillées et entretenues par les idées délirantes.

On doit remarquer d'ailleurs que le délire de négations hypocondriaque, seul ou associé à d'autres idées délirantes, ne se montre souvent chez les hypocondriaques systématiques qu'au bout d'un assez long temps. On trouve un fait très remarquable de ce genre dans Krafft-Ebing. Mais il n'a plus alors, comme dans la mélancolie, la signification d'un de ces états de chronicité, secondaires aux formes psychoneurotiques, et rangés quelquefois sous la dénomination de *paranoïa secondaire*. Il se manifeste seu-

lement comme l'exagération des tendances natives particulières de l'individu et ne constitue ainsi qu'une des variétés délirantes du cadre de la *paranoïa primitive*.

Toutefois, si l'on peut admettre que l'affection, dans son ensemble, corresponde à un développement anormal de la personnalité, celui-ci doit être plutôt considéré comme une cause adjuvante que comme la cause réelle et efficiente du délire des négations hypocondriaque, qui ne fait toujours que traduire au dehors, à un moment donné, une modification de l'état cénesthétique antérieur, des conditions physiques de cette personnalité jusque-là simplement anormale.

D'un autre côté, les caractères mêmes de ces troubles complexes de la personnalité nous permettent d'affirmer que, dans le cas actuel, ils ne sont point en rapport avec les accidents hystériques notés au cours de l'observation ; car ils ne se présentent nullement sous la forme caractéristique de la désagrégation psychique reliée à l'hystérie.

Telles sont, Messieurs, les considérations que je voulais vous exposer sur l'existence du délire de négation dans l'hypocondrie systématique primitive. Bien que résumées, elles pourront suffire, je l'espère, à vous montrer l'importance qu'il y a à distinguer nettement ces cas, bien souvent confondus avec ceux de délire de négation mélancolique. Rappelez-vous d'ailleurs, qu'il est encore d'autres formes de folie systématique primitive et même d'autres états psychopathiques, où peuvent se rencontrer des idées de négation. Aussi est-il nécessaire, en chaque circonstance, de se livrer à une analyse exacte, de bien établir des distinctions absolument indispensables si nous voulons arriver à nous faire une idée précise de la signification et de l'importance de ce délire particulier.

VINGT ET UNIÈME LEÇON

De l'examen morphologique chez les aliénés et les idiots [1]

SOMMAIRE. — Généralités : des caractères descriptifs et anthropométriques. De la tête : A. — Crâne : ses limites ; caractères descriptifs : inspection et palpation. — Craniométrie : instruments, points de repère, principales mensurations ; indications fournies par l'examen du crâne. — Principales déformations du crâne.

B. Face : ses limites ; caractères descriptifs : inspection et palpation. — Prosopométrie : instruments, points de repère, principales mensurations ; indications fournies par cet examen.

MESSIEURS,

Dans les affections qui relèvent du domaine de la médecine générale, l'examen morphologique des malades est complètement relégué au second plan. Si l'on vient à le pratiquer, on se borne à examiner les seules modifications de la forme du corps en rapport avec la maladie existante.

Chez les aliénés, au contraire, cet examen des formes du corps doit être fait complètement et en détail ; *non pas qu'à lui seul il suffise pour établir l'existence ou la pathogénie* de l'affection que vous cherchez, mais il acquiert de l'importance en ce sens qu'il peut fournir parfois des renseignements utiles au point de vue étiologique, en nous révélant seulement les traces d'anomalies diverses, d'états

(1) Ces leçons sont extraites d'un cours clinique élémentaire sur l'examen général des aliénés, fait à l'hospice de la Salpêtrière en août 1889, et ont été publiées d'après les notes recueillies par MM. Béchet, interne provisoire, et A. Marie, externe des hôpitaux, dans la *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, 1891.

pathologiques dont nous aurons ensuite à spécifier, à l'aide d'investigations d'un autre ordre, la nature et les rapports avec l'affection mentale.

Effacée et de moindre importance chez certains de nos malades, qui ne diffèrent guère à cet égard d'individus parfaitement sains d'esprit, cette partie de l'examen somatique acquiert une valeur plus grande dans d'autres catégories, se composant surtout de ces individus qu'on a englobés sous la dénomination si peu précise de *dégénérés*, et parmi lesquels figurent au premier rang les idiots. Mais, quelque insuffisantes et secondaires que puissent être les données résultant de cet examen dans la majeure partie des cas, il n'en doit pas moins être pratiqué; car il complète l'étude générale du malade, étude qui doit être faite d'une façon d'autant plus minutieuse que nous avons moins de moyens à notre disposition pour pénétrer la nature intime des troubles de la pensée. Un grand nombre d'altérations morphologiques, en effet, dépendent d'un trouble de développement durant la période embryonnaire ou durant les périodes successives du développement de l'organisme. Or, en raison même du lien étroit qui unit la fonction à l'organe et de ce principe biologique que l'esprit n'est qu'une fonction de l'organisme considéré dans son ensemble, on peut être amené quelquefois, par la constatation des altérations du type anthropologique, à soupçonner, chez certains aliénés, un trouble concomitant dans le développement de l'individualité psychique.

L'examen morphologique des aliénés a été jusqu'ici fort négligé, au moins en France, où, depuis les travaux de Morel (1), cette étude n'a fait l'objet que de mémoires par-

(1) Morel, *Traité des dégénérescences et Études cliniques.*

tiels, épars çà et là dans différents périodiques. A l'étranger même, il n'y a guère, du moins à ma connaissance, de travail d'ensemble sur la question. Et je ne pourrais citer, à ce propos, que le livre du professeur Morselli (1) qui, dans une série de remarquables leçons, a étudié en détail toute la séméiologie générale des affections mentales.

Cette question doit cependant être d'autant moins laissée de côté qu'elle acquiert depuis quelque temps une plus grande importance, par suite de l'impulsion donnée à l'anthropologie criminelle et du point de vue particulier auquel est faite aujourd'hui l'étude de la criminalité dans ses rapports avec les déviations de l'esprit.

L'examen morphologique complet devrait comprendre non seulement les anomalies de la conformation extérieure, mais encore celles des organes internes, *qui peuvent être seuls intéressés*. Pour celles-là, l'autopsie est nécessaire. Nous nous contenterons, pour le moment, d'envisager les premières, celles qui nous sont accessibles sur le vivant.

Ne croyez pas toutefois, Messieurs, que ce soit une étude d'anthropologie que j'aie l'intention de vous soumettre; vous seriez certainement déçus dans votre attente. Je me bornerai tout simplement à une revision des différentes particularités que l'examen somatique extérieur peut nous révéler, et à une exposition des données principales, indispensables, *élémentaires* et surtout *très pratiques* que vous pourrez utiliser à l'occasion autant en clinique qu'en médecine légale.

De tous les modes d'investigation qui composent l'examen général de l'aliéné, celui-là est sans contredit le plus facile; cependant il ne laisse pas parfois d'être assez peu praticable,

(1) Morselli, *Semejotica delle malattie mentali*.

à cause de l'agitation de certains malades, ou de la défiance, ou de l'orgueil de certains autres, qui ne voient là qu'une enquête nouvelle à leur préjudice ou qu'une atteinte à leur haute personnalité.

Cet examen morphologique de l'aliéné — qui ne comporte pas l'examen des fonctions des organes — pourrait se diviser en deux parties :

1° Les caractères descriptifs ;

2° L'examen anthropométrique.

L'exposition successive des résultats divers fournis par ces deux examens nous entraînerait à des répétitions ; aussi me semble-t-il préférable de les faire à la fois pour chaque partie du corps prise successivement. C'est, d'ailleurs, le plan suivi d'habitude dans ses observations par mon excellent maître, M. Bourneville, observations dont vous trouverez de nombreux et intéressants exemples pour la question qui nous occupe dans la collection de ses recherches cliniques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie (1).

D'un autre côté, je me reporterai le plus souvent dans cet exposé, en ce qui concerne la terminologie, les procédés anthropométriques, aux indications de Broca (2), les plus claires et les plus généralement admises.

1. TÊTE. — Nous commencerons notre étude par l'examen de la tête, celui qui a toujours été mis en première ligne. Sans doute, nous ne croyons plus aujourd'hui à la correspondance exacte entre telles irrégularités de l'extrémité céphalique et le développement ou l'atrophie de

(1) Bourneville, *Recherches sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie*, 1880 1890.

(2) P. Broca, *Instructions générales pour les recherches anthropologiques à faire sur le vivant*, 1879.

certaines facultés. Mais, sans aller jusque-là, il y a certaines modifications dans la morphologie de la tête qui se représentent assez fréquemment chez les malades de nos services pour mériter l'attention et faire l'objet d'une mention spéciale.

L'examen de la tête se divise en deux parties, celui du crâne proprement dit et celui de la face.

A. **Crâne.** — Le crâne, tel que nous avons à l'étudier, est cette région de l'extrémité céphalique qui commence en avant au-dessus des sourcils et s'étend en arrière jusqu'à la nuque. Nous n'avons à nous occuper dans cet examen clinique que de la voûte du crâne, la base étant inaccessible à nos investigations. D'ailleurs, je saisis cette occasion pour vous répéter que je n'envisage ici que l'examen sur le vivant ; plus tard, lorsque nous nous occuperons de l'idiotie, nous verrons à étudier ensemble le squelette au point de vue morphologique, ainsi que les anomalies plus profondes des différents systèmes organiques (muscles, viscères, etc.). De ce que je viens de dire précédemment sur les limites du crâne, il résulte ce petit fait, trop souvent négligé et qui a son importance : c'est que pour l'aliéniste, comme pour l'anthropologiste, le front fait partie du crâne et n'a rien à voir avec la face.

L'examen du crâne comporte trois procédés : l'inspection, la palpation (caractères descriptifs), la mensuration (craniométrie).

1° *Inspection du crâne.* — L'inspection qui nous renseignera déjà sur la forme et le volume du crâne comporte l'examen sur quatre faces et doit se faire par *en haut*, *de profil*, *en avant et en arrière*. Par en haut, c'est la méthode

de la *norma verticalis* ou *superior* de Blumenbach, qui, permettant de voir les régions frontales, pariétales, une partie des régions temporales et occipitales, sert à découvrir déjà certaines particularités de conformation, telles que la plagiocéphalie, la brachycéphalie, la dolichocéphalie, etc.

La vue de profil, ou suivant la *norma lateralis* de Camper, montrera le développement proportionnel de la face et du crâne, la forme du front, saillant ou fuyant, l'acrocéphalie, la dolichocéphalie, le degré de proéminence de l'occipital, etc.

La vue de face, suivant la *norma anterior*, *facialis* ou *frontalis* (Prichard), montre la hauteur et la largeur du front, la dépression latérale de la région fronto-pariétale, l'asymétrie frontale, etc.

L'inspection suivant la face postérieure, *norma posterior* (Laurillard) ou occipitale peut donner des indications sur la hauteur des bosses occipitales, la largeur bimastoïdienne, l'implantation des pavillons auriculaires.

2° *Palpation du crâne.* — La palpation des diverses parties du crâne pourra confirmer les résultats donnés par l'inspection et, en outre, permettra de se rendre compte de la nature de certaines saillies, en les faisant rattacher aux parties molles ou aux parties osseuses. — Elle nous permettra d'apprécier la forme générale du crâne, sa grosseur, les dépressions crâniennes, le volume des bosses frontales, pariétales, occipitales ; leur situation symétrique ou non (plagiocéphalie), l'état des sutures crâniennes (scaphocéphalie, trigonocéphalie, os wormiens, hydrocéphalie, encéphalocèle), l'existence de traumatismes antérieurs.

3° *Mensuration du crâne.* — Si l'inspection et la palpation du crâne ont déjà pu nous donner des renseignements

sur la forme, le volume du crâne, il importe de les compléter à l'aide de la mensuration. Aussi, sans entrer dans des détails fastidieux, d'ailleurs peu utiles pour l'aliéniste, qui poursuit un tout autre but que l'anthropologiste et n'a pas besoin de mesures aussi minutieuses, permettez-moi de vous donner quelques indications simples et pratiques à propos des mesures craniométriques qu'il est nécessaire de connaître.

Les instruments indispensables sont : 1° le *compas d'épaisseur* de Broca, analogue au pelvimètre, et qui sert à prendre les diamètres maxima du crâne; 2° le *mètre à ruban*, divisé en centimètres et millimètres, et qui sert à l'évaluation des différentes courbes crâniennes; 3° l'*équerre flexible auriculaire*, formée de deux lames d'acier en forme de T.

Cette instrumentation est, comme vous le voyez, réduite à sa plus grande simplicité; mais je ne saurais trop vous recommander de bien vous assurer de l'exactitude et de la concordance de la graduation de vos instruments.

Les points de repère qu'il vous faut connaître sont les suivants (fig. 3) :

Sur la ligne médiane :

a. La *glabelle*, renflement situé au-dessus de la racine du nez, remplacé quelquefois par un méplat, exceptionnellement par une dépression légère;

b. L'*ophryon* (ὀφρύς, sourcil), au milieu de la ligne transverse sus-orbitaire ou diamètre frontal inférieur, ligne qui correspond sensiblement chez le vivant à l'arc des sourcils;

c. Le *vertex;* ce n'est pas un point anatomique, mais l'endroit le plus élevé du crâne au-dessus du plan horizontal;

d. L'*inion* (ἰνίον, nuque) ou protubérance occipitale externe;

e. Le point occipital *maximum* ou le plus reculé;

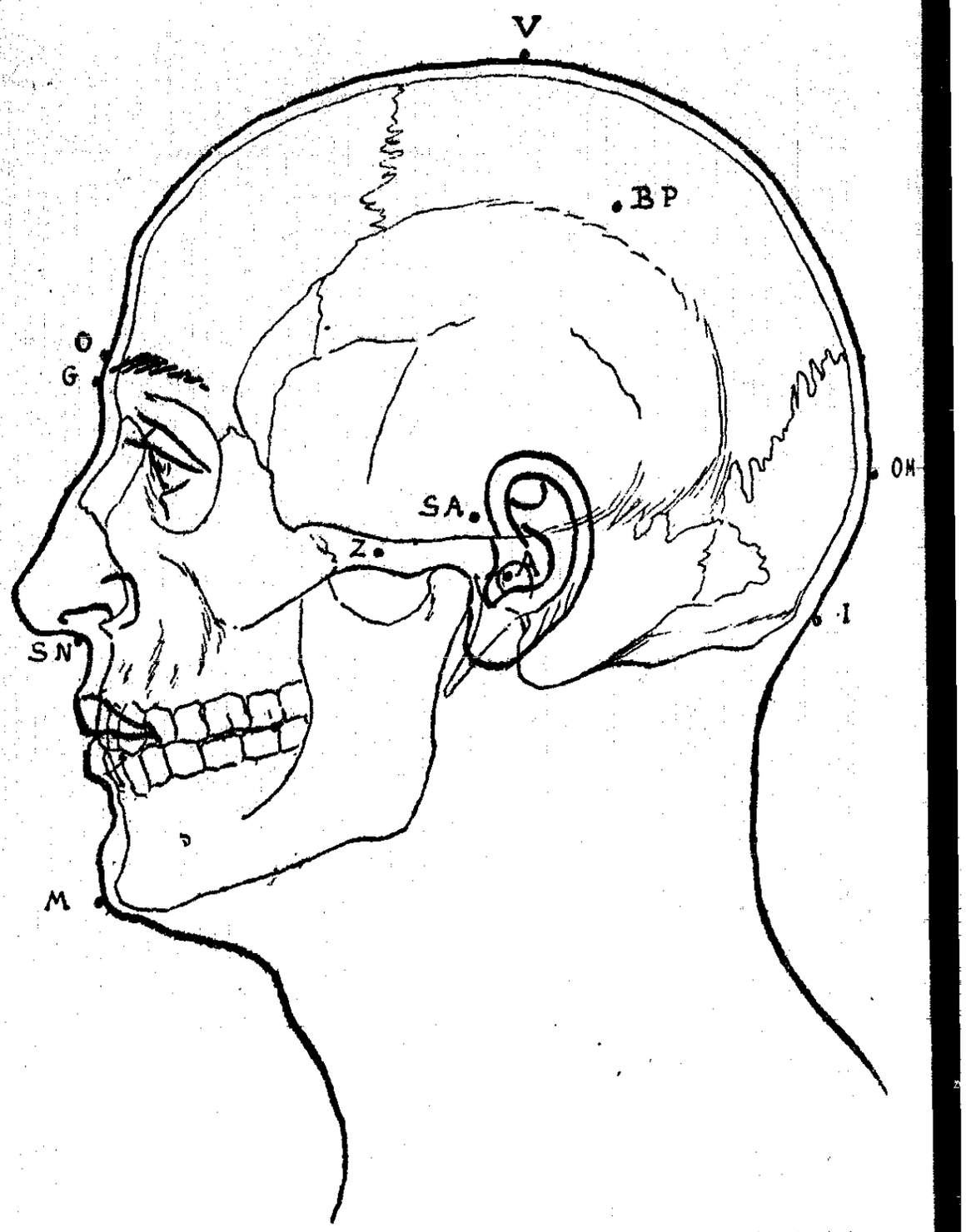


Fig. 3. — Point de repère pour les mensurations cranio-faciales.

G, glabelle ; O, ophryon ; V, vertex ; I, inion ; O M, point occipital maximum ; S A, point sus-auriculaire ; B P, bosse pariétale ; M, point mentonnier ; S N, point sous-nasal ; Z, point zygomatique ; A, point auriculaire.

f. Le *bregma* céphalométrique, dont on détermine la position à l'aide de l'équerre flexible auriculaire. Un tourillon

fixé à la jonction des deux branches est introduit dans le conduit auditif d'un côté ; la branche verticale est fléchie sur la tête et amenée à l'autre oreille. Son point d'intersection avec la ligne médiane antéro-postérieure est le bregma céphalométrique, très peu différent du bregma proprement dit.

Sur les parties latérales :

a. Le *point sus-auriculaire*, situé au devant et un peu au-dessous de l'insertion supérieure de l'oreille, au niveau de la saillie formée par la racine transverse de l'arcade zygomatique ;

b. Le *point le plus saillant des pariétaux ;*

c. L'*apophyse orbitaire externe.*

Les mesures crâniennes utiles à l'aliéniste sont peu nombreuses.

Voici l'énumération de ces mesures avec la façon de les prendre, ainsi que leurs dimensions moyennes ; comme il n'existe, à ce propos, aucun document d'ensemble dans les travaux des aliénistes français, j'emprunte les données suivantes au travail de la commission anthropologique nommée au troisième congrès phréniatrique italien (Reggio Emilia, 1880) et composée de MM. Morselli, Tamburini, Verga, Virgilio, Amadei. Il va sans dire que tous les chiffres que je vous indiquerai ne constituent que des moyennes variables suivant les races, comme d'ailleurs la plupart des caractères anthropologiques, ce qui rend fort difficile l'appréciation exacte de leur valeur chez les aliénés.

1° La *courbe antéro-postérieure* ou *médiane*, ou *longitudinale*, ou *fronto-iniaque*. Elle se prend avec le mètre à ruban, en fixant le zéro à la racine du nez, au-dessous de la glabelle et en faisant passer l'instrument sur le milieu du front, sur le vertex, l'occipital, jusqu'à l'inion.

En général, la longueur de cette courbe, *sur le vivant*, oscille respectivement dans les deux sexes autour de 335 (H) et 310 millimètres (F).

2° La *courbe transverse ou sus-auriculaire*, qui va d'un point sus-auriculaire à l'autre, en passant par le bregma. Cette courbe, chez le vivant, oscille autour de 340 (H) et 325 (F) millimètres.

3° La *circonférence horizontale ou maximum*.

Elle se prend avec le mètre à ruban, en plaçant le zéro à l'ophryon, contournant le crâne en passant au-dessus de l'insertion supérieure de l'oreille, puis par le point le plus saillant de l'occipital pour revenir à l'ophryon en restant de l'autre côté du crâne toujours sur un même plan. — Cette circonférence oscille, chez le vivant, autour de 560 (H) et 520 (F) millimètres.

On y distingue :

a. La *demi-courbe antérieure* donnée par la mesure du segment rejoignant les deux points situés au-dessus de l'insertion supérieure des oreilles en passant par l'ophryon ;

b. La *demi-courbe postérieure* donnée par la mesure du segment joignant les deux mêmes points et passant par le point maximum de l'occipital ;

c. La *demi-courbe latérale droite* allant de l'ophryon au point occipital maximum en passant au-dessus de l'insertion supérieure de l'oreille droite ;

d. La *demi-courbe latérale gauche* prise d'une façon identique du côté gauche.

Ces différentes courbes peuvent être dessinées à l'aide de lamelles de plomb, larges de 1 centimètre, épaisses de 2 millimètres (procédé de Marcé). Ces lamelles étant bien appliquées suivant le trajet de la courbe cherchée, les points de repère y sont marqués avec l'ongle. A leur niveau, on

applique les deux branches du compas, dont on maintient l'ouverture en serrant la vis. On enlève le tout et, la lamelle de plomb étant appliquée sur le papier, on replace les deux pointes du compas aux points de repère marqués; on n'a plus qu'à suivre avec une pointe fine le contour de la lamelle pour reproduire la courbe cherchée. Quelque approximatif que soit ce procédé, c'est encore le plus simple et le plus commode, les autres plus précis (Mies [1], Benedickt [2]) nécessitant des calculs compliqués et une instrumentation coûteuse.

4° *Diamètre antéro-postérieur maximum ou diamètre longitudinal.* Il se prend au moyen du compas d'épaisseur.

On applique avec une main, en se plaçant du côté du malade, une branche de l'instrument sur le point le plus saillant de la glabelle; avec l'autre main, on fait mouvoir l'autre branche du compas sur la partie postérieure de la tête, en restant toujours dans le plan médian antéro-postérieur.

L'écartement maximum des deux branches donne la mesure cherchée, et la branche postérieure du compas indique alors le point le plus saillant de l'occipital, qui n'est jamais l'inion, lequel est toujours plus bas et moins proéminent.

Ce diamètre oscille autour de 190 (H) et de 170 (F) millimètres; c'est, d'ailleurs, une mesure extrêmement variable suivant les races.

5° Le *diamètre transverse maximum*, qui se prend également avec le compas. On fait mouvoir les deux branches du compas sur les parties latérales du crâne; on recherche les points les plus saillants, le plus souvent les bosses pa-

(1) Mies, *Eine neue Methode den Schädel darzustellen*, 1889.

(2) Benedickt, *Kraniometrie und Kephalometrie*, Wien, 1889, traduction française de Kéraval.

riétales, en ayant soin que la ligne qui unit les deux pointes reste toujours dans un plan transversal et rigoureusement horizontal. L'écartement maximum est le diamètre cherché.

Le diamètre transversal maximum oscille autour de 160 (H) et 140 (F) millimètres. Il va sans dire que tous ces chiffres sont des chiffres moyens et que, pour les prendre aussi exacts que possible, il faut avoir soin, surtout chez les femmes, et c'est notre cas, de déplacer les cheveux et de mettre les instruments le plus possible en contact avec la peau.

La connaissance de ces deux diamètres nous mène à la détermination de l'*indice céphalique*. Vous pourrez le calculer au moyen de la formule suivante, établie par Broca :

$$\frac{\text{DT } m \times 100}{\text{DAP } m} = \text{I. C.}$$

Comme vous le voyez par cette formule, pour obtenir l'indice céphalique, il suffira de multiplier par 100 le diamètre transversal maximum et de diviser ce produit par le diamètre antéro-postérieur maximum.

Quant aux divisions de types crâniens fournies par l'indice céphalique et leur dénomination, je ne puis vous les exposer toutes, car elles sont extrêmement nombreuses ; je vous donnerai seulement celle de Broca et celle plus récente de Topinard.

Division de Broca.

Dolichocéphales.	dolicho vrais....	à 75.00 et au-dessous.
	sous-dolicho.....	de 75.01 à 77.77.
Mésaticéphales ..	.....	de 77.78 à 80.00.
Brachycéphales..	sous-brachy.....	de 80.01 à 83.33.
	brachy vrais.....	de 83.34 et au-dessus.

Division de Topinard [1].

Dolichocéphales.	à 64 et au-dessous.....	ultra-dolicho.
	de 65 à 69	dolicho.
	de 70 à 74.....	sous-dolicho.
Mésaticéphales..	de 75 à 76	sous-mésati.
	77.....	médiane.
	de 78 à 79.....	sus-mésati.
Brachycéphales..	de 80 à 84.....	sous-brachy.
	de 85 à 89.....	sus-brachy.
	à 90 et *plus*.....	ultra-brachy.

On peut encore ajouter aux mesures précédentes :

6° La *hauteur du front*, de l'ophryon à la racine des cheveux (compas glissière) ;

7° Le *diamètre frontal minimum*, qui se prend en plaçant les deux extrémités du compas d'épaisseur immédiatement au-dessus des apophyses orbitaires externes, en dehors de la crête frontale.

Quelles sont les indications que nous pouvons déduire de ces différentes mensurations ?

Les diamètres antéro-postérieur maximum et transverse maximum nous ont renseignés respectivement sur la longueur et la largeur de la tête.

L'indice céphalique qui en résulte est, pour l'anthropologiste, le meilleur critérium du type crânien. Mais, au point de vue de la psychiatrie, il n'acquiert de la valeur que lorsqu'il dépasse de beaucoup les limites ordinaires, *ultra-dolichocéphalie* et *ultra-brachycéphalie*.

La courbe antéro-postérieure ne sert pas seulement à dénoter le type dolichocéphale ou brachycéphale, mais elle met aussi en relief la saillie de la voûte du crâne, due sou-

(1) Topinard, *Anthropologie générale*.

vent à des processus hydrocéphaliques, la saillie de l'occipital et de la suture sagittale (scaphocéphalie), etc.

La courbe transverse, outre le type crânien, peut dénoter un développement exagéré des régions temporales (hydrocéphalie), une proéminence de la voûte du crâne (acrocéphalie).

La circonférence horizontale maxima indique d'une façon sommaire le plus ou moins de développement de la tête.

Pour avoir une idée plus exacte du volume de la tête, de la capacité crânienne sur le vivant, on additionne ensemble ces trois courbes ; leur somme donne un chiffre moyen de 1150 à 1250. Mais il faut bien retenir que ces chiffres représentent des longueurs en millimètres et non des volumes. Ce n'est qu'un moyen tout à fait approximatif de savoir si une tête est grosse ou petite, mais cela ne nous renseigne pas le moins du monde sur la capacité interne du crâne.

Les deux demi-courbes, antérieure et postérieure, indiquent le développement relatif des moitiés antérieure et postérieure du crâne. Sans affirmer qu'il y a un rapport constant, ce qui serait une exagération, entre le développement de ces deux parties du crâne et les lobes correspondants du cerveau, il est bon de rappeler cependant que, dans les races inférieures et chez les êtres dégradés, les idiots, par exemple, le développement de la portion occipitale du crâne est supérieure à celui de la portion frontale. A l'appui de ce même fait, je vous citerai, sans y insister, les recherches de Broca sur les crânes des infirmiers et des internes de l'hospice de Bicêtre, recherches qui l'ont amené à constater chez ces derniers, évidemment plus cultivés au point de vue intellectuel, un développement plus grand de la moitié antérieure du crâne.

Les demi-courbes latérales dénotent l'asymétrie des deux

moitiés du crâne. Il est rare de trouver un crâne qui ne présente pas un certain degré d'asymétrie ; ce qui s'explique aisément lorsqu'on réfléchit qu'en dehors de tout trouble pathologique, il suffit, pour la produire, d'un décubitus postéro-latéral prolongé chez l'enfant. Cette asymétrie chez nos malades est fréquente (1) et souvent très accentuée; c'est alors qu'elle prend de la valeur en constituant une véritable déformation, la plagiocéphalie.

La hauteur du front et le diamètre frontal minimum ont pour but de renseigner sur le développement de la région frontale. Mais ce sont des mensurations bien sujettes à caution, surtout la première, parce qu'elle varie beaucoup avec la ligne d'insertion des cheveux.

Je n'insisterai pas maintenant sur les causes diverses des malformations crâniennes, que nous étudierons en détail avec l'idiotie. Elles sont très variables, d'ailleurs, et tiennent en résumé, les unes à un développement anormal de l'encéphale (arrêt de développement, hydrocéphalie), les autres à un vice de développement congénital des parties osseuses (ossification prématurée des sutures, acrocéphalie, scaphocéphalie, etc.), ou à des lésions osseuses (syphilis), à de simples troubles de la circulation sous l'influence d'une attitude vicieuse comme le torticolis (Broca), à une cause mécanique (décubitus, manœuvres artificielles).

Je me bornerai, dans cette conférence, à vous citer quelques-unes des déformations crâniennes les plus fréquentes au point de vue clinique.

A. Anomalies du volume du crane. — 1° *Microcéphalie* (μικρός, petit), crâne petit, fuyant en arrière, face saillante et développée.

(1) Bourneville et Sollier, *Progrès médical,* 1888.

2° *Macrocéphalie* (μακρός, grand), crâne grand ou *képhalonie* (Virchow).

3° *Hydrocéphalie*, crâne volumineux, en forme de boule, resserré à la base, face petite.

B. Déformations pathologiques. — 1° *Plagiocéphalie* (πλάγιος, oblique), déformation la plus fréquente ; crâne oblique, ovalaire, fortement asymétrique, dans lequel la partie antérieure d'un côté et la partie postérieure de l'autre sont plus développées, si bien que le diamètre antéro-postérieur maximum du crâne n'est plus longitudinal, mais oblique.

2° *Scaphocéphalie* (σκάφος, bateau), crâne en forme de toit ou de carène d'un bateau, allongé dans le sens antéro-postérieur, saillie de la suture sagittale.

3° *Acrocéphalie* (ἄκρον, sommet), désigne d'une façon générale les crânes à voûte élevée et plus spécialement les crânes longs, élevés dans la région pariétale, avec le front incliné en arrière.

4° *Trigonocéphalie* (τρίγωνον, triangle), crâne à contour triangulaire, région frontale en forme de coin, élargissement des bosses pariétales. Saillie de la suture médio-frontale (*métopisme*).

5° Je pourrais encore vous citer l'*oxycéphalie*, crâne court, élevé dans la région bregmatique, front perpendiculaire ou incliné en avant ; la *sténocéphalie*, crâne allongé, en forme de coin dans la région bregmatique ; l'*ipsicéphalie*, crâne à vertex élevé dans son ensemble, avec disposition subscaphoïde ; la *sténocrotaphie* (de Virchow), consistant dans l'étroitesse de la région frontale temporale, avec grand développement des arcades zygomatiques, forme losangique du vertex ; la *platicéphalie*, avec vertex déprimé à plat ; la

clinocéphalie, crâne en forme de selle par dépression de la région bregmatique, etc.

6° Enfin, je ferai une mention spéciale pour la *naticéphalie*, déformation du crâne due à la syphilis héréditaire (Parrot [1]) et donnant au crâne l'aspect de ces organes que les Latins désignaient du nom de *nates*.

C. Déformations accidentelles. — Elles peuvent être accidentelles et dues à une attitude vicieuse de l'enfant dans les premières années, ou volontaires par suite de pratiques en usage dans certaines contrées (déformations ethniques). Ces dernières, déjà étudiées par Gosse, ont été observées dans certaines régions de la France, telles que la Seine-Inférieure (Parchappe, Foville), les Deux-Sèvres (Lunier), Toulouse (Broca), etc.

Ces déformations artificielles peuvent-elles avoir une action sur le cerveau et ses fonctions?

Si les manipulations de certaines matrones sur les têtes des nouveau-nés sont incapables de produire une déformation durable, il n'en est pas de même lorsque les compressions sont suffisamment prolongées sur le même point. Dans ces cas, il se produit souvent des accidents mortels par compression du cerveau. Broca a noté des adhérences circonscrites des méninges au crâne dans deux autopsies de déformation toulousaine ; dans d'autres cas, il a trouvé des plaques d'ostéite. Des accidents sérieux, tels que l'hydrocéphalie, la méningite, peuvent, chez l'enfant, être la conséquence de ces manœuvres. Mais il arrive aussi que l'encéphale s'adapte à la forme excentrique donnée à la boîte crânienne. Quelles seront plus tard les fonctions de cet encéphale? La question n'est pas absolument résolue ; seule-

(1) Parrot, *la Syphilis héréditaire*.

ment il résulte des statistiques d'aliénés, publiées par Foville et Lunier, que ces compressions mécaniques du crâne ne sont pas inoffensives; car elles tendent à amoindrir la capacité cérébrale, à troubler le libre développement des circonvolutions dans leur lieu d'élection et ne peuvent que favoriser l'éclosion de maladies cérébrales (l'épilepsie, par exemple) chez des personnes prédisposées.

B. **Face**. — Au point de vue anatomique, la face est la partie comprise entre l'ophryon et le menton dans un sens, et dans l'autre entre les deux arcades zygomatiques.

Comme celui du crâne, l'examen de la face comporte trois procédés : l'inspection et la palpation (caractères descriptifs) et la mensuration (prosopométrie).

1° *Inspection de la face*. — Elle se fait suivant deux plans : la *norma anterior* et la *norma lateralis*. La première nous montre tout d'abord l'expression générale de la physionomie en rapport avec l'état ou l'altération des facultés. Nous aurons l'occasion, à propos de chaque forme en particulier, d'étudier en détail les différents *masques* de l'aliénation. On peut, par ce même procédé, se rendre compte du volume de la face qui, d'une façon générale, varie en raison inverse de celui du crâne. Très développée chez les microcéphales, la face est petite chez les hydrocéphales, comme ratatinée chez les crétins. — De même, on jugera ainsi de la forme du visage, ronde, ovoïde, large et basse ou étroite et allongée, de la forme des yeux, du nez, de la bouche, du développement des arcades zygomatiques, de la largeur de la mandibule, de la régularité ou de l'asymétrie de la face. L'asymétrie faciale est fréquente, en effet, et parfois très accentuée chez nos malades.

Faite de profil (*norma lateralis*) l'inspection servira encore à nous renseigner sur la forme et le volume de la face en nous permettant surtout de juger du développement de la mâchoire inférieure et de l'existence possible du prognathisme.

D'une façon générale, le *prognathisme* est l'allongement ou la proéminence des mâchoires. Il est double et complet lorsque les deux mâchoires ainsi que les dents se portent en avant, et que par conséquent le menton recule. Il est simple et partiel suivant qu'il est maxillaire ou alvéolo-dentaire, sur les deux ou sur une seule mâchoire. Quelques auteurs ont cherché à donner au mot *prognathisme* une signification plus générale, celle de développement de la totalité du maxillaire supérieur par rapport à la base du crâne cérébral. C'est alors le prognathisme facial qui se mesure sur le vivant en calculant l'angle facial de Camper au moyen du goniomètre facial médian de Broca; nous y reviendrons tout à l'heure.

Je dois à ce propos vous mettre en garde contre l'existence du prognathisme artificiel dû à la pression de la langue sur les incisives (Hamy) ; ce fait est très fréquent chez les crétins.

Je vous signalerai encore une déformation faciale qui se rapproche du prognathisme, et qui consiste dans un allongement de la mandibule tel, que le menton et les dents inférieures se trouvent sur un plan très antérieur à celui du maxillaire et des dents supérieurs. Le développement de la mandibule se rencontre assez souvent chez nos malades (idiots, débiles, etc.), et certains auteurs y attachent une grande importance (Lombroso) (1). Vous savez également

(1) Lombroso, *l'Homme criminel* et *Progrès de l'anthropologie criminelle*.

qu'il constitue une des déformations les plus frappantes de l'acromégalie. Sur la mandibule, vous pourrez encore rencontrer une anomalie dite *atavique*, l'apophyse lémurienne d'Albrecht, saillie de l'angle de la mâchoire sur le bord inférieur.

L'inspection de la face comporte également l'examen des organes des sens, mais cet examen est assez important pour faire l'objet d'une étude spéciale dans notre prochaine réunion.

2° *Palpation de la face.* — La palpation nous renseignera sur le développement des saillies osseuses, et sera surtout utile pour nous permettre de dire si, dans les cas d'asymétrie faciale, cette asymétrie est due aux parties molles (hémiatrophie faciale, démence hémiplégique) ou aux parties osseuses. Ces dernières asymétries dues à un développement anormal des os de la face ou à des synostoses prématurées des sutures de la base du crâne sont de beaucoup les plus importantes. Ce sont celles que Lasègue avait regardées comme caractéristiques de l'épilepsie dite *essentielle*.

3° *Mensuration de la face.* — Les instruments nécessaires sont : 1° le *compas-glissière* de Broca, sorte de compas d'épaisseur à branches droites, analogue à l'esthésiomètre, et qui sert à mesurer la hauteur et la largeur de la face; 2° le *goniomètre facial* médian oblique de Broca ou la *double équerre* pour prendre l'angle facial.

Les points de repère à connaître sont les suivants :

Sur la ligne médiane :

a. L'*ophryon;*

b. Le *point mentonnier*, au milieu du bord inférieur de la mandibule;

c. Le *point sous-nasal*, à la jonction de la cloison avec la lèvre supérieure ;

d. Le *point alvéolaire*, au niveau du point d'implantation des deux incisives supérieures.

Sur les parties latérales :

e. Le *point zygomatique*, au niveau de la partie la plus saillante de l'arcade zygomatique ;

f. Le *point auriculaire*, au centre de l'orifice externe du trou auditif.

A l'aide de ces points de repère, vous prendrez les mesures suivantes :

1° Le *diamètre bizygomatique* ou *facial transverse maximum*, en appliquant les pointes du compas-glissière sur les points les plus saillants de l'arcade zygomatique.

2° La *hauteur du visage*, en appliquant une pointe du même compas à la racine des cheveux et l'autre au point mentonnier (on devra se méfier pour cette mensuration de la possibilité d'une calvitie commençante).

De même que pour le crâne, ces deux mensurations vous donneront un indice, l'*indice du visage*, qui s'obtiendra en multipliant le diamètre bizygomatique par 100 et en divisant ce produit par la hauteur du visage. C'est ce qu'indique la formule suivante :

$$\text{I. V.} = \frac{\text{D. T.} \times 100}{\text{H}}.$$

3° La *longueur faciale supérieure* ou *distance ophryo-alvéolaire*, qui s'obtient en plaçant une pointe du compas-glissière à l'ophryon et l'autre sous la lèvre supérieure, au niveau du point alvéolaire. Cette longueur, multipliée par 100 et divisée par le diamètre bizygomatique, donnera l'*indice facial*, d'après la formule suivante :

$$\text{I. F.} = \frac{\text{L. F.} \times 100}{\text{D. T.}}.$$

Un moyen mnémotechnique pour retenir les formules des différents indices dont je vous ai parlé est de se rappeler que c'est toujours la mesure la plus grande qui est prise comme dénominateur.

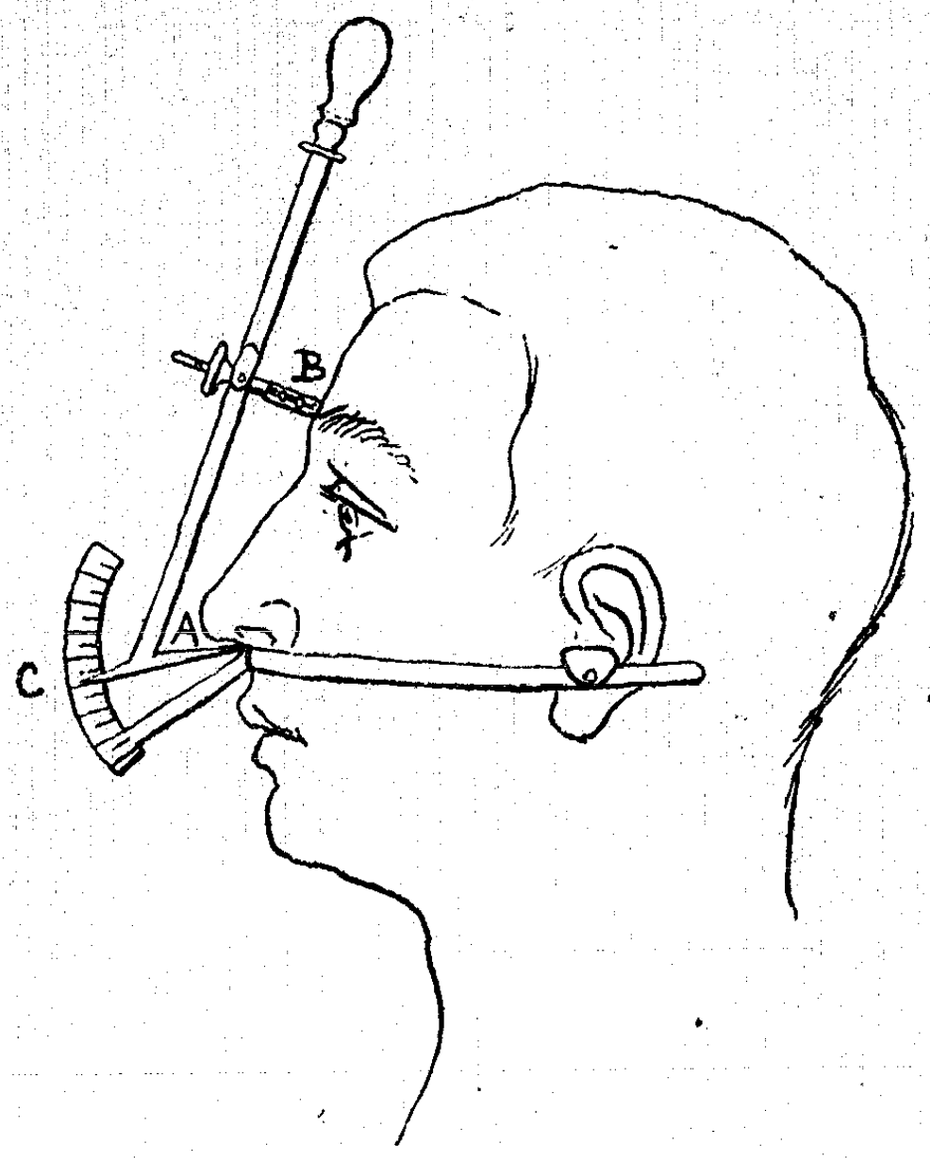


Fig. 4. — Goniomètre facial médian oblique de Broca.

4° L'*angle facial*. — C'est l'angle formé par la rencontre de la ligne faciale (ophryo-dentaire) allant de l'ophryon au point sous-nasal avec la ligne auriculo-dentaire (plan de Camper) qui est horizontale, parallèle aux axes visuels et allant du point sous-nasal au point auriculaire.

Cet angle peut se mesurer au moyen du *goniomètre* fa-

cial médian oblique de Broca (fig. 4). Cet instrument se compose de deux parties : la *base*, formée d'une lame d'acier élastique représentant la ligne auriculo-dentaire et portant à chaque extrémité un petit tourillon mobile, et sur le milieu un cadran gradué; l'*indicateur*, composé d'une tige représentant la ligne faciale, portant un curseur et terminée par une aiguille disposée obliquement. Pour calculer l'angle facial, on place la lame d'acier élastique sur la lèvre supérieure, le milieu qui porte l'arc gradué correspondant au point sous-nasal, et l'on fixe cette lame en ajustant les tourillons dans les conduits auditifs externes. La tige de l'indicateur est placée de telle façon que l'aiguille A corresponde au point sous-nasal et que le curseur B repose sur l'ophryon.

L'angle facial chez les Européens varie de 80 à 85 degrés.

L'angle facial peut également se mesurer à l'aide de la *double équerre*, méthode indirecte et qui permet en même temps de calculer le triangle facial de Cuvier (fig. 5).

Cet instrument consiste en une tablette en bois, graduée, portant du haut en bas un sillon dans lequel s'adapte une équerre horizontale, également graduée en millimètres. Sur cette dernière est adaptée une seconde équerre plus petite, mobile, qui sert à marquer les points de repère. Le sujet appuie la tête sur la tablette fixée au mur, et regarde à l'horizon, de façon que le plan de Camper, ligne auriculo-sous-nasale, soit horizontal.

On peut alors obtenir les éléments principaux des proportions de la tête :

1° La distance OB′ du conduit auditif à la planche graduée ou projection horizontale du crâne postérieur; 2° la distance CB′ du point sous-nasal au même plan, ou axe horizontal de la tête; 3° la distance AB de l'ophryon au

même plan, ou projection crânienne totale horizontale; 4° la hauteur BB′, ou hauteur sus-auriculaire de l'ophryon.

Pour construire le triangle facial ACO, on tire d'abord la ligne CB′, de longueur connue. A partir de B′, on porte au compas une longueur égale à OB′ pour déterminer le point O,

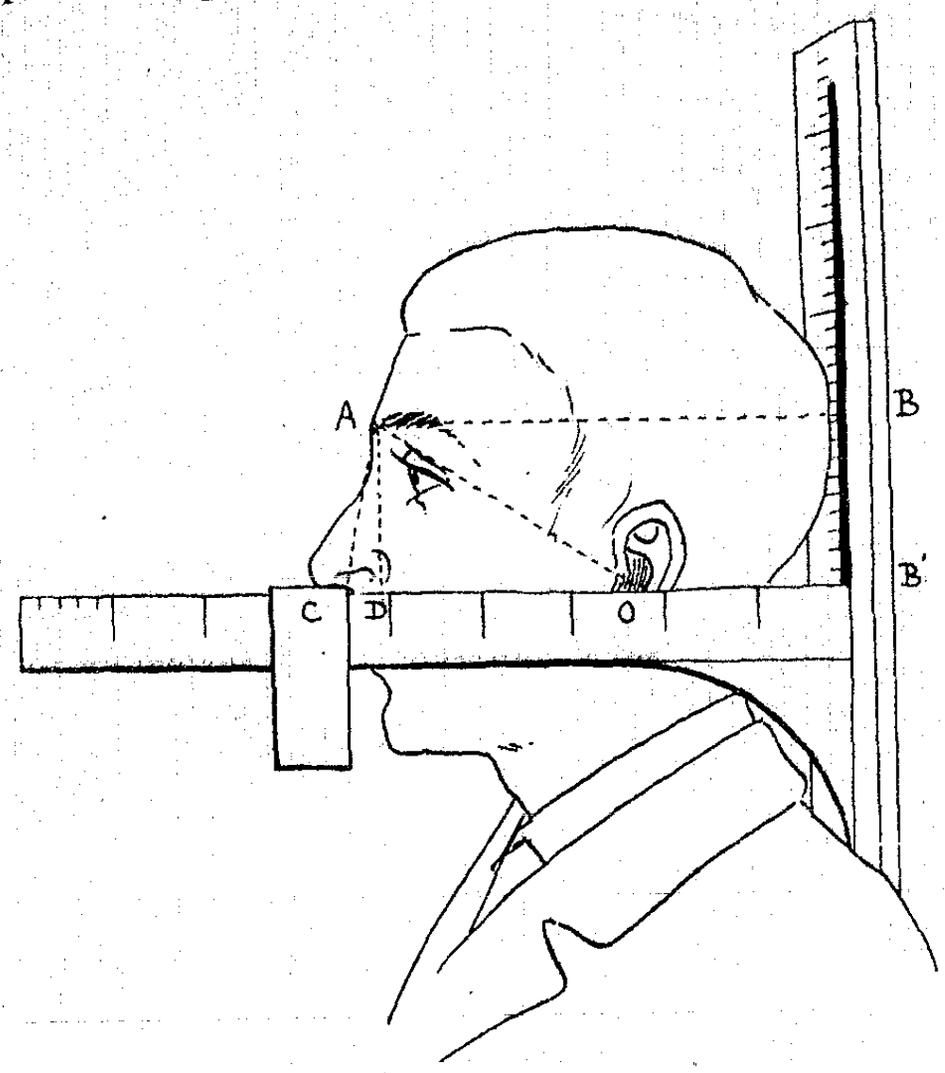


Fig. 5. — Double équerre.

et une seconde égale à AB pour déterminer le point D. De ce point D, on élève sur BC une perpendiculaire, sur laquelle on marque au compas une longueur égale à BB′ pour déterminer le point A. Il ne reste plus qu'à tirer les lignes CA et AO pour avoir le triangle facial de Cuvier; l'angle ACO de ce triangle sera l'angle facial de Camper qu'on pourra mesurer au rapporteur.

Ce procédé fournit encore une indication précieuse. En effet, l'axe horizontal de la tête se trouve ainsi divisé en trois parties qui sont, d'avant en arrière, la projection faciale CD, la projection du crâne antérieur DO, la projection du crâne postérieur OB′. La comparaison de ces trois éléments fournit des résultats intéressants pour le développement respectif des différentes parties de la tête.

En outre, le rapport de la projection faciale CD à la hauteur AD donne l'indice du prognathisme.

Les inconvénients de ce procédé sont que souvent, si le sujet est très brachycéphale ou bossu, la tête ne peut toucher la muraille sans déplacer le plan horizontal ; en outre, il exige du sujet une immobilité souvent difficile à obtenir de nos malades. Aussi la mesure directe de l'angle facial sera-t-elle plus facile avec le goniomètre. Mais, dans les cas où le procédé de la double équerre sera applicable, il a l'avantage, comme je viens de le dire, de donner le triangle facial et de renseigner sur les rapports respectifs de la tête.

En résumé, la mensuration des diamètres de la face a pour but de nous renseigner sur sa forme et son développement ; l'indice du visage faisant connaître la forme générale du visage, allongée ou arrondie, tandis que l'indice facial est important pour les comparaisons craniométriques.

Quant aux différents types de la face, orthognathisme, curygnathisme, prognathisme, ils ont en psychiatrie peu de valeur ; seul le prognathisme, lorsqu'il est vrai et très marqué, est important à signaler parce qu'on l'a regardé alors comme un stigmate d'infériorité. Nous retirons sa connaissance, comme nous l'avons vu, de l'évaluation de l'angle facial, qui devient de plus en plus aigu à mesure que le prognathisme s'accentue.

VINGT-DEUXIÈME LEÇON

De l'examen morphologique (suite).

Sommaire. — Face (*suite*). — Examen descriptif des organes des sens. — Pavillon de l'oreille. — Yeux : orbites, paupières, globe de l'œil. — Nez. — Bouche : lèvres, voûte palatine, voile du palais, langue, système dentaire.

II. Tronc et membres : anthropométrie, instruments, points de repère. — Caractères descriptifs : anomalies de conformation. — Organes génitaux : examen descriptif. — Peau et appendices cutanés : examen descriptif. — Classification des données de l'examen morphologique.

Messieurs,

L'étude de la tête, que nous avons pratiquée dans notre dernière conférence, doit être complétée par un examen descriptif des différents organes des sens.

C. **Organe des sens**. *Oreilles*. — Pour mieux étudier les déformations du pavillon auriculaire, voyons rapidement quelle en est la configuration normale (fig. 6).

Je ne vous parlerai pas de la situation ni de la forme générale de l'oreille humaine que vous connaissez tous. Si l'on considère la face externe du pavillon de l'oreille, ce qui frappe à première vue, c'est le nombre de saillies et de dépressions qu'on y remarque. Les saillies sont au nombre de quatre : l'hélix, l'anthélix, le tragus, l'antitragus ; les dépressions au nombre de trois : la conque, la fossette scaphoïde, la fossette intercrurale.

L'*hélix* est ce repli saillant qui commence à se dessiner

dans la partie antérieure de la conque au-dessus du conduit auditif externe (racine de l'hélix) et qui borde ensuite toute la circonférence du pavillon, sauf à la partie inférieure. Son bord libre, recourbé en dedans, doit être régulier, sans échancrures, ni saillies ; il en est de même de la circonférence.

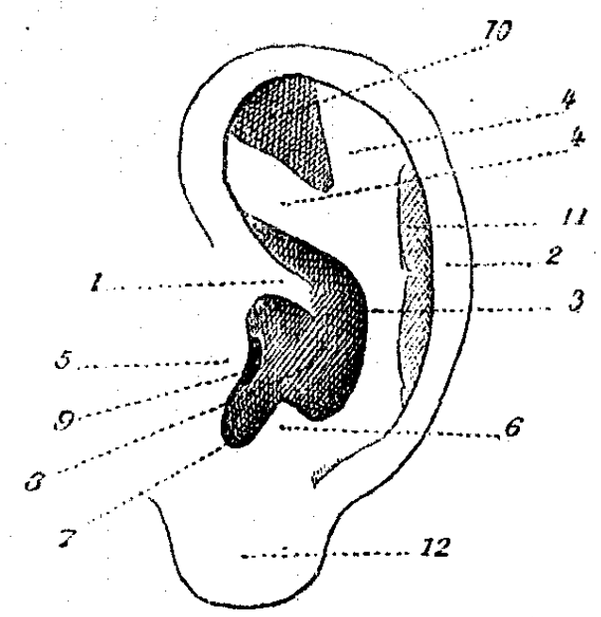


Fig. 6 (d'après Féré et Séglas, in *Revue d'anthropologie*, 1886).
Schéma du pavillon de l'oreille (face externe).

1, racine de l'hélix ; 2, hélix ; 3, anthélix ; 4, crura furcata ; 5, tragus ; 6, antitragus ; 7, incisure intertragienne ; 8, conque ; 9, conduit auditif externe ; 10, fossette intercrurale ; 11, fossette scaphoïde ; 12, lobule.

L'*anthélix* borde en arrière la cavité de la conque, faisant face à l'hélix. A la partie supérieure, l'anthélix semble se bifurquer et donne naissance à deux saillies en forme de *fourche* (*crura furcata*), la postérieure verticale, l'antérieure recourbée en avant et formant le bord supérieur de la cavité de la conque. Ces deux saillies circonscrivent entre elles une dépression triangulaire à sommet inférieur, la *fossette intercrurale*. En arrière de la branche postérieure de la fourche se trouve une dépression allongée dans le sens vertical et recouverte par le repli de l'hélix : c'est la *fossette scaphoïde*.

Le *tragus* est une saillie pyramidale à sommet postérieur, située au devant du conduit auditif externe dont il forme le contour extérieur. Il est séparé en haut de la racine de l'hélix par une échancrure. Au-dessous et en arrière du tragus se trouve une autre saillie pyramidale, à sommet supérieur, l'*antitragus*, situé à la partie inférieure de l'anthélix et sur son prolongement. Il limite en bas et en dehors la cavité de la conque et est séparé du tragus par l'*incisure intertragienne*. A l'état normal, le tragus et l'antitragus ne forment pas de saillie en dehors.

La *conque* est la grande cavité située à la partie moyenne du pavillon, entourée par l'anthélix et la branche antérieure de la fourche, l'antitragus, l'incisure intertragienne et le tragus. A sa partie antérieure se trouve l'orifice du conduit auditif externe. Le fond de cette cavité est uni, sauf à la partie antéro-supérieure où se trouve la racine de l'hélix.

L'extrémité inférieure de l'ovoïde formée par le pavillon est constituée par le *lobule,* sorte de masse charnue, musculaire, sensible, ayant la forme d'un ovoïde aplati latéralement. Libre sur ses deux faces et en arrière, il se continue en avant avec les téguments de la face dont il est cependant distinct par son bord antérieur dans une certaine hauteur. En arrière, il se distingue de l'hélix par une sorte de dépression.

La face interne ou crânienne du pavillon offre, à l'état normal, des saillies et des dépressions disposées en sens inverse de celles de la face externe, mais moins marquées.

Dans un mémoire fait en collaboration avec mon excellent collègue et ami le docteur Féré (1), nous avons étudié

(1) Féré et Séglas, *Revue d'anthropologie*, 1886.

en détail les déformations de l'oreille que nous avons pu rencontrer sur 1233 sujets. C'est à ce travail que j'emprunte les documents que je vous expose aujourd'hui.

La *situation* des oreilles ne subit guère de variations appréciables ; leur direction n'offre à considérer que quelques variations d'obliquité.

Leurs *dimensions* sont plus sujettes à varier ; c'est alors leur exagération qu'on rencontre le plus souvent. La *distance* du pavillon au crâne est très variable, et s'accentue assez parfois pour que l'oreille prenne la forme d'un entonnoir, comme chez les mammifères, ou soit presque perpendiculaire au crâne (oreille en anse). Il faut noter également les modifications de la *forme* générale du pavillon, ovale à grand axe soit longitudinal, soit transversal ou elliptique.

Quant aux saillies et aux dépressions, il est des cas où, sans présenter d'anomalies, elles sont plus ou moins *exagérées* ou *effacées*. Je vous signalerai enfin les *asymétries* des pavillons, asymétries de dimensions, de forme, d'implantation (de Blainville).

Dans d'autres cas, on a rencontré de véritables *irrégularités* morphologiques.

Hélix. — La racine de l'hélix, comme nous l'avons vu, forme, à l'état normal, à la partie antérieure de la conque, un contrefort peu saillant et le fond de la conque paraît plan.

Chez certains sujets, cette racine de l'hélix peut prendre un grand développement, devenir saillante et se prolonger à travers la conque jusqu'au bord antérieur de l'anthélix avec lequel elle se confond en formant ainsi le *pli transverse de la conque* divisée alors en deux cavités secondaires

(Féré et Huet [1], Gradenigo [2]). Nous avons vu cette racine se bifurquer avant de se souder à l'anthélix.

Certaines lésions pathologiques, telles que l'*othématome* cicatrisé, peuvent simuler cette malformation. Mais dans ce dernier cas, on rencontre à la face crânienne du pavillon une dépression correspondant à la racine de l'hélix, tandis qu'il n'en est pas ainsi dans le cas d'othématome.

Nous avons pu constater cette déformation sur un chimpanzé et sur le moulage d'un macaque du musée Broca.

Dans le reste de son parcours, l'hélix peut présenter encore des irrégularités. Parfois, la partie ascendante seule existe, la partie descendante de la circonférence du pavillon n'est pas ourlée et la fossette scaphoïde est ainsi à découvert en arrière ou manque. L'oreille est en quelque sorte déplissée (Morel). D'autres fois, l'hélix présente un développement anormal et recouvre la branche postérieure de la fourche et la fossette scaphoïde. D'autres fois encore, il recouvre en bas la fossette scaphoïde et se fusionne avec l'anthélix. Chez certains sujets, le bord libre de l'hélix est comme dentelé et présente des saillies et des dépressions irrégulières dues à un défaut de développement du bord du pavillon (Meyer).

Une anomalie plus intéressante est celle qui a été signalée par Darwin et qui consiste en une saillie développée sur le bord libre de l'hélix, à la partie postéro-supérieure. C'est le *tubercule de Darwin*. Dans les cas assez fréquents où l'hélix se déroule, le tubercule se trouve rejeté en arrière, sur la circonférence même du pavillon qui perd alors

(1) Féré et Huet, *Société de biologie*, 1885.

(2) Gradenigo, *Giorn. della R. Acad. di Med. di Torino*, 1889 et 1890, et *Comptes rendus du Congrès d'otologie de Paris*, 1889, p. 144.

sa forme ovoïde, car l'extrémité supérieure, au lieu d'être arrondie, forme un angle à la partie postéro-supérieure. Il arrive parfois que cette saillie constitue un nodule mobile, paraissant constitué par un petit cartilage séparé. Il ne faudra pas le confondre avec les tophus goutteux développés sur le bord de l'hélix. Pour la majorité des auteurs, le tubercule de Darwin paraît constituer une déformation atavique rappelant l'oreille à pointe des mammifères; d'ailleurs, chez un grand nombre de singes, en particulier les babouins et les macaques, on retrouve aussi l'oreille pointue que l'on rencontre quelquefois chez les fœtus de l'orang et chez les gibbons très jeunes (Hartmann). Chiarugi a observé que les deux courants de poils du bord libre de l'oreille se rencontrent sur le tubercule quand il existe, de même que chez les animaux, les poils sont dirigés vers la pointe. Pour Schwalbe (1), l'oreille darwinienne pointue n'a rien d'atavique; elle émane d'une particularité normale dans l'espèce humaine, et il dit en avoir constaté invariablement l'existence chez l'embryon humain de quatre à sept mois.

Du côté de l'*anthélix*, outre sa soudure avec la racine de l'hélix, déjà signalée, on n'observe guère que l'effacement, ou plus souvent l'exagération de cette saillie, dépassant alors le plan du pavillon (Wildermuth, Binder [2]).

Les *crura furcata,* outre leur inclinaison plus ou moins accentuée, ont parfois une de leurs branches dédoublée, le plus souvent la postérieure, et prennent alors la forme d'un trident; par suite, il y a deux fossettes intercrurales. D'autres fois, au contraire, la branche postérieure disparaît tout à

(1) Schwalbe, *XIVe Congrès des neurologistes et aliénistes de l'Allemagne du Sud-Ouest,* analyse in *Archives de neurologie,* 1890, p. 56.

(2) Binder, *Arch. f. Psych.*, vol. XX, Heft 2.

fait, si bien que les fossettes intercrurale et scaphoïde se confondent.

Le *tragus* ne présente d'autre fait que d'être conique au lieu de pyramidal (Frigerio) et plus ou moins saillant; il en est de même de l'*antitragus*. Cependant, ce dernier peut être rejeté tout à fait en dehors, de telle façon que l'incisure intertragienne disparaît et que le bord inférieur de la conque paraît suivre une ligne régulière. Dans ces cas, la racine de l'antitragus forme une saillie dans l'intérieur de la conque.

Nous avons vu, chemin faisant, les différentes modifications que pouvaient subir les dépressions ou fossettes du pavillon ; elles sont subordonnées à celles des saillies. Je vous dirai seulement que, parfois, l'ouverture du conduit auditif, au lieu d'être ovalaire, se présente sous la forme d'une simple fente. La cavité de la conque présente des variations considérables de profondeur et d'étendue en rapport avec les variétés d'inclinaison et de dimension du pavillon. Cependant, on a noté chez les aliénés un développement de la conque supérieur à celui du pavillon, surtout dans le sens transversal (Frigerio [1]).

Le *lobule* est sans contredit une des parties de l'oreille dont la conformation varie le plus souvent. Dans certains cas, il est très long, mais plus souvent petit, et parfois même absent. Nous avons vu que, normalement, il était indépendant et soudé seulement à la partie supérieure de son bord antérieur. Or, parfois, il arrive que ce bord adhère aux téguments dans presque toute, ou même toute son étendue, ou s'insère sur la joue à angle aigu. D'autres fois, il leur est uni par une sorte de repli membraneux, il

(1) Frigerio, *Archives d'anthropologie criminelle*, 1888.

est alors comme palmé. De plus, l'angle postérieur qu'il forme avec l'hélix peut s'effacer; il est alors indistinct. Dans d'autres cas, on peut constater aussi, à la base du lobule, la présence d'une dépression transversale faisant suite au sillon qui sépare l'hélix de l'anthélix et placée entre le lobule et l'antitragus, qui est le plus souvent alors renversé en dehors; en même temps, le lobule est très peu développé et membraneux. Lorsque le lobule manque complètement, le sillon qui sépare l'hélix de l'anthélix se continue souvent en diminuant de profondeur, jusqu'à l'insertion antérieure du pavillon de l'oreille et semble prolonger ainsi la fossette scaphoïde. Quelquefois le lobule est bien développé et charnu, mais adhérent, et se dévie de manière à présenter sa face externe en avant.

Telles sont les principales variations morphologiques du pavillon de l'oreille. Souvent, comme je vous l'ai déjà dit, elles sont asymétriques, moins marquées ou absentes d'un côté. D'après les recherches faites avec M. Féré, ce serait toujours du côté *gauche* qu'on les trouverait le plus marquées. Cette particularité a été également notée par Amadei et par Tonnini (1). Frigerio n'a pas rencontré de prédominance. Au contraire, Gradenigo a noté les anomalies plus fréquemment à droite, à l'exception cependant des oreilles en anse.

Quant à la signification de ces différentes anomalies, il est bien difficile de se prononcer à ce sujet; beaucoup d'entre elles se rencontrent fréquemment chez les anthropoïdes

(1) Tonnini, *Degenerazione et primitivita* (*Arch. ital. per le mal. nerv.*, janvier et mars 1890). — Amadei, *Riv. sp. di fren.*, t. XV, fasc. 1.

et les singes (absence d'hélix, tubercule de Darwin, absence d'une branche de la fourche, absence du lobule, exagération de la racine de l'hélix). Mais les auteurs ne sont pas d'accord pour savoir lesquelles doivent être rattachées à l'atavisme ou à la dégénérescence; il n'est même pas, comme vous l'avez vu, jusqu'à l'oreille darwinienne dont la signification ne soit contestée.

Quoi qu'il en soit, je vous dirai, d'après ce que j'ai pu voir avec M. Féré, que si les malformations du pavillon de l'oreille sont plus fréquentes chez les épileptiques et surtout chez les idiots, elles ne sont pas notablement plus fréquentes chez les aliénés que chez les sujets sains d'esprit. Aussi suis-je tout disposé à me ranger à l'avis de Schwalbe lorsqu'il dit que, pour qu'une étude statistique comparative des oreilles dites *dégénérées* chez les individus sains et les aliénés acquière de la valeur, il faut : 1° qu'on classe les diverses formes d'oreilles, en prenant pour base l'anatomie comparée et l'embryologie; 2° qu'on établisse la statistique des diverses formes d'oreilles observées dans la population normale du réseau d'où proviennent les aliénés considérés.

Les variations morphologiques de l'oreille ne se présentent pas toujours à l'état unique, mais sont le plus généralement multiples, réalisant ainsi un certain nombre de types principaux qu'on a essayé de classer. Je vous citerai, par exemple, les classifications de Morel, de Schwalbe et celle de Binder, qui est peut-être la plus complète et la plus intéressante à notre point de vue, car elle envisage surtout des types dégénératifs de l'oreille.

Je ne puis entrer ici dans le détail de ces différentes classifications, dont beaucoup de groupes sont constitués par

l'une ou l'autre des anomalies que je viens de vous décrire; je me contenterai de vous signaler quelques variétés, résumées souvent par un nom propre, afin que vous sachiez à quoi correspond cette dénomination abrégée.

C'est ainsi que la dénomination d'*oreille de Blainville* s'applique aux oreilles asymétriques, par inégalité de chaque partie correspondante; en général, l'anomalie se trouve à gauche.

L'*oreille de Morel*, dans le sens propre du mot, est un type qui résulte du défaut de formation de l'hélix, de l'anthélix, de la fossette scaphoïde, des *crura furcata*. C'est l'oreille déplissée, en forme de lame, amincie sur les bords et généralement plus grande que la normale.

L'*oreille de Darwin* est caractérisée par la présence de la pointe et du tubercule connu.

L'*oreille de Wildermuth* réalise un type de déformation caractéristique et fréquente, consistant dans une proéminence exagérée de l'anthélix, telle qu'elle forme la limite extrême du pavillon et que l'hélix reste en arrière et au-dessous. Dans l'oreille des Aztèques de Wildermuth, le lobule manque et tout le pavillon semble tronqué de haut en bas et d'arrière en avant; la branche antérieure de l'anthélix s'éteint en quelque sorte sans limite précise; la branche postérieure est si peu saillante, qu'à première vue on dirait qu'elle manque, et l'anthélix forme une saillie marquée au bord de la conque.

Je vous citerai également les différents types de l'*oreille de Stahl*. Dans l'oreille de Stahl n° 1, il y a une exagération du repli de l'hélix dans sa partie transversale supérieure, si bien que la partie supérieure de la fossette intercrurale et celle de la fossette scaphoïde se trouvent recouvertes. Dans l'oreille de Stahl n° 2, une jambe des *crura furcata* se dirige

en avant suivant une ligne demi-circulaire et l'autre, au contraire, s'en va horizontalement en arrière. Par suite, l'oreille est comme divisée en deux parties : dans la partie supérieure se trouve un ample bassin correspondant à la fossette intercrurale ; et, dans la partie inférieure, la fosse scaphoïde qui, en haut, reste large et se rétrécit en bas. Dans l'oreille de Stahl n° 3, l'hélix n'est plus qu'un mince repli, l'anthélix n'a plus qu'une seule jambe, l'antérieure, tandis que l'autre devient une masse cartilagineuse, large, convexe au milieu ; la fossette intercrurale s'élargit, la scaphoïde se perd à sa partie supérieure en une surface convexe repliée en arrière de la jambe postérieure des *crura furcata*.

Yeux. — Du côté de l'œil, on peut rencontrer des variations nombreuses, dont quelques-unes sont importantes à connaître.

Dans l'*orbite*, on pourra noter parfois une saillie exagérée des arcades, le rapprochement ou l'écartement très accentué des deux cavités orbitaires. Du côté des *paupières*, la fente palpébrale est plus ou moins étroite, plus ou moins rectiligne. Vous savez que, dans certaines races, l'œil revêt un aspect particulier, je veux parler de l'œil dit *mongolique*. Ses caractères peuvent se résumer ainsi : « Il est petit, un peu oblique ; sa commissure externe est effilée et comme pincée, sa commissure interne est masquée par une bride verticale saillante, les deux paupières sont comme bouffies et la supérieure semble dédoublée transversalement. » (Topinard.) Diverses explications ont été proposées ; la plus soutenable, généralement acceptée, est celle de Metchnikow, attribuant les caractères de l'œil mongolique à la persistance d'un état fœtal. Ces caractères

de l'œil mongolique se rencontrent parfois chez les Européens, et l'état congénital particulier, décrit sous le nom d'*epicanthus*, n'est autre que la bride mongolique. Je vous signalerai aussi quelques vices de conformation des paupières dont vous aurez à faire le diagnostic étiologique au point de vue de l'origine acquise ou congénitale, tels que : coloboma des paupières, adhérences au globe oculaire, trichiasis, entropion dû, dans le cas d'origine congénitale, à l'absence des cartilages tarses. Quant aux troubles fonctionnels, blépharospasme, ptosis, etc., je n'ai pas à y insister actuellement.

Du côté de la *conjonctive*, on peut rencontrer parfois une injection très grande comme dans les races noires, et un rudiment de la troisième paupière, trace de la membrane clignotante des oiseaux, et affectant la forme d'un simple repli semi-lunaire recouvrant la caroncule, comme chez les mammifères supérieurs, à titre de difformités congénitales de la conjonctive.

On peut également observer des taches pigmentaires ou érectiles, des dermoïdes. On a signalé aussi le ptérygion congénital (Wardrap, Beer).

Le *globe* de l'œil peut être plus ou moins saillant. Cette saillie ne tient pas tant aux dimensions mêmes du globe de l'œil qu'à la disposition des parties voisines, par exemple l'ouverture de la fente palpébrale, la dimension de l'intervalle orbitaire. En tout cas, ce détail mérite de fixer l'attention, car il met fréquemment sur la voie du diagnostic d'une maladie qui se rencontre assez souvent chez nos malades : je veux parler du goitre exophtalmique. D'autre part, on a signalé, chez les idiots, l'anopthalmos congénital.

La *cornée* peut être altérée congénitalement soit dans ses dimensions, qui sont trop petites (microphtalmie) ou exa-

gérées (hydrophtalmie); soit dans sa forme (anomalies de courbure et astigmatisme) ; soit dans sa transparence (opacités congénitales, arc juvénile). Je vous signalerai, d'autre part, la présence de l'arc sénile de la cornée chez quelques-uns de nos malades peu avancés en âge.

Les difformités de l'*iris* peuvent être acquises et consécutives à un traumatisme accidentel ou chirurgical, ou à une inflammation du diaphragme oculaire. Il y en a d'autres qui sont congénitales et c'est de celles-là seules dont il sera question ici. Telles sont l'absence congénitale totale ou partielle de l'iris (iridérémie), le coloboma ou division congénitale de l'iris, l'existence de plusieurs ouvertures à l'iris (policorie), la situation anomale de la pupille (corectopie), l'irrégularité de la pupille (discorie), l'imperforation de l'iris (acorie), la persistance de la membrane pupillaire de Wachendorff après la naissance pendant quelques années (Wrisberg) ou même toute la vie (Cheselden), les anomalies de coloration (taches pigmentaires, albinisme), les asymétries de l'iris (stigmate iridien de Féré [1]) pouvant porter soit sur la coloration de l'iris, soit sur la forme, soit sur les dimensions de l'ouverture pupillaire. Cette dernière, inégalité pupillaire congénitale, est importante à retenir, car elle est fréquente chez nos malades, en dehors même de tout symptôme de paralysie générale dont elle n'est nullement caractéristique.

Du côté du *cristallin*, je vous signalerai seulement les cataractes congénitales et l'ectopie congénitale du cristallin, et même les cataractes spontanées dont la constatation est souvent utile pour le diagnostic (goutte, albuminurie, diabète, sénilité précoce).

(1) Féré, *Progrès médical*, 1886, p. 802.

Enfin, l'examen des parties profondes par l'ophtalmoscope, outre qu'il pourra donner des notions pour le diagnostic de lésions papillaires symptomatiques d'affections coexistant avec la folie (ataxie locomotrice, sclérose en plaques), décélera parfois des anomalies congénitales telles que la décoloration de la choroïde, le coloboma de la choroïde et de la rétine, la persistance de l'artère hyaloïdienne, l'implantation anomale de l'artère centrale de la rétine.

Nez. — Du côté du nez, il faut noter l'enfoncement ou la saillie de la racine, la forme du profil, droit, convexe, concave ou sinueux. La base, regardée en dessous, peut être plus ou moins écrasée, et nous offre à considérer la forme et la disposition des narines elliptiques, allongées et parallèles dans le sens antéro-postérieur, ou transversales et bout à bout, ou plus ou moins rondes et accolées. La quantité dont elles sont cachées ou découvertes sur le côté est également à considérer, ainsi que leur mobilité. Tout est harmonique dans les variations du nez ; aussi l'indice nasal du vivant traduit-il les grandes distinctions. Cet indice est le rapport de la largeur maximum à la hauteur prise verticalement de l'épine nasale à la racine du nez. Suivant le chiffre de cet indice nasal, les individus se classent en trois groupes : platyrhiniens, mésorhiniens, leptorhiniens. Pour ce dernier groupe, qui ne comprend que des individus de race blanche, l'indice nasal est de 63 à 69.

Les difformités du nez sont fréquentes chez nos malades ; elles peuvent être acquises (chutes chez les épileptiques) ou congénitales. Parmi ces dernières, je vous citerai d'abord, à titre de curiosité tératologique, l'absence de l'organe (Maisonneuve), puis son volume exagéré, l'aplatissement extrême de la racine, la déviation de la pointe en haut, la

division congénitale, la *déviation latérale* congénitale ; pour les narines, la déviation de la cloison et le rétrécissement ou même l'oblitération congénitale des narines.

Bouche. — L'examen de la bouche est des plus importants et ne doit jamais être négligé ; il comprend l'examen des lèvres, de la voûte palatine et du voile du palais, de la langue, des mâchoires, des dents.

Pour les *lèvres*, vous noterez d'abord la forme et la grandeur de l'ouverture buccale, sa direction, la déviation possible d'une commissure (asymétrie congénitale, contractures ou paralysies de causes diverses), la saillie totale et la proéminence relative des deux lèvres, le degré d'occlusion de la bouche, laissant écouler la salive (stupeur, démence, idiotie). Vous pourrez rencontrer parfois une atrésie partielle, congénitale ou accidentelle, de l'orifice buccal (phimosis labial), l'hypertrophie des lèvres ou, au contraire, une atrophie plus ou moins prononcée laissant les dents à découvert; le renversement en dehors (ectropion), surtout de la lèvre inférieure, dû le plus souvent à une paralysie de l'orbiculaire (idiots, paralytiques) ; l'exstrophie de la lèvre supérieure, dont le bord libre est renversé en dehors et laisse voir derrière lui un bourrelet transversal formé par la muqueuse (lèvres doubles). Enfin, un vice de conformation très fréquent est le bec-de-lièvre avec toutes ses variétés (inférieur, supérieur, commissural, simple ou complexe).

Sur la *voûte palatine*, vous pourrez rencontrer également des fissures plus ou moins étendues, sa forme asymétrique, sa profondeur exagérée, sa disposition ogivale, le *torus palatinus* ou exostose médio-palatine de Chassaignac, avec ses variations.

Pour le *voile du palais*, vous pourrez constater sa division

congénitale plus ou moins complète, parfois la simple bifidité de la luette, des déviations congénitales ou acquises (paralysies de causes diverses).

Du côté de la *langue*, outre les déviations paralytiques, le tremblement, vous pourrez trouver des cicatrices résultant de traumatismes (épilepsie) ou d'affections accidentelles, en particulier la syphilis, dont les manifestations buccales sont toujours à rechercher avec soin.

Du côté des *mâchoires*, outre le prognathisme dont je vous ai déjà parlé, vous examinerez l'asymétrie des arcades dentaires, le degré d'écartement ou de rapprochement (atrésie) des deux moitiés de chacune d'elles, leur forme ellipsoïde ou très fréquemment sinueuse.

Nous arrivons ensuite à l'étude des *dents*. Il y a à considérer, dans l'étude des dents, la dentition et la denture.

La dentition est une fonction de développement qui comprend la formation des dents, leur éruption et l'évolution du système dentaire. La denture est l'état du système dentaire au moment de l'observation.

En ce qui concerne la dentition, ce sera surtout la recherche des anamnestiques qui pourra vous renseigner sur l'époque de l'éruption successive des dents, sur les accidents qui ont pu l'accompagner. Cependant, l'examen actuel, surtout chez des sujets jeunes, peut vous renseigner sur des anomalies d'éruption. C'est ainsi qu'elle peut être précoce, et certains idiots ont, tout comme Louis XIV et Mirabeau, des dents à leur naissance (Bourneville). D'autres fois, elle est très tardive et les dents de la première dentition, chez certains individus, peuvent persister très longtemps. Ces anomalies d'éruption ont souvent fait croire à l'existence de dents surnuméraires ou à une troisième dentition. Au point de vue de la dentition, il est utile de signa-

ler le moment de l'apparition de la dent de sagesse, qui se fait entre dix-huit et vingt-cinq ans. Il est bon de vous rappeler que, pour certains auteurs, cette dent est chez l'homme un organe en voie d'atrophie, et que son absence, le retard de son apparition, son peu de développement, sa caducité ont été regardés comme plus particuliers aux races supérieures (Darwin, Mantegazza).

Pour l'observation de l'état actuel du système dentaire, la denture, je vous rappellerai que, chez l'adulte, les dents sont de quatre espèces, se succédant pour chaque demi-arcade dans l'ordre suivant : deux incisives, une canine, deux prémolaires, trois molaires, soit trente-deux dents en tout. Ces dents sont numérotées à partir de la ligne médiane. Pour leur forme, les incisives sont tranchantes, la canine conique, la couronne des prémolaires pourvue de deux tubercules (bicuspidées), celle des molaires de plus de deux, généralement de quatre tubercules (multicuspidées). Dans la première dentition, il n'y a pas de prémolaires et il n'y a que deux molaires par demi-arcade. La formule dentaire (Blainville) est la notation du nombre des dents par demi-arcades; la voici pour l'adulte :

$$\text{Inc.}\frac{2-2}{2-2}\ \text{Can.}\frac{1-1}{1-1}\ \text{Prém.}\frac{2-2}{2-2}\ \text{Mol.}\frac{3-3}{3-3} = 32.$$

Le numérateur représente la mâchoire supérieure et le premier chiffre à partir de la gauche se rapporte à la demi-arcade de droite.

L'état du système dentaire doit être examiné au point de vue de ses anomalies et des troubles pathologiques. Cette étude, dans ses rapports avec la psychiatrie, n'a guère été faite complètement que par M. Bourneville (1) ou ses élè-

(1) Bourneville, *Journal des connaissances médicales*, 1862 et 1863.

ves (1). Mais de nombreux documents existent sur la question même des anomalies dentaires, et dont le principal est, sans contredit, le travail de M. Magitot (2).

Les anomalies de l'appareil dentaire sont d'espèces très variées; ce sont :

1° Des *anomalies de formes*, telles que la dent est parfois méconnaissable; parfois tout se réduit à une augmentation du nombre des tubercules des molaires ; cela est surtout à noter pour la dent de sagesse qui, normalement, en a moins que les autres molaires.

2° Des *anomalies de volume* de deux dents homologues ou de plusieurs dents d'une même série, qui peuvent être très petites (nanisme) ou extrêmement développées (gigantisme). Quant au volume relatif des différentes dents de même espèce, il doit décroître à partir de la ligne médiane, sauf pour les incisives inférieures (loi de décroissance).

3° Des *anomalies du nombre* frappant le plus souvent les incisives ou les molaires, telles que l'*absence* d'une ou plusieurs dents, généralement l'incisive latérale ou la dent de sagesse en haut, ou la dent de sagesse, la prémolaire, les incisives médianes en bas. Jamais on n'a vu manquer la canine. D'autres fois, c'est une augmentation numérique. Alors les nouvelles dents sont dites *supplémentaires* si elles sont bien rangées; cela serait une anomalie réversive (Darwin); il s'agit, le plus souvent, d'une quatrième molaire. Ou bien, et c'est le cas le plus fréquent, elles sont mal rangées soit en avant, soit en arrière près des incisives; elles sont dites alors *surnuméraires*. Souvent des dents de la première dentition persistent avec celles de la seconde dont elles

(1) Mme Sollier, *Thèse de doctorat*, Paris, 1887.

(2) Magitot, *Traité des anomalies du système dentaire chez l'homme et les mammifères*.

augmentent le nombre, et constituent alors de *fausses dents surnuméraires*.

4° Des *anomalies de siège* (hétérotopie) ; la dent est placée hors de son siège normal et implantée soit sur le rebord alvéolaire, soit sur la voûte palatine.

5° Des *anomalies de direction*, qui peuvent porter sur des dents isolées (antéversion, rétroversion, rotation sur l'axe) ou sur l'ensemble des dents. Dans ce dernier cas, elles peuvent être semblables aux deux mâchoires, ce qui constitue le prognathisme dentaire ou l'opisthognathisme, ou se présenter en sens inverse sur chaque mâchoire (antéversion et rétroversion).

6° Des *anomalies de disposition* telles que les réunions anormales de dents simulant la dent composée des herbivores, ou les divisions anormales par séparation des tubercules et des racines comme chez les lémuriens (anomalies réversives) ; les dispositions vicieuses par atrésie des maxillaires, écartement des dents par augmentation des mâchoires, c'est le *diastème*, qui se présente le plus souvent entre l'incisive et la canine en haut, la prémolaire et la canine en bas. Cette disposition, normale chez le singe, s'observe aussi dans certaines races inférieures. Enfin, je vous signalerai l'engrènement des couronnes quand les mâchoires sont fermées, ou l'absence d'adaptation des dents, chevauchant ou laissant parfois entre les deux arcades des espaces vides (articulation défectueuse [1]).

(1) M. le docteur Cruet, qui a eu l'occasion d'observer, au point de vue du système dentaire, un grand nombre d'idiots et d'épileptiques à Bicêtre et à la Salpêtrière, considère que les anomalies n'ont, au point de vue qui nous occupe, de valeur que par leur ensemble et leurs combinaisons. Toutes d'ailleurs n'ont pas la même importance : les unes sont accessoires, les autres principales. Parmi les accessoires, il range les anomalies de direction et les anomalies apparentes de

7° Des *anomalies de structure;* la plus importante est l'*érosion* (Parrot, Fournier) avec toutes ses variétés, terme impropre, car il s'agirait là d'une lésion de développement.

Telles sont, avec les anomalies de l'éruption que nous avons vues tout à l'heure, les principales variétés d'anomalies dentaires.

Quant aux accidents pathologiques qui affectent le plus souvent le système dentaire chez nos malades, c'est d'abord la carie dentaire précoce (idiots, imbéciles, morphinomanes Combes]) ; l'ébranlement ou la fracture des dents (épileptiques). L'usure des dents est fréquente chez les paralytiques généraux qui ont du mâchonnement ; enfin, il n'est pas rare

l'articulation qui en résultent, les anomalies de forme, d'éruption, les anomalies de nombre, d'une signification cependant plus grave, puisqu'elles trahissent un défaut de développement. — Ce sont les *anomalies vraies* de *l'articulation* des dents qui donnent à l'idiot sa physionomie la plus particulière. Ces anomalies vraies sont celles qui tiennent à la disposition générale des arcades dentaires et à leurs rapports respectifs dans les divers plans ; c'est-à-dire que ce sont toutes les variétés de prognathisme, d'opistognathisme, etc. Parmi ces anomalies de l'articulation, il en est une très remarquable et que M. Cruet n'a rencontrée que chez l'idiot. Les dents étant d'ailleurs rangées régulièrement sur l'arcade des deux mâchoires qui décrivent une courbe égale et dans le même plan, la bouche ne peut se fermer qu'incomplètement, c'est-à-dire que les dernières molaires se rencontrent seules par le sommet de leurs tubercules et que les dents antérieures des deux mâchoires s'éloignent d'un angle qui va en augmentant jusqu'à la ligne médiane. Lorsque la bouche est fermée, il reste entre les sommets des dents antérieures un espace vide, dont l'ovale est plus ou moins haut ou allongé. Cette anomalie peut tenir à deux causes : d'une part à ce que la ligne de l'arcade supérieure se relève fortement sur la ligne médiane au niveau des os incisifs ; d'autre part et surtout, à l'ouverture exagérée de l'angle formé par le corps et la branche montante de la mâchoire inférieure. Il en résulte un défaut de parallélisme forcé des deux arcades qui ne peuvent plus s'appliquer l'une sur l'autre, et l'impossibilité de fermer la bouche. (*Communication orale.*)

d'observer des mutilations des dents chez les idiots ou les mélancoliques.

II. TRONC ET MEMBRES. — L'examen du tronc et des membres peut être fait également aux deux points de vue anthropométrique et descriptif.

1° *Examen anthropométrique.* — Cet examen fournit, en général, peu d'indications utiles à l'aliéniste; mais, cependant, comme on peut avoir besoin de le pratiquer dans certains cas particuliers, je vous donnerai brièvement les quelques indications élémentaires et indispensables.

L'instrumentation, réduite au strict nécessaire, comporte le mètre à ruban et l'anthropomètre. A défaut même de cet instrument, vous pourriez vous servir de la double équerre dont je vous ai déjà parlé, et qui a fourni le principe sur lequel sont construits les anthropomètres.

Le sujet est placé debout comme il a été dit pour la tête, regardant à l'horizon, les bras pendants le long du corps, l'avant-bras en pronation, la paume de la main appliquée à la cuisse, les jambes rapprochées, les pieds en équerre; cela fait, vous prendrez les mesures suivantes en vous servant des points de repère indiqués et marqués au préalable sur la peau. Pour avoir la longueur d'une partie, vous retrancherez la plus petite de la plus grande.

Voici les principales mesures à prendre et les points de repère nécessaires à cet effet :

Hauteur au-dessus du sol en millimètres :

Du vertex (taille);

Du conduit auditif;

Du bord inférieur du menton;

De l'acromion (omoplate);

De la fourchette sternale ;
De l'épicondyle (tubérosité externe de l'humérus, en bas);
De l'apophyse styloïde du radius ;
De l'extrémité inférieure du médius ;
De l'ombilic ;
Du bord supérieur de la symphyse du pubis ;
De l'épine iliaque antéro-supérieure ;
Du grand trochanter ;
De l'interligne articulaire du genou (en dehors) ;
De la malléole interne.

On peut ajouter la hauteur du vertex au-dessus du sol dans l'attitude assise ; le sujet est assis sur un banc de 15 à 20 centimètres dont la hauteur est à défalquer, le bassin et le dos doivent être absolument appliqués contre le mur auquel le sujet est adossé. Diminuée de la partie sus-jacente à l'acromion, cette hauteur devient alors la hauteur totale du tronc.

Largeur en millimètres :

Grande envergure. De l'extrémité d'un médius à l'autre, le sujet appuyé contre un mur et les deux bras en croix. Elle est à peu près égale à la taille qu'elle dépasse un peu;

Circonférence de la poitrine (horizontalement, au niveau des mamelons, respiration habituelle, bras abaissés) ;

D'un acromion à l'autre (en arrière) ;

D'une crête iliaque à l'autre (épine iliaque antéro-supérieure);

D'un grand trochanter à l'autre ;

Longueur du pied.

Vous rapporterez ensuite les mesures ainsi trouvées à la taille totale, de façon à établir ce qu'on appelle le canon ou les proportions respectives des différentes parties du corps. Un calcul très facile vous permettra de le comparer au

canon type dans lequel toutes les mesures sont rapportées à la taille considérée comme égale à 100.

Un procédé plus simple et plus rapide consiste dans l'usage du compas imaginé par M. Paul Richer, qui donne à la fois la mesure *directe* de la longueur cherchée et son rapport avec la taille égale à 100.

Je ne peux pas entrer ici dans des détails à propos des différents canons et que vous trouverez dans le traité d'anthropologie de M. Topinard (1). Cependant, pour vous donner une idée sommaire des proportions respectives des différentes parties du corps, je vous citerai quelques mesures empruntées au canon de M. Paul Richer (2). Bien que fait surtout au point de vue artistique, il s'accorde cependant avec les canons anthropologiques et a l'avantage d'être facile à retenir.

La taille est comme toujours rapportée à 100; c'est la longueur de la tête qui sert de module; elle est comprise sept fois et demie dans la taille.

La taille = 100.

La grande envergure dépasse un peu 100.

Du vertex au menton (tête) $\frac{100}{7,50} = 13,3$;

Du menton au creux sus-sternal (fourchette) = 1/3 de tête;

De la fourchette à l'épine iliaque, 2 têtes;

Du vertex à l'ombilic, 3 têtes;

De l'acromion au bout du médius, un peu moins de 3 têtes 1/2;

(1) Topinard, *loc. cit.*

(2) Paul Richer, *Description des formes extérieures du corps humain*, Paris, 1890; *Canon des proportions du corps humain*, 1893.

Du point condylien (épicondyle) au bout du médius, 2 têtes;

Du dessus du grand trochanter à l'interligne du genou, 2 têtes;

De l'interligne du genou au sol, 2 têtes;

Largeur des épaules, 2 têtes;

Diamètre bi-iliaque (épines), dépasse 1 tête;

Diamètre bi-trochantérien, 1 tête 1/2;

Longueur du pied, 1 tête 1/7.

Comme je vous l'ai dit tout à l'heure, cet examen anthropométrique a peu d'utilité, sauf dans certains cas particuliers où la taille et les proportions respectives du corps sont de beaucoup en dehors de ce que l'on rencontre d'ordinaire (nanisme, gigantisme, acromégalie, idiotie).

2° *Examen descriptif.* — Du côté du tronc, vous pourrez rencontrer des malformations diverses, telles que le goitre, l'inclinaison du thorax en avant, la forme tombante des épaules, le thorax comprimé latéralement avec projection du sternum, l'asymétrie thoracique (Zuccarelli), la saillie exagérée des apophyses épineuses, les déviations variées de la colonne vertébrale, le spina bifida, le volume disproportionné de l'abdomen, les hernies congénitales, l'inclinaison et les vices de conformation du bassin, l'absence de certains muscles constatable sur le vivant (Féré [1]), des amyotrophies dont vous aurez ensuite à déterminer la nature.

Du côté des membres, outre les difformités consécutives à des traumatismes, à des affections chirurgicales, à des maladies antérieures ou coexistantes (paralysie infantile, amyotrophies ou contractures de causes diverses, coxalgie),

(1) Féré, *les Épilepsies et les Épileptiques*, 1890.

vous pourrez trouver aussi parfois des difformités congénitales.

Quelques-unes constituent de véritables monstruosités, rares et dont je ne parlerai que pour mémoire (1). Telles sont l'*ectromélie*, ou absence plus ou moins complète d'un membre; l'*hémimélie*, ou absence plus ou moins complète du segment inférieur d'un membre; la *phocomélie*, absence plus ou moins complète d'un membre avec extrémités normales; la *symélie*, ou soudure plus ou moins complète des deux membres inférieurs.

Des vices de conformation plus fréquents sont ceux qu'on rencontre aux extrémités, et qui engendrent des anomalies par excès ou par défaut. Parmi les premières, je vous citerai la *polydactylie*, augmentation du nombre des doigts; la *mégalodactylie*, volume exagéré d'un ou plusieurs doigts; la *macrodactylie*, ou nombre plus grand des phalanges (pouce). Parmi les secondes, vous trouverez l'*ectrodactylie*, diminution du nombre des doigts; la *brachydactylie*, diminution du nombre des phalanges; l'*atrophie congénitale* d'un ou plusieurs doigts; la *syndactylie*, réunion ou soudure plus ou moins complète d'un ou plusieurs doigts. J'ajouterai encore à cette énumération les différentes difformités congénitales des articulations (ankylose congénitale, diastasis congénital, absence d'une extrémité articulaire, déviations et luxations congénitales), et les diverses variétés du pied bot congénital.

En dehors de ces difformités, il sera bon de rechercher l'asymétrie ou les anomalies de développement des divers segments des membres, leurs déviations (rachitisme), la forme effilée ou ramassée des doigts, leur longueur respec-

(1) Bourneville, *Revue photographique*, 1871; *Progrès médical*, 1886.

tive, le peu de longueur de la dernière phalange, la brièveté du pouce de la main par rapport aux autres doigts, son peu d'opposabilité, la ligne palmaire unique, la forme large et aplatie du pied, la saillie du talon, la direction exagérée du pouce vers le bord interne du pied, les déformations des doigts liées à l'arthritisme, etc.

Organes génitaux. — Dans l'examen morphologique du tronc, les organes génitaux méritent une attention toute particulière, eu égard à la fréquence et à la variété des déformations dont ils sont le siège chez les aliénés et les idiots (Bourneville et Sollier [1]).

Chez les individus du sexe masculin, il faudra rechercher le développement du pénis qui peut être petit, atrophié ou très développé, même à l'état de flaccidité, sa direction (torsion de la verge), les rapports de la verge et du scrotum (verge palmée), le volume et la forme du gland, gland affilé des pédérastes, verge en battant de cloche des masturbateurs (Bourneville et Sollier); les vices de conformation du prépuce, tels que la brièveté du pénis et le phimosis fréquent et parfois très prononcé.

Les testicules sont souvent atrophiés; on peut trouver aussi fréquemment des ectopies testiculaires (monorchidie ou cryptorchidie), l'inversion du testicule, des hydrocèles congénitales, des varicocèles.

L'ouverture du méat peut être anormale; il faut examiner s'il y a de l'épispadias ou de l'hypospadias et à quel degré. S'il y a de l'hermaphroditisme, il sera bon de le décrire et d'en indiquer la nature. Enfin, on devra noter également la présence ou l'absence de poils au pubis, leur disposition, et, autant que possible, l'époque de leur apparition.

(1) Bourneville et Sollier, *Progrès médical*, 1888.

Chez les individus du sexe féminin, vous pourrez rencontrer des anomalies congénitales des organes génitaux externes : atrésie congénitale de la vulve, absence et imperforation du vagin, rétrécissement et cloisonnement du vagin (Gilson [1]), ouverture du vagin dans un lieu anormal, direction presque horizontale. Il faudra examiner aussi la forme des grandes et des petites lèvres, parfois tombantes et formant ce qu'on appelle le tablier, du clitoris, de l'hymen ainsi que leur développement relativement aux autres parties et à l'âge du sujet, la situation et la forme du méat, l'effacement de la fosse naviculaire. Ces déformations ont une importance spéciale, car leur constatation peut être l'indice d'habitudes vicieuses si fréquentes chez nos malades.

Cet examen des organes génitaux de la femme est des plus délicats à pratiquer. Ces constatations, faites la plupart du temps en dehors du consentement des malades, peuvent être l'origine d'accès d'agitation, d'interprétations délirantes, d'accusations fausses. Aussi, je vous conseillerai de ne le faire que dans les cas où il vous paraîtra indispensable, et alors même de le pratiquer avec la plus grande discrétion, avec toutes les précautions possibles, et toujours en présence de témoins.

De l'examen des organes génitaux, je rapprocherai celui de l'anus qui peut être le siège de difformités congénitales (ouverture dans un endroit anormal) ou de déformations acquises (aspect infundibuliforme, effacement des plis radiés) pouvant révéler des habitudes de pédérastie, si répandues chez les malades qui nous sont confiés.

Enfin, il sera utile aussi d'examiner les mamelles, et en

(1) Gilson, *Encéphale*, 1881.

dehors des tumeurs qui peuvent servir à alimenter un délire, de noter leur forme et leur position (forme en poire, insertion à la base du thorax), les caractères du mamelon (petit, rétracté, parfois sans conduits excréteurs), leur développement (développement rudimentaire, polymastie chez la femme, gynécomastie chez l'homme).

Ces premières données sur les *caractères sexuels secondaires* se trouveront complétées par l'examen même des diverses parties du corps (développement des hanches, du bassin, des fesses, de l'abdomen, formes des membres, délicatesse des attaches, développement du système musculaire, abondance et disposition des poils, etc.)

Peau et appendices cutanés. — L'examen morphologique du corps devra se terminer par l'étude de la peau. Outre sa couleur variable suivant la nature de la maladie (manie, mélancolie, stupeur), et sur laquelle nous reviendrons plus tard, il sera bon de rechercher dans cet examen somatique la présence de taches pigmentaires (nævi, vitiligo), d'éruptions diverses ou les traces d'éruptions anciennes, notamment la syphilis ; les cicatrices de tatouages dont l'importance chez certains sujets, tels que les fous moraux, a été mise récemment en lumière (Lacassagne, Marro, Lombroso) ; les cicatrices accidentelles par suite de chutes, de contusions, de brûlures, parfois caractéristiques comme dans l'épilepsie; les cicatrices du cou, du pli du coude, des organes génitaux révélant des tentatives de mutilations ou de suicide, qui sont loin d'être rares, en particulier chez les mélancoliques ; l'état des ganglions et les cicatrices ganglionnaires (scrofule, syphilis); la flaccidité de la peau, l'état du tissu cellulaire sous-cutané (dermatolysis, myxœdème, polysarcie, stéatopygie, œdème de causes variées), les rides parfois

précoces signalées dans la folie morale (Ottolenghi [1]) et la sénilité précoce (Charpentier).

Du côté du système pileux, il est bon de noter son abondance et sa distribution, comme, par exemple, l'absence de poils au pubis ou à l'aisselle à l'âge adulte ; la rareté de la barbe chez l'homme, et son développement chez la femme ; la forme des cheveux, plats, ondés, frisés ; leur abondance et leur couleur surtout par rapport à l'âge du malade (albinisme, canitie et calvitie précoces) ; la forme de la calvitie (syphilitique, arthritique ou due à des maladies locales du cuir chevelu) ; l'implantation des cheveux, leur empiètement et leur insertion triangulaire ou circulaire sur le front, la déviation du tourbillon le plus souvent à droite, la présence du double tourbillon, trace d'une anomalie du développement de l'extrémité supérieure du canal vertébral (Féré [2]) ; enfin la longueur démesurée des cheveux chez les hommes et la mutilation de la chevelure chez les femmes en rapport avec le délire (hypocondrie, mysticisme, mélancolie).

Du côté des ongles, sans parler des déformations accidentelles et professionnelles, on a vu des anomalies de développement coincidant avec celles des doigts de la main (absence, atrophie, anomalies de nombre) ; on pourra noter aussi leur hypertrophie (vieillards), leur usure (ongles rongés et macérés des idiots), les lésions trophiques dont ils peuvent être atteints (arthritisme, syphilis).

Parmi les données somatiques que nous venons d'examiner en détail, il en est qui, par leur ensemble, consti-

(1) Ottolenghi, *Archivio di psychiatria*, 1889.
(2) Féré, *Revue d'anthropologie*, 1881, p. 483.

tuent ce qu'on appelle quelquefois les *caractères morphologiques généraux*.

On a l'habitude de considérer sous ce nom la taille, le poids, l'âge, la constitution, les caractères sexuels, l'eurythmie morphologique générale.

Les variations de la taille n'ont d'importance que si elles s'éloignent beaucoup de la moyenne. La détermination du poids, variable suivant l'âge, le sexe, la race, le développement osseux ou musculaire, l'hygiène, l'alimentation, etc., est surtout utile pour le pronostic.

Vous pouvez de même, à l'aide des constatations précédentes, déterminer si, d'une façon générale, votre malade présente un développement normal, une constitution faible ou robuste ; s'il est rhumatisant, rachitique, scrofuleux, etc., et si certains des caractères morphologiques sont bien en rapport avec son âge (infantilisme ou sénilité précoce).

Vous établirez de même les rapports qui existent entre les caractères morphologiques et le sexe, c'est-à-dire les caractères sexuels primordiaux (hermaphrodisme proprement dit), ou secondaires (hermaphrodisme antique [P. Richer], infantilisme, féminisme, masculisme).

Souvenez-vous enfin que les aliénés sont loin d'être des modèles de plastique ; vous n'en serez pas étonnés après l'exposé que je viens de vous faire des variations morphologiques qu'ils peuvent présenter et qui ne sont pas sans altérer l'eurythmie générale, les proportions harmonieuses des formes corporelles.

En résumé, vous voyez, Messieurs, que l'examen morphologique de nos malades peut encore nous donner bon nombre de renseignements peut-être secondaires, mais cependant parfois utiles, et qu'il ne doit pas être négligé. D'une

façon générale, ainsi que le fait remarquer le professeur Morselli, les notions qu'on en retire doivent être groupées en plusieurs catégories qui n'ont ni la même importance, ni la même signification, bien que les aliénistes aient une tendance fâcheuse à les englober toutes indistinctement sous le qualificatif générique de *stigmates physiques de dégénérescence*.

A. Une première classe — élimination préalablement faite des caractères anthropologiques se rapportant à la race même de l'individu — comprendra les caractères simplement pathologiques traduisant une altération morbide de l'organisme. Nous rangerons ici : 1° les anomalies de développement (asymétries diverses, plagiocéphalie) ; 2° les stigmates d'une maladie constitutionnelle (rachitisme, syphilis congénitale) ; 3° les caractères pathologiques de cause occasionnelle (traumatismes, hygiène défectueuse de l'enfance, déformations artificielles).

B. Une seconde classe comprendra toutes ces anomalies qui mériteraient, plus justement que celles de la première classe, le nom de *stigmates physiques* de dégénérescence, c'est-à-dire traduisant chez l'individu une déviation de son type anthropologique. Elles peuvent être distinguées en trois groupes :

1° Les caractères de dégénérescence proprement dite amenant les déviations du type anthropologique normal par exagération ou par transformation dans le même sens des caractères héréditaires des parents ;

2° Les anomalies amenant une déviation du type normal qui place l'individu dans un état d'infériorité relative. Elles dénotent un arrêt de développement à la période fœtale ou infantile (bec de lièvre, cryptorchidie, monorchidie, permanence des dents de lait) ;

3° Enfin les anomalies morphologiques dites réversives, qui semblent placer l'individu dans un état d'infériorité absolue en amenant une déviation du type anthropologique normal pour le rapprocher de celui des races ou des espèces inférieures [1] (scaphocéphalie, prognathisme, oreilles en anse, longueur exagérée des bras, etc.). Ce sont les caractères dits ataviques.

Telles sont les principales variétés de vices de conformation constituant ce qu'on appelle aujourd'hui *les stigmates physiques de dégénérescence*. Quant aux caractères pathologiques, si, par eux-mêmes, ils ne sont pas des stigmates de dégénérescence anthropologique, cependant, en s'installant d'une façon définitive, ils constitueraient, suivant l'opinion de Arndt (2), autant de troubles de développement et deviendraient ainsi des signes d'infériorité individuelle.

Néanmoins, à mon sens, il importe de distinguer toutes ces tares, car elles n'ont pas la même valeur. Ce n'est qu'en étudiant leur nature et leur cause qu'on peut être éclairé sur leur véritable signification. Avant de conclure à la nature dégénérative de tel ou tel phénomène, il est indispensable de s'éclairer sur les causes de sa production qui peuvent le réduire à un simple fait morbide. L'étude de l'embryologie, de la pathologie, de l'hygiène même, pourra seule nous fournir des renseignements préliminaires sérieux, constatations premières et absolument nécessaires avant de conclure à la dégénérescence, mot vague, d'une élasticité singulière, ne faisant guère que cacher notre ignorance de bien des faits, hypothèse d'une utilité

(1) Hovelacque et Hervé, *Précis d'anthropologie*, 1887.
(2) Arndt, *Traité de psychiatrie*.

d'autant plus contestable qu'elle est devenue aujourd'hui plus mal définie et plus que jamais sujette à une foule d'interprétations différentes. C'est là justement une raison qui doit vous faire comprendre l'utilité chez nos malades d'un examen morphologique sérieux.

Au lieu de noter à la légère tel ou tel fait qui frappe à première vue, il faut pratiquer un examen d'ensemble qui seul peut avoir une portée, et d'autant plus grande que les détails en seront soigneusement décrits sous leur aspect actuel et analysés sous le rapport de leur origine et de leur nature.

De plus, *en pratique*, et lorsqu'il s'agit de mettre des anomalies morphologiques en rapport avec l'aliénation mentale, à titre de stigmates physiques, ne doit-on compter que les cas *prononcés*, et de façon qu'il ne puisse y avoir d'erreur d'appréciation possible ni sur leur existence, ni sur leurs caractères, en tenant compte aussi de la race, du milieu ethnique de l'individu. D'autre part, comme ces stigmates peuvent se rencontrer souvent chez des individus normaux, ce n'est que leur *accumulation* qui peut avoir de l'importance au point de vue de la détermination d'un état d'infériorité individuelle, en rapport avec l'aliénation mentale, et c'est ainsi que nous les voyons croître en intensité et en nombre, des normaux aux aliénés, aux épileptiques et aux idiots.

VINGT-TROISIÈME LEÇON

Délires séniles et psychoses tardives [1].

Sommaire. — Épisodes délirants mélancoliques dans la démence sénile. Mélancolie tardive : exemple clinique, délire de négation mélancolique. Idées de persécution séniles : exemple clinique.
Forme tardive du délire (folie systématique) de persécution : exemple clinique.

Messieurs,

Nous avons étudié déjà l'état mental du vieillard et les altérations que présentent les facultés intellectuelles par suite des progrès de l'âge, aboutissant à la démence sénile. Nous avons vu que les troubles intellectuels pouvaient, comme l'a montré Maudsley, se ramener en dernière analyse à deux facteurs primordiaux, les lésions de la mémoire, les lésions de la perception. Nous avons noté aussi les altérations du sentiment, les actes des vieillards, déments ou non, si importants à connaître au point de vue médico-légal ; tous ces phénomènes marchant de pair avec des symptômes physiques et réalisant ainsi le processus complet de l'involution sénile.

Je vous rappellerai aussi qu'en plus de cette démence sénile simple, on peut trouver des idées délirantes de couleurs diverses et des états maniaques ou mélancoliques plus ou moins accentués, *phénomènes surajoutés* qui reposent sur

(1) Leçon du 20 septembre 1888, recueillie par M. A. Marie (*Progrès médical*, 27 octobre 1888).

le fonds primitif de démence et lui empruntent un caractère spécial.

Je vous ai dit encore qu'à côté de ces épisodes délirants, on peut rencontrer, chez le vieillard et indépendamment de la démence, de véritables psychoses qui souvent marquent le début de la désorganisation des facultés intellectuelles, laquelle ne s'établit plus ici d'une façon progressive, mais peut survenir très vite à la suite d'accidents vésaniques divers. C'est ainsi que nous avons vu ensemble un accès maniaque avec idées érotiques, survenant à un âge avancé chez un vieillard jusque-là normal, amener rapidement et laisser en s'effaçant la démence sénile ordinaire.

D'autres fois, on peut avoir affaire à des troubles de nature mélancolique et l'on peut voir certains déments séniles présenter, d'une façon épisodique et alternant quelquefois avec de l'excitation maniaque, de la dépression ou de l'anxiété mélancoliques avec des idées délirantes de teintes variées. — Nous reviendrons tout à l'heure sur les idées de persécution, qui forment une classe à part. — Celles que j'ai pu constater le plus souvent dans ces épisodes mélancoliques des vieillards sont des idées mystiques ou hypocondriaques. On voit ainsi des vieillards, déjà déments, tomber tout d'un coup dans une dévotion exagérée, s'accuser de fautes plus ou moins imaginaires, se croire coupables de crimes qu'ils n'ont jamais commis, redouter la damnation et fréquenter les églises et les confessionnaux. Dans d'autres cas, ce sont des conceptions hypocondriaques, préoccupations sur l'état des organes, crainte des maladies, de la mort, idées analogues à celles des paralytiques généraux. En même temps, on peut noter des hallucinations diverses, des troubles de la sensibilité dans ses différents modes.

D'ailleurs, toutes les conceptions délirantes empruntent

au fonds de démence sur lequel elles reposent un caractère d'absurdité, d'incohérence manifeste. Elles sont assez mobiles, se présentent par épisodes et peuvent alterner ou même coexister avec des idées délirantes également absurdes, mais de couleur tout opposée.

En regard de ces faits, il en est d'autres dans lesquels on rencontre, chez le vieillard, de *véritables accès* de mélancolie délirante en tout analogues à ceux qu'on peut observer chez l'adulte. Ces accès mélancoliques, qui surviennent chez des vieillards non déments, sont, en général, comme les accès maniaques apparus dans les mêmes conditions et dont je vous ai déjà parlé, le prélude de la ruine des facultés intellectuelles à plus ou moins longue échéance. Mais, au début ou à leur période d'état, ils se présentent tout différemment des épisodes précédents, car la démence sur laquelle ces derniers reposent n'est pas encore installée, et les idées délirantes, les réactions plus actives donnent, au contraire, à la maladie l'aspect qu'elle eût pu revêtir chez un individu moins avancé en âge.

En voici un exemple :

Mme P..., âgée de soixante-seize ans, est en proie depuis plusieurs mois à un véritable accès de mélancolie anxieuse, marqué d'abord par un état continuel d'agitation anxieuse, de l'insomnie, du refus d'aliments, un état saburral des voies digestives. Puis sont apparues des conceptions délirantes, craintes imaginaires, idées hypocondriaques, d'empoisonnement, de persécution. Sa physionomie pâle, jaunâtre, fatiguée, exprime l'anxiété la plus vive. Elle est continuellement en mouvement, le sommeil fait complètement défaut. Elle ne cesse de se plaindre de sa santé, elle

éprouve partout des douleurs. « Son foie est très malade, ses mains sont changées, sa langue est disloquée et le bout va tomber, son palais va disparaître, elle *n'a déjà plus* de gosier. » Elle ne cesse de demander des médicaments et, en même temps, elle attribue toutes ses douleurs à ceux qu'on lui donne et croit prendre du poison dans tous ses aliments; en général, elle mange sans trop de difficulté, parfois elle refuse les aliments. Elle s'imagine que sa famille veut se débarrasser d'elle, elle n'est plus bonne à rien, tout lui manque, elle n'a plus de domicile, plus rien. « On va lui faire endurer toutes sortes de supplices, on va lui arracher le cœur, lui retourner le nez, lui couper la tête, lui arracher la langue par morceaux, la couper en deux, la faire bouillir dans une grande marmite, c'est pour cela qu'on a allumé le feu de la cuisine. Les médecins veulent se livrer sur elle à des expériences scientifiques. » Elle a des hallucinations de la vue, voit des personnages fantastiques et menaçants qui passent devant sa fenêtre, et des illusions de l'ouïe qui lui font prendre le bruit du vent pour la voix de ses bourreaux.

Elle reconnaît par instants qu'elle a tort de se créer des chimères, mais ne tarde pas à retomber dans ses préoccupations délirantes. Au point de vue du niveau des facultés, il faut noter que la mémoire paraît aujourd'hui assez infidèle, mais il est à remarquer que le délire est très actif. La malade répond bien à toutes les questions; sa famille et son médecin traitant nous ont assuré, d'autre part, qu'avant le début de l'accès mélancolique, on n'avait jamais remarqué aucun indice d'affaiblissement des facultés intellectuelles. Comme renseignements sur l'état antérieur, j'ai appris que déjà, il y a quatorze ans, à l'âge de soixante-deux ans, Mme P... a eu pendant quelques semaines des inquiétudes

non motivées sur sa santé et des craintes imaginaires, mais moins accentuées qu'aujourd'hui et qui ont disparu rapidement sans laisser de traces.

Voilà donc une malade âgée qui se présente à nous avec tous les caractères de la mélancolie anxieuse, telle que nous l'observons chez l'adulte. A l'inverse des cas dont je vous ai parlé tout à l'heure, ici les accidents mélancoliques se sont montrés d'une façon indépendante et tiennent le premier plan de la scène pathologique. Si, aujourd'hui, la mémoire paraît commencer à s'affaiblir, nous savons, par les renseignements et l'examen antérieur de la malade, que c'est là un fait secondaire à la psychoneurose. D'ailleurs, il faut être encore réservé à l'époque actuelle sur ces troubles de la mémoire, car les mélancoliques, même adultes, dont le délire est très actif, comme celui de cette malade, peuvent présenter souvent des lésions de cette faculté plus apparentes que réelles. Cependant, dans le cas qui nous occupe, je ne doute pas que la dissociation de la mémoire ne finisse pas par s'établir, si même elle n'existe pas déjà. Toutefois, si ce point paraissait obscur, l'accès antérieur survenu à l'âge de soixante-deux ans, disparaissant sans laisser de trace, suffirait à prouver la réalité de ce que j'avance, à savoir l'existence chez le vieillard, en dehors de la démence, de véritables vésanies. Dans le cas actuel, je signalerai la présence d'idées de négation qui rapproche cette observation de faits de mélancolie anxieuse décrits par M. Cotard et que nous avons déjà étudiés. Je croirais, d'ailleurs, assez volontiers, qu'en dehors des cas chroniques visés plus spécialement par M. Cotard et pouvant arriver à un âge avancé avec leurs idées de négation, ces mêmes idées ne sont pas rares chez le vieillard, qu'elles soient liées comme ici à un accès de

mélancolie anxieuse tardive, ou qu'elles soient simplement épisodiques et secondaires à l'affaiblissement sénile des facultés. Krafft-Ebing et Krœpelin ont signalé aussi des faits de ce genre.

Mais, Messieurs, les choses ne sont pas toujours aussi simples que vous pourriez le croire d'après ce dernier exemple, et il y a des cas où le diagnostic des troubles intellectuels que présente le vieillard peut devenir très délicat. C'est ce qui arrive lorsque prédomine chez lui l'*idée de persécution*.

Tous les aliénistes qui ont écrit sur le sujet n'ont pas manqué, et avec raison, de signaler la fréquence des idées de persécution chez les vieillards. Ces idées, *liées à la démence sénile*, lui empruntent des caractères particuliers. Les malades se plaignent qu'on leur fait des misères et surtout qu'on veut les voler. Égoïstes, avares et méfiants, ils cachent souvent les objets, l'argent qu'ils possèdent ; leur mémoire infidèle ne leur permet pas de retrouver leurs cachettes et ils accusent alors leur entourage, leur famille, de leur en vouloir, de les voler, de chercher à se débarrasser d'eux. Les moindres actes des personnes qui les veillent sont interprétés faussement. Prend-on soin d'eux, veille-t-on à leur toilette, ils vous accusent de les battre, de les maltraiter. Renouer leur cravate ou leur foulard est pour eux une tentative d'étranglement. Souvent ils ont aussi des idées d'empoisonnement. Des hallucinations, des troubles de la sensibilité générale ne font que développer et entretenir ces idées délirantes. Mais leurs accusations mal formulées, puériles, ont toujours un caractère d'absurdité qui est le résultat et la marque de la ruine des facultés intellectuelles. Par cela même aussi, ces idées de persécution ne sont pas

exclusives et peuvent alterner ou coexister avec d'autres d'une couleur bien différente et dont je vous ai déjà donné des exemples. La malade que je vais vous présenter est un cas de ce genre.

Mme H... est âgée de soixante-douze ans. Les renseignements que nous avons pu recueillir sur ses antécédents ne nous ont appris rien de particulier. Il y a dix ans, elle aurait souffert, pendant un an, de douleurs abdominales ; elle disait alors qu'elle avait comme une bête dans le ventre. Il y a deux ans et demi environ, elle a commencé à se plaindre de ce qu'on venait chez elle lui voler des lapins, elle a craint aussi qu'on ne vînt la tuer. Elle entendait des voix, entre autres celle de « monsieur le curé, qui lui a pris de l'argent ». Elle a senti aussi qu' « on l'électrisait avec des fils dans le dos ». A cette époque, on l'a surprise cherchant le long de la Marne une bonne place pour se noyer. La nuit, elle se relevait et allait chez les voisins se recoucher.

Aujourd'hui, elle dit qu'il y a des méchants qui lui font des misères ; elle ne sait pourquoi, car elle n'a jamais fait de mal à personne ; elle ne connaît aucun de ces gens-là, ne les a jamais vus, mais les entend parler. Il y a surtout « Grévy qui parle en l'air, au-dessus de sa tête » ; il dit qu' « il est un enfant de fille, qu'il est président, qu'elle est riche, pauvre, morte ». A côté des méchants, il y a quelques bons qui disent de la laisser tranquille. Les méchants disent qu' « elle n'a pas été propre, qu'elle a mal soigné ses enfants, mais cela ne gêne pas cependant le gouvernement ».

Elle raconte en souriant qu'on a fait du mal à ses enfants, qu'on les a tués, qu'on l'a volée ; on lui a pris de l'or et des papiers ; on veut la tuer, mais elle est résignée : « Si on

veut la tuer, on la tuera, tout le monde ne peut pas être heureux. »

Troubles de la sensibilité générale très marqués : « On la pique sur la tête avec des aiguilles grosses et petites ; » peut-être sommes-nous de ceux qui la piquent ; on la pique, on la bat sur tout le corps. Aussi elle se cuirasse de carton, s'enveloppe de toiles cirées, se garnit le dos de baguettes pour amortir les coups ; elle a toujours un panier qui renferme, avec des croûtes de pain, des cailloux, des chiffons, ses instruments de défense (cartons, toiles cirées, baguettes de bois, etc.) ; « sous terre, il y a des gens qui lui chauffent les pieds. » Pas d'hallucinations génitales : « On n'a jamais la pique dans les parties ». Hallucinations de la vue, fantômes de diverses couleurs lui envoyant des goûts et des odeurs de phosphore, etc.

Affaiblissement notable de la mémoire, de la perception ; erreurs sur les personnes, prend un élève du service pour le fils du duc d'Orléans, un autre, du même âge, pour le fils du précédent ; reconnaît dans le médecin du service un de ses persécuteurs, « quoiqu'il n'ait pas l'air méchant et que ce soit bien dommage qu'il ne soit pas roi, car il aurait été bien gentil ».

Artères athéromateuses ; peau sénile ; tremblement ; cataracte double.

L'examen de cette malade dénote donc un affaiblissement notable des facultés intellectuelles présentant tous les caractères de la démence sénile. Cela nous explique l'allure des idées de persécution, systématisées plutôt en apparence qu'en réalité, au fond mal coordonnées et s'entremêlant à des idées plus spéciales d'ordinaire aux mélancoliques ; il en est de même des hallucinations qui n'ont plus les caractères tran-

chés de celles qu'on rencontre dans le délire des persécutions; vous avez pu aussi remarquer le langage incohérent des voix qu'elle entend. Les réactions ne sont pas non plus celles des persécutés ordinaires et la malade persécutée, qui a tenté jadis de se suicider, attend aujourd'hui, comme une mélancolique, le coup fatal avec résignation. C'est là un cas de délire de persécution sénile, ou mieux d'idées de persécution séniles, empruntant leur origine, leurs caractères à la sénilité.

A côté des faits de ce genre, il en est d'autres, plus rares il est vrai, dans lesquels le vieillard présente un *délire de persécution* véritable, *systématisé* comme celui de l'adulte et indépendant de la démence sénile. Au premier abord, on pourrait croire qu'on a affaire à un ancien délire systématique de persécution arrivé à une étape avancée et sans affaiblissement intellectuel, comme cela se rencontre souvent dans cette maladie. Mais l'étude des antécédents montre, au contraire, qu'on a affaire à un délire de fraîche date, ayant seulement débuté à un âge avancé, à *une forme tardive* de délire des persécutions. C'est une malade de cette catégorie que nous allons maintenant examiner.

Mme D..., âgée de soixante-dix ans, est entrée le 24 janvier 1888.

Antécédents héréditaires. — Le *père* n'était pas nerveux, mais buvait un peu; pas de paralysie; mort à cinquante-sept ans d'un « abcès au cœur ». Il avait eu trois sœurs, mortes vers l'âge de quarante-cinq ans. Pas de renseignements sur les grands parents.

Un cousin paternel a tué sa femme dans un accès de jalousie et s'est tué ensuite.

La *mère*, cousine de son mari, était très nerveuse, maladive, se plaignant de l'estomac et du ventre ; pas d'attaques de nerfs ni de syncopes ; n'a eu qu'une sœur, morte à l'âge de trente-sept ans.

Antécédents personnels. — Pas de convulsions dans l'enfance, développement intellectuel et physique normal. Pas de maladies nerveuses ; à treize ans, chargeant un sac de blé, elle fut prise de douleurs dans les reins, l'estomac et le bas-ventre. Réglée à dix-neuf ans, elle l'a toujours été depuis d'une façon irrégulière et peu abondante. On lui a dit d'ailleurs qu'elle avait la matrice tombée.

Mariée à vingt-quatre ans, elle a continué à souffrir des reins, d'une sensation de pesanteur dans le bas-ventre et de tiraillements d'estomac. Pas de syncopes cependant, ni d'attaques de nerfs.

Enceinte onze mois après son mariage, elle eut un accouchement difficile. La matrice sortait lorsqu'elle se releva au quinzième jour. On lui a mis un pessaire qu'elle a gardé six ans. Elle a cessé alors d'être réglée. Dans l'espace de sept ans, elle eut six grossesses.

Le mari, d'origine piémontaise, était établi boulanger à Marseille. Leur bail fini et le propriétaire voulant les augmenter, ils allèrent s'établir en Piémont, mais ils ne réussirent pas et revinrent à Marseille, sans argent ; le mari dut travailler comme simple ouvrier. Il gagnait peu ; aussi, avec son consentement, accepta-t-elle une place de femme de chambre qu'on lui proposait à bord d'un bateau, après avoir placé ses enfants chez une femme, et sa petite fille dans une maison protestante. Elle était depuis neuf mois à bord du *Philippe-Auguste* quand éclata la guerre de Crimée. Le bateau fit le service de Constantinople en Crimée, où elle prit même un petit commerce de fruits qui lui rap-

porta 1 400 francs en trois mois. Elle envoya l'argent à son mari et revint ; mais celui-ci lui reprocha d'avoir quitté, et quelque temps après, elle retourna avec lui en Crimée faire de la boulangerie à la suite de l'armée française. A la fin de la campagne, ils rentrèrent à Marseille avec près de 3 000 francs.

Un cousin du mari, établi à Caracas, les y attira. Là ils tombèrent en pleine révolution, furent dévalisés et faillirent périr.

Réfugiés dans un port voisin jusqu'à l'arrivée du *Lucifer*, navire de guerre français venant de la Martinique, ils purent enfin s'embarquer pour New-York, grâce à un prêt de leur cousin. Ils s'arrêtèrent à Philadelphie où le mari se plaça dans un hôtel, tandis qu'elle tombait malade, perdant du sang et cela pendant deux ans. Une fois rétablie, ils purent gagner New-York, où son mari resta maître d'hôtel, elle lingère dans la même maison. Entre temps, les enfants étaient élevés et placés ; entre autres un garçon chez un lithographe, condamné depuis comme faussaire, qui encourageait un penchant très net de l'enfant pour le théâtre, en lui donnant de l'argent fabriqué par lui pour le passer. Cet homme leur enleva même cet enfant malgré eux, et ils ne le retrouvèrent qu'après quinze mois.

Le faussaire donna alors de l'argent faux, toujours pour qu'ils ne disent rien ; avec cet argent le mari partit au Mexique avec les deux plus grands de ses enfants qu'il plaça là-bas ; quant à lui, on ne l'a plus revu.

Restée seule, elle demeura bien placée. Mais « à la suite d'un coup de sang dans l'œil », n'y voyant plus, elle dut se mettre marchande de fleurs, puis garde-malade. Enfin, à court d'argent, elle s'est fait rapatrier par le consul, et rentra en France le 16 mai, le jour même, dit-elle, du dis-

cours de Mac-Mahon. Elle se mit marchande de quatre saisons, et fut enfin placée à la Salpêtrière par un député «21, rue de Rome », il y a deux ans, le 15 octobre 1886.

Elle sait fort bien qu'on est en septembre 1888. Jamais jusqu'à son entrée, on n'avait rien fait contre elle. — Elle n'avait rien remarqué et ne se doutait de rien. — Elle affirme que tout a commencé à son entrée dans les cours, quatorze mois avant le transfert dans les sections d'aliénées.

Placée tout d'abord salle Sainte-Claire, elle remarqua un matin qu'on avait déposé sur son lit deux papiers, tandis que ses voisines n'en avaient qu'un. Mais on en enleva bientôt un. Cela lui parut « drôle ». Depuis, elle a compris que c'était parce qu'il y avait dessus de mauvaises choses à son adresse, sans qu'elle l'ait pu lire.

Elle ne tarda pas à s'apercevoir que, dans la salle, on la regardait de travers ; puis elle a entendu, surtout le matin, au réveil, des voix disant « ce qu'il y a de plus vilain pour l'honneur d'une femme ». Depuis, ces voix la tourmentent sans cesse nuit et jour.

C'étaient d'abord deux femmes, ses voisines de salle, d'en face, qui l'appelaient *salope*, *coquine*, *putain*, la traitant de mauvaise mère, l'accusant d'avoir abandonné sa fille à Marseille en 1848. Cependant, depuis cette époque, elle n'avait encore rien entendu de semblable à ce sujet !

Elle attribue toutes ces misères *aux protestants*, parce que, catholique, elle avait épousé un protestant. La surveillante aussi s'est jointe aux deux femmes ; elle l'aurait entendue dire : « Je n'aime pas les femmes adultères. » Non contente de l'insulter, cette surveillante s'est mise à la priver de nourriture.

A côté de ces « femmes de persécution », méchantes et ignorantes, il y en avait d'autres qui la consolaient, lui di-

sant : « Ne les écoutez pas, ne faites pas attention, elles nous ont aussi maltraitées, elles nous appelaient voleuses, et toutes sortes de choses. » Mais ça n'a toujours été que de mal en pis.

On a craché sur elle, elle l'a senti sur sa main. On lui a jeté des poudres à la figure pour l'aveugler ; elle sentait de mauvais goûts dans la bouche. Comme réactions, la malade a demandé d'abord à changer de salle, mais les persécutions ont continué. Elle s'est plainte au Directeur de l'hôpital, elle a même dit un jour : « Si j'avais un couteau, je les tuerais. » Elle ne cesse aussi de réclamer sa sortie.

Pas d'idées de grandeur. La mémoire est conservée pour les faits passés et actuels, dont elle donne les dates précises sans se contredire. — Délire bien coordonné.

Elle pleure facilement ; surtout quand elle parle des siens.

Athérome artériel, état sénile de la peau, tremblement sénile, surtout des mains, cataracte surtout de l'œil droit. Pas de paralysie. Physionomie triste et fatiguée.

Vous le voyez, Messieurs, le délire de cette malade se présente sous un tout autre aspect que celui de la précédente. Vous avez pu constater d'abord qu'il n'y a pas d'affaiblissement des facultés intellectuelles. Mme D... comprend bien les questions, y répond nettement, se rend parfaitement compte du milieu où elle se trouve ; vous avez vu que sa mémoire est parfaitement conservée, aussi bien pour les faits récents que pour les faits passés. Elle donne des noms, des dates précises, et nous n'avons jamais pu la trouver en défaut, la mettre en contradiction avec elle-même.

C'est évidemment à ce fait qu'il faut attribuer la systématisation progressive du délire qui s'est organisé comme

un délire des persécutions systématique ordinaire. Vous retrouvez, en effet, les phases diverses signalées par M. J. Falret, que je vous ai indiquées chez les persécutés systématiques classiques. C'est ainsi que nous notons d'abord des interprétations fausses, puis des hallucinations de l'ouïe prédominantes avec leurs caractères spéciaux, des troubles de la sensibilité générale, des hallucinations du goût, pas d'hallucinations de la vue. En même temps, les idées délirantes se systématisent ; la malade, incertaine au début, accuse ensuite les protestants par un fait de délire rétrograde, puis certaines personnes qu'elle désigne. Les réactions sont aussi celles d'une persécutée délirante systématique ; elle demande d'abord à changer de salle, en ville elle eût sans doute déménagé ; puis ce sont des plaintes plus précises au directeur, comme les persécutés se plaignent aux commissaires ; elle ne cesse de réclamer, et même elle en est venue à proférer des menaces d'homicide.

Nous retrouvons donc là, comme dans les délires systématiques de persécution, les mêmes symptômes se développant dans le même ordre ; seule l'évolution a été plus rapide. Je me crois donc autorisé à conclure que nous avons affaire ici à une forme tardive de délire des persécutions.

Nous avons vu précédemment que ces délires systématiques de persécution rentrent dans la classe et constituent le type le plus complet de la *folie systématique primitive* (*Paranoia* ou *Verrücktheit primitive*) représentant, comme j'ai eu l'occasion de vous le dire, une sorte d'anomalie, de déviation du développement intellectuel. C'est par suite une psychopathie éminemment constitutionnelle, et le dé-

lire, lorsqu'il apparaît, n'est que la traduction délirante des tendances natives particulières de l'individu. On comprend dès lors aisément l'importance que peuvent avoir, au point de vue de la mise en lumière du délire, les différentes étapes qui marquent l'évolution biologique. C'est ainsi qu'on peut, à ce point de vue, comme l'ont fait Tanzi et Riva dans un récent mémoire, distinguer : 1° la *forme originelle* (*originäre Verrücktheit* de Sander ; persécutés raisonnants de M. J. Falret) ; 2° la *forme post-pubère* qui survient au moment de la maturité psychique, lorsque l'individu, d'une constitution psychique anormale, est devenu mûr pour le délire ; c'est la forme la plus ordinaire (délire des persécutions de Lasègue) ; 3° la *forme qui débute au retour d'âge ;* 4° la *forme tardive* qui arrive à un âge encore plus avancé, dans la vieillesse, ces deux dernières très comparables entre elles, suivant la remarque qu'en a fait Clouston pour les différentes psychoses, qui surviennent à ces deux étapes biologiques.

C'est sur la dernière forme, peu étudiée et que je crois cependant assez fréquente, que j'ai voulu attirer aujourd'hui votre attention, en essayant de la distinguer des idées de persécution observées communément chez le vieillard, reposant sur un fonds primitif de démence sénile, avec lesquelles on confond le plus souvent ce véritable *délire systématique de persécution à début tardif*, ayant la même origine, présentant les mêmes symptômes, la même évolution systématique que le délire des persécutions ordinaire chez l'adulte, dont il ne diffère que par la marche plus rapide.

VINGT-QUATRIÈME LEÇON

Des idées de grandeur et de persécution conscientes et obsédantes [1].

MESSIEURS,

Nous allons examiner aujourd'hui plusieurs malades, atteints d'idées de grandeur ou d'idées de persécution et chez lesquels ces idées revêtent une allure tout à fait spéciale et peu commune. Elles se présentent, en effet, avec les caractères de ces idées si fréquentes sous d'autres aspects, folie du doute, onomatomanie, agoraphobie, dipsomanie, et que l'on a groupées sous le nom générique de *délire émotif* (Morel), de *vertige mental* (Lasègue), d'*idées fixes* ou *obsédantes* (Westphal, Buccola), d'*obsessions* (Falret), de *syndromes épisodiques* ou *stigmates psychiques des dégénérés* (Magnan), etc.

Nous avons eu déjà l'occasion, au cours de nos réunions, d'étudier des exemples classiques de cette forme de troubles intellectuels. Aussi ne ferai-je que vous rappeler brièvement leurs caractères principaux.

En pareil cas, l'idée pathologique s'impose à l'esprit de l'individu et celui-ci, tout en ayant, jusqu'à un certain point, conscience de la nature morbide de cette idée, est forcé de la subir, malgré tous ses efforts pour lutter et

(1) La première partie de cette leçon a été publiée in *Progrès médical*, 5 septembre 1891; la seconde, in *Semaine médicale*, 5 octobre 1892.

pour calmer ses inquiétudes. De plus, cette idée s'accompagne, par paroxysmes, de phénomènes d'angoisse, parfois très accentués, qui disparaissent avec elle et font place à un calme relatif. Ces symptômes se rencontrent, plus ou moins nets, dans tous les faits de ce genre; aussi a-t-on dit que les traits particuliers de ces idées morbides sont d'être obsédantes, irrésistibles, conscientes, paroxystiques et angoissantes, suivies, après le paroxysme, d'un calme relatif.

Tels sont bien les caractères que nous retrouverons chez nos malades.

La première est une dame, âgée de trente-trois ans, qui fréquente nos consultations externes de la Salpêtrière depuis trois ans. Un mot d'abord sur ses antécédents. Son père était alcoolique et est mort paralysé du côté gauche. Sa mère tombait en attaques; elle était d'abord raide, puis se débattait et criait ; elle paraît avoir eu des idées de doute obsédantes.

Je n'ai pu recueillir que peu de renseignements sur les antécédents personnels de la malade. Elle était d'une intelligence peu développée et apprenait difficilement. Elle fut réglée à onze ans et demi sans accidents. La maladie actuelle a débuté à l'âge de vingt-quatre ans, à la suite d'une couche et de chagrins occasionnés par l'abandon de son mari. Elle n'avait plus de goût à rien, souffrait de la tête, ne pouvait tenir en place. Elle fut prise alors d'envies d'étrangler son mari ou les personnes qui lui parlaient, de se pendre, de mettre le feu au lit de sa fille. Ces impulsions déterminaient chez elle une angoisse extrême ; c'était d'autant plus cruel, dit-elle, que j'aimais bien ma famille et que je ne suis pas méchante. Quelque temps auparavant, elle avait entendu

parler d'une dame qui voulait étrangler son mari et cela l'avait beaucoup frappée.

A peu près vers la même époque, se trouvant chez un fournisseur, elle entendit raconter qu'une personne venait d'être internée dans un asile d'aliénés parce qu'elle disait être reine. A partir de ce moment, elle fut obsédée presque constamment par l'idée qu'elle était reine, elle aussi, ou qu'elle allait le devenir. « D'ailleurs, dit-elle, tout ce qui me frappe me reste, surtout lorsqu'on parle de folie. » Cette idée qu'elle est reine la prend tout d'un coup : « Je n'entends pas qu'on me parle, dit-elle, cela vient en moi comme si c'était moi-même qui le disais dans la gorge; » parfois même, elle a la tentation de le dire tout haut, mais elle se retient, par crainte de passer pour folle. En même temps que cette idée de royauté se présente à son esprit, « cela la frappe dans l'estomac et lui serre la gorge »; elle étouffe et fait des efforts comme pour avaler quelque chose qui l'étranglerait, a envie de crier « au secours » et reste toute saisie. Ces phénomènes pénibles disparaissent quand l'idée la quitte; alors elle est plus tranquille tout en se désolant à la pensée que cela la reprendra bientôt, et se demandant si elle ne deviendra pas tout à fait folle. Elle se rend parfaitement compte de la nature maladive des phénomènes qu'elle éprouve, dit que c'est absurde d'avoir de pareilles idées, qu'elle n'est pas reine du tout et qu'elle ne sait pas comment elle peut en arriver à avoir des idées semblables. Ces idées reviennent fréquemment, souvent plusieurs fois par jour sous forme de crises séparées par des intervalles de calme relatif. Plus elle y prête attention, plus l'obsession est forte; si, au contraire, elle se distrait tout de suite, la crise est moins vive. Parfois, cela la prend lorsqu'elle parle, et alors elle est obligée de s'arrêter; d'autres fois, elle peut

continuer sa conversation première. En dehors des crises, quand elle pense volontairement à ses idées de royauté, elle est un peu émue, mais n'a pas d'angoisse. La nuit, elle dort sans y penser, mais, au réveil, souvent elle se dit : « Je me réveille comme une reine, » et elle en est tout épouvantée. Les idées obsédantes sont toujours de même nature; leur formule seule varie, mais peu. C'est, par exemple : « Je suis reine; — ton mari est roi; — tu monteras sur le trône; — ta fille régnera. » Parfois, ces idées l'amènent à certains actes en rapport avec elles; une fois, par exemple, elle s'est mise à nettoyer chez elle parce qu'elle était obsédée par cette idée : « Il faut balayer, s'il venait du monde de la cour. » Dans les derniers temps, la formule de l'idée obsédante de grandeur devient incompréhensible pour elle, c'est un néologisme dont elle ne peut même donner l'explication : « Je vais nommer *la légende*. »

Aucune conception délirante proprement dite. Tout cela n'est pas sans l'inquiéter sur sa santé intellectuelle, d'autant qu'elle se rend pleinement compte du caractère pathologique de ses obsessions. Elle nous demande ce qu'elle va devenir, si cela ne la mènera pas à la folie, et, lorsqu'elle se trouve avec d'autres personnes, il lui arrive parfois de se dire avec anxiété : « Si l'on savait que j'ai ces idées-là, on me traiterait de folle. »

Léger rétrécissement du champ visuel ; pas d'autres traces d'hystérie.

Vous le voyez, Messieurs, chez cette dame, les troubles intellectuels se présentent avec les caractères habituels des obsessions que je vous ai résumés plus haut. Mais il y a plus, et je tiens à attirer votre attention sur quelques particularités de cet exemple.

En dehors de l'angoisse, accompagnant les paroxysmes, il faut remarquer que la malade n'est pas absolument tranquille. Si elle ne présente pas de phénomènes d'angoisse physique, subjectifs ou objectifs, elle n'en est pas moins dans un état d'anxiété intellectuelle assez accentué, provoqué par le souvenir de la crise passée, l'appréhension d'une nouvelle, la crainte de la folie finale. Ces troubles émotionnels, presque permanents chez elle, méritent d'être notés. D'un autre côté, il faut également signaler certains caractères psychologiques de l'idée obsédante, qui est ici reliée à des troubles psycho-moteurs manifestes. En effet, c'est sous la forme d'une parole intérieure *articulée* qu'elle se présente à l'esprit de la malade et, d'autre part, elle s'accompagne d'une tendance à des actes en rapport avec elle, actes que la malade refrène souvent, mais accomplit quelquefois.

Ces troubles émotionnels persistants et la nature psychologique particulière de l'idée ne sont pas sans retentir profondément sur le moi du sujet et dénotent une désagrégation psychique, une sorte de scission de la personnalité atteignant son maximum au moment des paroxysmes. Il y a là évidemment une nouvelle cause d'exaspération de l'angoisse, car cette dame se rend compte de son état et le dit elle-même d'autant plus pénible qu'il est en désaccord avec sa manière d'être habituelle. Un fait également à l'appui de cette manière de voir, c'est que si elle pense *volontairement* à ses idées, elle est émue mais sans réaction angoissante. Dans ce dernier cas, en effet, son moi ne se dissocie pas, elle pense d'elle-même à son idée maladive, qui d'ailleurs n'est plus alors qu'un souvenir ; mais le fait capital, c'est qu'elle ne la subit pas, elle reste maîtresse de sa volonté et de son attention. Au contraire, lorsque l'idée

s'impose d'elle-même en surgissant, comme on l'a dit, du fond de l'inconscient, si parfois la malade peut causer ou s'occuper d'autre chose, d'autres fois elle est obligée de s'arrêter. Il y a donc là en présence, au même moment, deux synthèses mentales en lutte, et cela est encore mis en lumière par le fait que la crise est moins forte, si la malade peut distraire de suite son attention (en d'autres termes, fortifier la synthèse mentale première), tandis qu'elle augmente si elle s'abandonne au courant des idées obsédantes.

Passons maintenant, Messieurs, à l'examen de notre second malade.

C'est un homme âgé de trente ans, qui s'est présenté aussi à la consultation externe en septembre 1890.

Les renseignements que j'ai pu recueillir sur les antécédents héréditaires sont absolument négatifs. Je n'ai guère non plus de données sur les antécédents personnels du malade. Il a eu des peurs fréquentes de trois à cinq ans, il apprenait bien à l'école et n'aurait pas fait de maladies antérieures.

Le début des troubles mentaux actuels remonte à un an : quinze jours auparavant, il avait eu de vives contrariétés, et un mois plus tôt il avait reçu un coup de pied de cheval à la jambe droite. Il rentrait un soir, sur l'impériale d'un omnibus, lorsque tout d'un coup il lui sembla que ses voisins le regardaient et il fut pris de l'idée qu'on allait peut-être lui faire du mal. Il se mit à trembler, cependant il ne descendit de l'omnibus qu'au terme de sa course; mais alors il fut obligé d'entrer dans un bureau de tabac pour attendre que le tremblement eût cessé. Depuis cette époque, lorsqu'il est dans la rue, il lui arrive de s'imaginer que quelqu'un le suit et qu'on va lui faire du mal. Parfois, sur le moment,

il n'était pas sûr que ce ne fût vrai; mais tout de suite il reconnaissait que c'était faux et cependant il était saisi d'une inquiétude qu'il ne pouvait dominer.

Plus tard, quand ses camarades de travail parlaient entre eux, il lui semblait qu'ils disaient du mal de lui et alors, dit-il, « cela me montait à la tête, j'étais ébloui, tout tournait, et je ne pouvais pas résister à cela. Par moments, je croyais que mes camarades faisaient cela pour me monter la tête, mais tout de suite, en réfléchissant, je reconnaissais que c'était une idée fausse que je me faisais. — Quand on me regardait par hasard, qu'on parlait, je prenais cela tout autrement, comme si c'était pour moi. C'est alors que je ressens comme un coup dans l'estomac, cela me prend à la tête et au cœur, je me mets à trembler et je ne puis pas rester. » Jamais ce malade n'a eu d'hallucinations; il a changé plusieurs fois d'atelier, mais ses obsessions le suivent dans ses déplacements. Lorsqu'il travaille à la campagne, il est moins tourmenté; de même quand il est seul, quand il ne travaille pas ou lorsqu'il est préoccupé d'autres idées. « Ces peurs-là me prennent tout d'un coup, dit-il, et ne durent pas longtemps. » Lorsqu'elles sont passées, il se trouve très bien. Il se rend exactement compte de la nature pathologique de ce qu'il appelle ses peurs et c'est de lui-même qu'il est venu nous consulter. Il n'a pas d'autres idées obsédantes.

La santé physique est satisfaisante; le front est étroit, très légèrement asymétrique, la voûte palatine étroite et profonde, les oreilles mal ourlées, le lobule adhérent. Aucun signe d'alcoolisme ni d'hystérie; sommeil bon.

Ici, Messieurs, comme dans le premier cas, nous retrouvons encore tous les symptômes caractéristiques des

obsessions. Le diagnostic est donc facile. Ce qui m'a engagé à vous présenter ces malades, c'est la variété particulière de leurs idées obsédantes, de grandeur chez l'une, de persécution chez l'autre. Or, on n'est pas habitué à rencontrer les idées de grandeur et de persécution avec ces caractères et généralement, quelle que soit la maladie mentale qu'elles accompagnent (délires systématisés de persécution et de grandeur, alcoolisme, paralysie générale, etc.), elles s'associent à des réactions tout autres, variant d'ailleurs avec l'affection mentale, mais n'ayant pas le caractère d'angoisse paroxystique, propre aux idées obsédantes; de plus, elles sont absolument inconscientes et, au lieu de lutter contre elles, les malades, au contraire, se les assimilent et s'y adaptent parfaitement.

Quel est l'avenir de nos malades? Je n'oserais être affirmatif, eu égard à la rareté, sous cette forme, des idées de persécution et de grandeur.

D'un côté, puisqu'il s'agit ici d'obsessions, on peut songer à en appliquer le pronostic général en tenant compte, bien entendu, dans chaque cas particulier, des antécédents héréditaires, de la durée, de la marche antérieure de la maladie, de la fréquence et de l'intensité des paroxysmes. A ce point de vue, chez la première malade, le pronostic serait peu favorable, mais sans cependant entraîner l'idée d'une démence, rare dans ces cas. Chez le second, on pourrait espérer, sinon une guérison, au moins une rémission de plus ou moins longue durée.

D'un autre côté, il faut envisager la nature spéciale des idées. Déjà, lorsqu'il s'agit des idées obsédantes habituelles, quelques auteurs admettent qu'elles peuvent aboutir à un véritable état d'aliénation confirmée. On pourrait donc craindre que nos malades ne deviennent un

jour délirants persécutés ou mégalomanes, passant ainsi de ce que certains aliénistes étrangers appellent la paranoia rudimentaire (obsessions) à la paranoia confirmée (délires systématisés primitifs). Sans nier la possibilité d'une telle éventualité, je me contenterai de vous rappeler que chez la première malade les troubles intellectuels se sont présentés depuis dix ans toujours sous le même aspect. A propos du second, je pourrais vous citer un cas analogue que j'ai observé dans ma clientèle de ville et où le sujet, après plus de vingt-cinq ans d'idées de persécution à forme d'obsession, était toujours conscient de son état, ne présentait pas de signes de démence, ni de délire confirmé, était resté un simple obsédé, toujours sous la même forme.

Messieurs, nous venons de voir des idées de persécution ou de grandeur revêtir la forme consciente et obsédante et se présenter sous l'aspect clinique habituel des obsessions. Dans les cas précédents, ces idées restaient isolées, sans systématisation, mais elles peuvent aussi s'organiser en un véritable système de conceptions délirantes, tout en conservant d'autre part les mêmes caractères cliniques. C'est du moins ce qui ressort de l'observation de la malade que nous allons examiner maintenant, et qui depuis longtemps déjà fréquente nos consultations externes de la Salpêtrière.

Les troubles intellectuels qu'on observe chez Mme G... remontent au mois de mars 1889. Il est bon toutefois de noter que, l'hiver précédent, tous ses enfants avaient été malades ; elle eut à subir à ce moment beaucoup de fatigues dont sa santé physique s'est ressentie.

Elle souffrait de la tête, des reins ; elle avait perdu l'appétit et vomissait souvent ; ses jambes enflaient, elle avait des pertes blanches, des insomnies plus ou moins

complètes. Outre les fatigues et l'inquiétude occasionnées par la maladie de ses enfants, elle eut aussi à cette époque des ennuis d'argent. Elle était devenue indécise, sans initiative.

C'est à la suite de cela que les troubles intellectuels éclatèrent « comme un coup de foudre ». Elle habitait alors Villeneuve-Saint-Georges. Un jour, étant au lavoir, « on aurait dit » que tout le monde se moquait d'elle, de son linge, de ce qu'elle faisait, de ce qu'elle disait. Il lui semblait que les personnes qui étaient là montaient une cabale contre elle, faisaient des signaux; elle croyait qu'on allait lui faire une plaisanterie en sortant. Elle en était si convaincue qu'elle avait gardé à la main son battoir pour se défendre. Une fois rentrée, elle envoya son mari aux informations, mais il ne put rien apprendre de particulier.

A la suite de cet incident, elle se renferma chez elle et ne voulut plus sortir ni voir personne. Il lui semblait qu'on voyait ce qui se passait dans son logement, qu'on savait ce qu'elle pensait, que certains articles de *la Lanterne* la concernaient. C'étaient surtout les gens de son quartier et du lavoir qu'elle accusait. A cette époque, lorsqu'elle apercevait quelqu'un, *cela la serrait à l'estomac*, *elle ne pouvait ni respirer*, *ni avaler*, mais c'était cependant moins fort que maintenant.

C'est là une constatation à retenir, car ces symptômes ne sont autres que des phénomènes d'angoisse que nous retrouverons encore plus accentués par la suite.

La malade présentait encore d'autres interprétations délirantes de même ordre. Il lui semblait que son feu ne marchait pas bien, qu'on lui donnait de mauvaise marchandise exprès pour cela, qu'on avait bouché sa cheminée. Une fois elle crut qu'on avait mis du pétrole dans des

pruneaux qu'elle avait achetés et les renvoya à l'épicier. Elle avait senti cela à l'odeur. Il y avait donc des hallucinations de l'odorat; je n'en ai pas rencontré du côté de la vue, du goût, de la sensibilité générale; mais quelques hallucinations de l'ouïe, seulement la nuit. Elle crut, à plusieurs reprises, entendre des tombereaux qu'on faisait passer sous ses fenêtres pour l'empêcher de dormir.

Elle s'imaginait qu'on voulait la faire disparaître, qu'on lui trouvait toutes sortes de défauts; il lui semblait que tout ce qu'elle avait fait jusqu'à ce jour était mal fait, qu'elle n'avait pas rempli comme tout le monde ses devoirs de femme de ménage, qu'*elle avait tous les défauts possibles*. « Je me disais : c'est que je n'ai pas bien fait, je n'ai peut-être pas bien élevé mes enfants. Si l'on me parlait affectueusement, il me semblait qu'on se moquait de moi. Les compliments qu'on avait pu me faire jadis me semblaient des plaisanteries. »

Messieurs, je vous signale simplement en passant, comme un fait assez particulier et sur la valeur diagnostique duquel j'aurai à insister tout à l'heure, ce caractère des idées délirantes chez notre malade. En même temps qu'elle se croit persécutée et *accuse les autres* de lui faire des misères, elle *s'accuse aussi elle-même*, se croit coupable, regarde l'hostilité qu'on semble lui manifester comme une allusion à ses défauts, à des fautes qu'elle croit devoir se reprocher.

Sous le coup de ces idées, elle quitta Villeneuve pour aller à Pantin. Là ce fut la même chose : « le mot d'ordre était donné, les gens du chemin de fer étaient sur la voie pour me narguer; je n'osais pas me mettre à la fenêtre. Si je voyais un geste, si j'entendais un mot, cela me

concernait. Jamais on ne s'est adressé à moi : c'était même ce qui me vexait, parce que je ne pouvais répondre. »

Elle a eu à cette époque quelques hallucinations de l'ouïe et de la sensibilité générale. Un jour, entre autres, étant à table dans sa famille, elle entend dire : « Nous allons lui faire ressentir dans le pied la douleur qu'elle a eue autrefois », et au même instant elle a ressenti cette douleur.

Alors elle retourna dans son pays, à Lyon. Là encore, tout lui semblait dirigé contre elle, elle croyait qu'on avait téléphoné à Lyon. A ce moment, elle avait *une croyance absolue* à la réalité de ses idées.

Ce détail ne laisse pas d'être digne d'intérêt. Nous verrons que, par la suite, la malade reconnaît au contraire la fausseté des idées actuelles qui la dominent.

A ce moment survint une période de *rémission*. Revenue à Villeneuve, Mme G... avait fini par prendre le dessus, tout en n'étant pas absolument tranquille. Mais, au bout de quatre mois, nouvelles interprétations délirantes. Il lui semble qu'on la guette ; si elle fait quelque chose, elle croit que les locataires voisins se font des signaux. On sait ce qui se passe en elle, même ses pensées ; lorsqu'on lui parle, c'est pour se moquer d'elle. « Quand je suis en face de quelqu'un, la tête me tourne et je tomberais, tellement cela m'ennuie ; il me semble que les personnes *présentes* ont une influence sur moi, et je crois que c'est cela qui fait qu'on se moque de moi. Un jour, étant à la promenade, il y avait devant moi des personnes que j'avais connues. J'étais malheureuse rien qu'à l'idée qu'elles pourraient s'arrêter pour me regarder, et j'ai été *contente et soulagée* quand je les ai vues prendre une autre direction. On ne m'a jamais rien dit, mais il me semble qu'on me reproche

quelque chose. *Il me semble que tout cela n'est que des idées fausses* que je me fais. Je voudrais être assez forte pour braver tout cela, mais *je ne puis pas*. »

Ces paroles mêmes de Mlle G... nous montrent bien qu'elle est, jusqu'à un certain point, maintenant consciente de la fausseté de ses idées, en même temps qu'elles mettent en relief leur caractère d'irrésistibilité et d'angoisse paroxystique suivie d'une détente.

Ces symptômes particuliers sont encore plus nets par la suite.

La vie lui étant devenue insupportable à Villeneuve, elle vint habiter Paris en août 1890. Elle fut tranquille d'abord, mais dès le 15 septembre, elle ne peut plus voir personne de la maison. « Dès que je me mets à la fenêtre, quand j'aperçois quelqu'un, mon sang ne fait qu'un tour tellement cela m'impressionne, *cela me serre dans la poitrine*, je deviens pourpre ou verte, les jambes me manquent, je ne sais plus ce que je fais, je n'ai plus la tête à moi. *Cela dure le temps que je vois les personnes*. En sortant de chez moi, je suis comme une imbécile ; *plus loin, cela se passe*. Dans la campagne, ne voyant plus personne, *je respire* et je ne puis me décider à rentrer. Je ne puis tenir de conversation, je n'ose pas ; je ne sais quoi dire, tellement je suis impressionnée. Il me semble qu'on se moque de moi, mais je ne sais pas si c'est vrai. Il me semble que tout le monde me trouve drôle, mais je suis drôle aussi ; je n'ose pas parler, je crois qu'on sait toutes mes pensées, toutes mes actions. Quand je suis devant quelqu'un, je n'ai pas la force de parler, de regarder le monde. Je crois qu'on s'imagine que j'ai tous les défauts possibles, et cependant je n'en ai pas plus qu'une autre ;

je crois qu'on veut se moquer de moi, qu'on guette ma figure, qu'on se dit : « Je vais la faire devenir pourpre. » Ce qui me manque, c'est la force de caractère pour dompter tout cela, et pour me dire : « Cela m'est égal. » *Je ne crois pas*, dit-elle, que les gens de Villeneuve aient quelque chose contre moi et *je ne puis pas cependant m'empêcher* d'avoir l'idée qu'ils vont peut-être donner le mot à ceux de Paris. Toujours cela me revient, et je rumine tout le temps malgré moi : « Qu'est-ce que je vais devenir? Ma famille est per- « due, que nous arrivera-t-il ? » Dans le lit, je pense à cela tout le temps, et alors je suis tout en sueur et je ne puis plus remuer. Quand je suis descendue du train à la gare de Lyon, j'ai vu une voisine qui venait voir sa belle-sœur. Je le savais bien, et cependant je n'ai pu m'empêcher de croire que c'était pour moi ; je me suis sauvée en courant, cela me tournait dans l'estomac, dans tout le corps. »

Le caractère angoissant, paroxystique et irrésistible des idées délirantes est encore nettement analysé par la malade elle-même, lorsqu'elle nous dit : « Quand j'ai ces idées, c'est toujours dans l'estomac que cela me prend : c'est comme un poids, comme si mon manger était resté. J'ai aussi des palpitations, les joues pâles ou rouges, des sueurs froides, mes jambes fléchissent. Cela me prend quand mes idées viennent, et elles viennent malgré moi. Cela dure trois ou quatre minutes, je me raisonne un peu et cela finit par se passer. » Elle a bien conscience aussi de la nature pathologique des phénomènes qu'elle ressent. « Ce doit être des idées ; je crois toujours que les gens de Villeneuve sont contre moi ; *j'ai beau me dire que c'est absurde*, je ne puis me dominer. »

Après des alternatives de rémission, pendant lesquelles la malade réussit à être plus maîtresse d'elle-même, les

accès d'anxiété reviennent et, en mars 1891, elle demande son placement dans le service pour se traiter.

Voici brièvement ce que nous avons noté à ce moment : Mme G... est d'une émotivité excessive; quand elle raconte les accidents dont elle souffre, elle devient triste et inquiète, le visage rougit, les mains se mouillent de sueur, elle est comme oppressée. Elle a conscience d'être malade, demande à être traitée et à guérir pour retourner soigner ses enfants; elle dit que toutes ses préoccupations sont dues à ce qu'elle est faible, anémique, et ne peut être maîtresse d'elle-même. Tout en reconnaissant le peu de fondement de ses idées, elle ne peut s'en débarrasser.

Au bout de quelques jours d'internement, elle est moins inquiète, beaucoup plus calme, a conscience de son état : « Quand cela me prend, je ne puis plus me dominer, surtout maintenant que je suis très faible. » Interprétations délirantes continuelles : « Je ne puis m'empêcher de prendre pour moi tout ce qu'on dit. J'ai beau trouver que c'est absurde, ici surtout où j'entends toutes sortes de choses déraisonnables, mais c'est plus fort que moi. » Il lui semble qu'on sait ce qu'elle pense et elle prend toujours pour elle, et malgré elle, ce qui se dit : « J'ai beau me dire que je suis ici dans une administration qui n'a aucun intérêt à s'occuper de mes affaires, c'est plus fort que moi. Quand je ne cause pas de cela, je passe tout mon temps à ruminer malgré moi, je ne puis me distraire; je me préoccupe sans cesse de ce que je deviendrai une fois sortie. » Elle n'a plus d'hallucinations. Elle se soigne très régulièrement, veut guérir et le plus vite possible, parce que sa présence est nécessaire dans son ménage. Enfin, elle peut se mettre à travailler.

Messieurs, plusieurs points sont à relever dans cette observation.

Le fait saillant de l'état mental pathologique de Mme G.. est qu'elle présente des idées de persécution, se manifestant le plus souvent sous la forme d'interprétations délirantes simples, s'accompagnant parfois d'hallucinations et, de plus, s'organisant en un véritable système délirant. Les détails de l'observation sont assez probants à ce sujet pour que nous n'ayons pas besoin d'y revenir maintenant.

S'agirait-il donc là d'un délire systématique des persécutions? Nullement, au moins sous les formes habituelles qu'il peut revêtir et bien que certains symptômes, tels que les interprétations délirantes, les hallucinations, la systématisation des idées, les fugues de la malade, puissent en imposer au premier abord. L'allure générale de la maladie n'est pas celle du délire des persécutions systématisé hallucinatoire, à marche régulière et progressive. D'un autre côté, dans les variétés à marche irrégulière, dont notre malade semblerait plutôt devoir se rapprocher au premier abord, il est à remarquer que le sujet est toujours *inconscient* de la nature pathologique de ses idées qu'on peut jusqu'à un certain point discuter parfois, mais dont il ne reconnaît de lui-même la fausseté que s'il entre en rémission complète. Comme vous avez pu le voir, ce n'est pas aujourd'hui le cas de Mme G... Elle n'aurait pu prendre place dans ce cadre que dans la première période de sa maladie, alors qu'elle avait dans ses idées délirantes une croyance absolue qui a fait place ensuite à la conscience de leur nature pathologique, lors même qu'elles venaient à se manifester de nouveau.

Je vous rappellerai ici un détail dont je vous ai signalé

au passage l'importance et qui est relatif à la formule des idées de persécution. Ces idées, en effet, présentent, dans le cas actuel, cette particularité qu'elles ne se manifestent pas, au point de vue psychologique, avec les caractères habituels de l'idée de persécution des persécutés, mais plutôt de celle des mélancoliques.

J'ai déjà longuement et à plusieurs reprises insisté devant vous sur ce diagnostic séméiologique, trop négligé à mon sens, des différentes idées de persécution. Je me contenterai aujourd'hui de vous en rappeler un seul caractère.

Chez le persécuté vrai, l'idée de persécution repose toujours sur le fond d'orgueil habituel à ces malades, qui se bornent à accuser les autres de leur nuire et ne cessent de se poser en victimes injustement poursuivies. Chez le mélancolique, au contraire, l'idée de persécution repose sur un sentiment d'humilité lui faisant regarder les persécutions qu'il subit comme le résultat de fautes imaginaires. S'il accuse les autres, il s'accuse aussi lui-même ; ses misères se justifient par ses propres fautes.

Or, nous avons vu que notre malade, cherchant la raison de l'attention qu'elle croit éveiller, n'en arrive pas à accuser les autres personnes d'une jalousie que justifieraient ses propres qualités ; au contraire, elle s'imagine que si on la remarque, si on semble la poursuivre, c'est qu'elle a des défauts, des reproches à se faire, que sa conduite antérieure peut être incriminée.

Cela veut-il dire qu'il s'agirait là d'un cas de mélancolie ? En aucune façon, car nous ne retrouvons ni la marche de la maladie, ni les caractères généraux du délire mélancolique, secondaire à des troubles émotionnels et volontaires le marquant d'une empreinte spéciale, caractères que je vous ai déjà longuement exposés.

Si la présence d'une idée d'auto-accusation reliée à l'idée de persécution est un fait ordinaire dans la mélancolie, il n'en est nullement pathognomonique et se rencontre aussi chez certains délirants persécutés, ainsi que l'a fait remarquer M. Gilbert Ballet au congrès de Blois.

Actuellement, les troubles psychiques, par les caractères que j'ai essayé de mettre en relief au cours de notre examen, semblent reproduire assez exactement le tableau clinique des obsessions. C'est d'abord le caractère d'obsession et d'irrésistibilité des idées de persécution qui s'impose à l'esprit de Mme G... et que, malgré tous ses efforts, elle ne peut dominer; puis le caractère paroxystique et angoissant de ces mêmes idées qui surviennent non seulement par accès séparés par des rémissions, mais, au cours de ces accès, par crises paroxystiques s'accompagnant de phénomènes d'angoisse parfois très accentués. C'est encore le calme relatif, la période de détente qui suit les paroxysmes et pendant laquelle la malade raisonne et discute le mieux son état. C'est enfin la conservation relative de la conscience, qui lui permet justement de raisonner ses idées, d'en reconnaître la fausseté en dehors des paroxysmes et même, à ce moment, tout en les subissant, de pouvoir encore les discuter, à moins qu'elles ne deviennent trop intenses. Il n'y a qu'au début de la maladie, lors du premier accès, que la conscience avait disparu, en laissant toutefois, comme nous l'avons vu, persister le caractère d'angoisse.

La présence constante de ce dernier caractère pourrait peut-être servir à nous expliquer la teinte particulière des idées de persécution, assez semblables, comme nous l'avons fait remarquer, à celle des mélancoliques. En effet, les idées mélancoliques sont toujours secondaires à un état émotionnel pénible dont elles constituent une tentative d'explication. Ne

pourrait-on admettre ici que les symptômes d'angoisse, physique et morale, qui accompagnent les idées délirantes, ne puissent être le point de départ de l'explication que tente la malade, cherchant ce qu'elle peut avoir à se reprocher, pour justifier l'idée de persécution qui a ouvert la scène délirante?

Messieurs, vous savez que les idées obsédantes sont souvent la traduction d'une *constitution psychopathique*. Or, Mme G... est la fille d'un père emporté, original, joueur et buveur, mort paralysé à cinquante-deux ans, et d'une mère cancéreuse, qui avait elle-même un frère original et très violent. Cette dame, actuellement âgée de trente-six ans, intelligente, n'a eu aucune maladie de l'enfance; elle s'est développée d'une façon précoce. A l'école, elle comprenait bien ce qu'on lui montrait, mais retenait mal; d'ailleurs, cela l'ennuyait. Elle préférait travailler, même en classe, à la couture. Elle fut d'abord couturière, puis lingère parce qu'elle gagnait plus. Réglée à douze ans et demi sans accidents, elle n'a jamais eu d'attaques de nerfs; elle est toutefois d'une impressionnabilité extrême; si elle voit une plaie, il lui semble qu'elle va se trouver mal, mais elle ne perd pas connaissance. Ainsi, elle a eu un vésicatoire et, à l'idée qu'il y avait de l'humeur dessous, elle a cru qu'elle allait défaillir.

Elle n'était jamais contente ni d'elle ni des autres, et aurait voulu, sans avoir cependant à se plaindre, que tout fût mieux encore. Elle a toujours eu la manie de ruminer, pour l'argent, les achats, la nourriture. Elle se lavait constamment les mains, vingt fois par jour, simplement parce qu'elle les trouvait sales. Quand elle cherchait un mot, il fallait qu'elle le trouvât. Mais à cette époque elle n'avait pas

d'angoisse. Ce sont là des symptômes atténués, mais de même ordre que ceux qui se sont développés plus tard. Elle ne présente aucun signe d'hystérie ni d'alcoolisme, mais on constate chez elle une légère asymétrie faciale, ainsi que l'absence de lobule.

Notre malade est donc bien une prédisposée héréditaire, et, chez elle, la moindre cause pouvait suffire à rompre tout à fait l'équilibre intellectuel déjà précaire ; ici, cette cause occasionnelle fut les fatigues et les préoccupations morales dues à la maladie de ses enfants, à des ennuis d'argent, etc.

C'est encore sa constitution psychique particulière qui nous expliquera la forme revêtue par les accidents mentaux. Au début, ils se présentent comme un délire de persécution systématisé primitif, qui est d'ordinaire la traduction d'une constitution psychopathique, surtout si la marche en est rapide, irrégulière, rémittente comme dans le cas actuel ; le caractère angoissant des idées délirantes que nous avons signalé dès cette époque est un fait qu'on note parfois alors et sur lequel M. Magnan insiste beaucoup. Puis, après une rémission, les mêmes idées de persécution revêtent un nouvel aspect, celui des idées obsédantes et conscientes, si fréquentes chez ces individus à tare psychique et dont notre malade avait déjà offert antérieurement quelques manifestations atténuées sous des formes plus ordinaires. Par le double aspect successif qu'elle revêt, cette affection semble donc constituer comme un cas mixte de *paranoia rudimentaire* (obsession) et de *paranoia confirmée* (délire systématisé primitif).

Un mot en terminant, Messieurs, au point de vue du traitement.

Le terrain particulier sur lequel se développent d'ordinaire les idées obsédantes se manifeste le plus souvent par des symptômes neurasthéniques. Or, il est à remarquer qu'ici l'apparition des idées délirantes a été précédée de ces mêmes symptômes, qui ont constitué en quelque sorte une période de préparation des troubles psychiques. Puis ils ont persisté, se traduisant par un sentiment de courbature générale, des douleurs de reins, de la faiblesse des jambes, de la céphalalgie en casque. L'appétit était très irrégulier; la langue blanche, pâteuse, amère; l'estomac distendu gonflait après le repas; la digestion était longue, difficile; la malade présentait des rougeurs à la face, de la somnolence après les repas, des renvois acides, des gaz fétides, de la tendance à la constipation, des urines très abondantes et par moments très chargées d'urates, sans albumine ni sucre. Le foie, le cœur, les poumons étaient normaux. Les hémorragies menstruelles étaient très abondantes et prolongées, l'appareil génital absolument sain. Amaigrie dès le début, Mme G... vit en quelques semaines son poids diminuer de plus de 6 kilogrammes.

Nous avons, d'autre part, maintes fois remarqué (et la malade elle-même avait été frappée de ce fait) que tous ces phénomènes s'amendaient dans les périodes de rémission et les intervalles de calme. Aussi nous a-t-il semblé qu'il y avait là, à côté de l'isolement et du traitement moral, une indication thérapeutique à remplir. Nous avons donc institué un traitement tonique et reconstituant, des pratiques hydro- et électrothérapiques, qui produisirent une certaine amélioration. Puis l'état resta stationnaire et les symptômes délirants ne disparurent que lorsque nous eûmes en même temps l'idée de combattre directement les troubles dyspeptiques et de relever la nutrition par l'emploi de la noix

vomique, l'antisepsie gastro-intestinale, le lavage de l'estomac, un régime alimentaire approprié et de légers purgatifs.

Sans vouloir tirer de là des déductions à propos de l'influence sur l'état mental des phénomènes d'*auto-intoxication* si fréquents chez les neurasthéniques dyspeptiques, je me borne à enregistrer le fait thérapeutique. En peu de temps, les troubles neurasthéniques de toute espèce s'amendèrent; l'état de la nutrition générale devint plus satisfaisant, la malade reprit du poids et les accidents intellectuels disparurent complètement. Ils n'ont plus reparu depuis quinze mois que Mme G... est sortie du service. Jamais, depuis le début, et de son propre aveu, elle n'a eu de rémission aussi complète et d'aussi longue durée.

VINGT-CINQUIÈME LEÇON

Les idées délirantes de défense [1].

Sommaire. — Définition de l'idée de défense. — Idées de défense active et passive.

A. *Idées de défense passive.*

1° Comment le malade désigne ses défenseurs.

2° En quoi consiste l'idée de défense. — Symptômes concomitants.

3° Moyens employés par les défenseurs.

Valeur diagnostique et pronostique de ces idées.

B. *Idées de défense active.* — Elles peuvent se manifester :

1° Par le langage parlé.

2° Par le langage écrit. — Mots, phrases, conjurations.

3° Par la mimique, les attitudes, les habitudes, le costume.

Valeur pronostique de ces idées.

Messieurs,

Parler de l'idée de défense chez l'aliéné, c'est, semble-t-il au premier abord, devoir se borner à étudier les réactions auxquelles il s'abandonne sous l'influence de son délire, pour se mettre en garde contre ses ennemis. Mais ce n'est là qu'un côté restreint de la question ; elle doit être envisagée à un point de vue plus général. A côté de ces réactions défensives bien connues, il est des cas moins étudiés dans lesquels le malade attache à l'émission de certaines paroles, à l'accomplissement de certaines habitudes, de certains gestes, une idée de défense contre ses ennemis. De plus, quelques sujets ont, à côté des idées de persécution,

(1) Leçon recueillie par M. Henry Meige et publiée in *Médecine moderne*, n° 35, 1891.

des idées antagonistes de défense, conceptions délirantes qui peuvent imprimer au délire un aspect particulier. Dans le premier cas, l'aliéné intervient lui-même dans la défense, il est actif ; dans le second, au contraire, il reste passif, subissant la défense comme il subit l'attaque.

Il y a donc lieu de distinguer, en quelque sorte, deux variétés d'idées de défense : les idées de défense active et les idées de défense passive.

A. Commençons par l'étude de ces dernières : *les idées de défense passive*.

Par ces idées, le malade exprime la conviction qu'à côté d'individus qui le poursuivent, il en existe d'autres qui le défendent.

L'analyse d'une idée de défense complète comporte trois termes principaux :

1° La désignation des défenseurs ;

2° La nature de la défense ;

3° Les moyens employés par les défenseurs.

Examinons successivement ces trois points :

1° Dans certains cas, le malade ne parle de ses défenseurs que d'une façon très vague, indéterminée ; il dit, par exemple : « On, le monde. » D'autres fois, il se sert de termes un peu plus précis, désignant une collectivité d'individus tels que « la défense, la médecine, les amoureux bienveillants, les dames de l'aristocratie, les messieurs ». Dans certains cas, il emploie un néologisme, comme « la classe Dieu, le bon écho ». Parfois enfin, il spécifie nettement son défenseur : « Le maréchal de Mac-Mahon, M. de Saint-A... » et fait même usage, à l'occasion, de néologismes comme le suivant : « Le raccommodeur retempier. »

Ces différents modes de désignation ont de l'importance, en ce sens que leur degré de précision dénote une systématisation plus ou moins grande du délire. L'emploi du néologisme de son côté révèle une affection chronique. Souvent aussi la formule caractérisant le défenseur indique déjà le genre de défense et aussi certains autres symptômes de la maladie : hallucinations de l'ouïe (bon écho) ou modifications de la sensibilité générale (raccommodeur retempier, c'est-à-dire refaisant les tempes).

2° Voyons maintenant en quoi peut consister la défense. On peut distinguer plusieurs degrés. Tantôt la défense se borne à mettre le malade sur ses gardes ; tantôt elle entrave l'action des persécuteurs, ou va même jusqu'à réparer les dommages causés par eux. Je vais vous citer quelques exemples de ces faits et vous verrez en même temps comment la formule dont se sert le malade pour désigner la défense peut avoir de l'importance en vous mettant sur la piste d'autres détails qui font partie du complexus symptomatique de l'affection mentale.

Une de nos malades persécutée entend une voix d'homme qui lui dit : « Prends garde, méfie-toi de ces dames. »

Mlle B..., persécutée, se plaint « du grand Ferdinand qui a une mauvaise classe et est contre elle ». Mais la « classe Dieu » lui parle et lui dit des mots d'amitié.

Mme D... raconte qu'à côté des « femmes de persécution, méchantes et ignorantes », qui l'appellent « salope, coquine », il y en avait d'autres qui la consolaient, lui disant de ne pas les écouter, de ne pas faire attention.

Mlle M..., persécutée avec idées d'empoisonnement, se croit défendue par le médecin de la Compagnie d'Orléans, qui lui dit : « Prends garde à la soupe. »

Dans tous ces cas, l'idée de défense nous révèle la présence d'une hallucination verbale auditive sous la forme d'avertissement. Nous retrouvons le même phénomène dans les cas où la voix, au lieu de s'adresser au malade, s'adresse aux persécuteurs pour les réprimander.

Mme H..., persécutée, nous dit : « Il y a surtout une personne qui veille sur moi : c'est M. de Saint-A... Il gronde les personnes qui mènent mal et dit : « Je ne veux pas « qu'on mène mal. »

Mme D..., à côté des voix qui l'injurient, en entend d'autres qui la défendent et disent : « Laissez-la tranquille, que cela finisse. »

Quelquefois il peut y avoir une sorte de dédoublement des hallucinations verbales auditives, les mauvaises voix se faisant entendre dans une oreille, les bonnes dans l'autre.

Les idées de défense peuvent aussi révéler la présence d'hallucinations verbales psycho-motrices. Chez une de nos malades, les voix de la défense qu'elle percevait d'abord par les deux oreilles partent maintenant de l'épigastre et s'accompagnent de phénomènes moteurs très manifestes. « Il y en a, dit-elle, qui viennent parler dans la bouche et qui obligent la langue à remuer ; mais la bouche reste fermée et il ne sort aucun son. Je comprends ce que les voix disent aux mouvements de la langue, sans prononcer rien, ni haut, ni bas. »

La formule de l'idée de défense peut aussi nous indiquer des troubles hallucinatoires plus variés (vue, tact, sensibilité générale) associés à l'hallucination verbale auditive. En même temps, la défense semble s'étendre parfois jusqu'à réparer les dommages causés par les persécuteurs.

« Les roulettes de la machine magnétique qu'on a tournées sur M. R... l'ont fait mourir il y a neuf ans ; mais alors le Créateur est apparu à sa vue, l'a ressuscité et lui a dit : Souviens-toi. »

Mlle D... se plaint d'être douchée, électrisée ; heureusement il y a un veilleur la nuit sur la maison, il lui parle de très loin, l'avertit qu'on va la tuer et lui dit de ne pas avoir peur. Il y a quinze jours, une voix lui a dit : « Nous te dédouchons, » et lui a ainsi ôté « la douche au cœur » qu'elle avait reçue.

Mlle F... se plaint d'un mauvais écho qui la fait souffrir. Mais il y en a un bon qui détruit ses effets, la fait résister, et l'empêche de déraisonner quand on vient lui prendre sa pensée.

Mme R... dit avoir été empoisonnée par de « l'unifa » qu'on mettait dans sa boisson. Mais les « messieurs qui annoncent » lui ont dit qu'ils lui avaient donné quelque chose pour la fortifier, et de fait elle s'est sentie mieux portante et plus vigoureuse.

Mme B... se plaint d'être injuriée, électrisée, nitralée, violée, endormie par le chloroforme, etc. Depuis longtemps des hommes « sans doute commandés par la préfecture », prennent sa défense, lui parlent de loin et « lui ont déjà remis sa cervelle enlevée ». Mgr Ismaël, la Sainte-Trinité, la protègent ; elle a senti Mgr Ismaël la tirer par l'oreille pour la réveiller du sommeil chloroformique. Elle est morte plusieurs fois et toujours ses protecteurs l'ont ressuscitée.

3° Quant au troisième point, la désignation des moyens employés, bien souvent la malade reste dans le vague à ce propos et ne spécifie rien ; l'idée de défense se borne alors à ce que nous venons d'examiner.

Mais, cependant, il est des malades, comme la dernière qui se sentait *tirée par l'oreille*, qui désignent le moyen de défense.

Un persécuté observé par M. Cotard est soumis à des « fumigations d'ammoniaque » qui, bien que répandant une odeur désagréable, réagissent sur lui, à l'entendre, d'une façon favorable.

Une de nos malades, persécutée, explique certains des troubles de la sensibilité générale qu'elle ressent par un « traitement électrique » que lui font suivre des « messieurs » qui la soignent de loin.

Une autre, en proie à des troubles incessants de la sensibilité générale, ne peut résister aux supplices continuels infligés par ses ennemis, que grâce aux inoculations de sang et de bouillon chaud que ses défenseurs lui font de loin avec un « lance-buée ».

Vous voyez là encore que la formule de l'idée délirante peut vous permettre de faire d'autres constatations importantes : présence d'hallucinations, troubles de la sensibilité générale, emploi de néologismes.

Le diagnostic des idées de défense passive est en général facile ; elles ne peuvent guère être confondues qu'avec certaines idées de possession que nous étudierons par la suite et dont, cependant, il importe de les distinguer, surtout au point de vue des troubles de la personnalité.

Toute défense implique nécessairement une attaque antérieure. Aussi n'est-il pas étonnant de voir les idées de défense n'apparaître que chez les persécutés, et prendre seulement naissance au bout d'un temps plus ou moins long, alors que les persécutions, d'abord vagues, se sont accentuées, et que le malade commence à rassembler ses

idées, à systématiser son délire. Aussi ne les trouvera-t-on que rarement chez les aliénés qui présentent des idées de persécution passagères.

La présence seule d'idées de défense passive est donc déjà un indice de chronicité; vous avez vu d'autre part comment leur formule, soit par elle-même, soit en nous décelant la présence d'autres symptômes, pouvait aider au pronostic.

Souvent ces idées de défense sont transitoires, passagères ; mais parfois aussi elles se systématisent et suivent une évolution en quelque sorte parallèle à celle des idées de persécution, comme le fait s'est présenté chez trois malades que j'ai pu observer.

Dans ces cas surtout, leur présence peut avoir une certaine importance au point de vue médico-légal, en évitant au sujet des réactions violentes. Morel et Legrand du Saulle ont déjà, d'ailleurs, montré que les hallucinations de sens contraire peuvent se contrebalancer et empêcher le malade d'obéir aux actes que lui ordonnent les mauvaises voix.

De plus, j'ai pu constater que les idées ou hallucinations consolantes pouvaient, chez les persécutés où elles prédominent, modifier pour un temps plus ou moins long l'aspect de la maladie. Certaines de nos malades se trouvaient plus vigoureuses après les hallucinations consolantes ; une autre, chez laquelle cet ordre d'hallucinations prédominait le plus souvent, prenait son mal en patience et racontait même en riant, ses persécutions, sûre de l'appui de ses défenseurs. Notre malade aux hallucinations verbales psycho-motrices de défense est aussi satisfaite, sûre de quitter l'hôpital, car elle a triomphé ; et, chose rare pour

une persécutée, elle ne demande jamais la date de sa sortie dont elle est assurée.

B. Passons maintenant, Messieurs, aux *idées de défense active*.

Je ne vous exposerai pas ici les réactions habituelles par lesquelles l'aliéné cherche à se défendre contre ses ennemis, comme les changements de domicile, les migrations destinées à les dépister, l'analyse de ses aliments ou boissons, le refus partiel de certains mets ou leur préparation par lui-même, les dénonciations aux autorités, enfin les actes violents de toute espèce. Là il n'y a pas à proprement parler d'idée délirante de défense, mais une réaction en quelque sorte logique résultant d'idées de persécution.

Je me restreindrai aux cas où le malade attribue à certains actes bizarres qu'il exécute une portée particulière, une idée de défense contre ses ennemis. Ces idées de défense active sont évidemment, comme celles de défense passive, en rapport étroit avec des idées de persécution antérieures.

Pour la commodité de notre étude, nous pourrons les diviser en trois catégories suivant qu'elles se manifestent à nous par le langage parlé, écrit ou mimique, bien que souvent ces trois modes d'expression s'associent chez le même individu.

1° Dans le premier cas, l'idée de défense, se traduisant par le langage parlé, revêt l'apparence d'un exorcisme et a pour le malade toute la valeur d'une conjuration.

Tantôt c'est un simple mot, un juron, par exemple, comme chez cette aliénée qui fait cesser ses hallucinations érotiques en disant : « Zut ! M... ! Du flan ! » Une autre

vient à bout de « l'attaque » en répétant plusieurs fois d'un ton énergique « bien entendu, bien entendu », mots qu'elle accompagne d'un geste spécial de la main et du pied.

D'autres fois, c'est toute une phrase, sorte de formule que le malade déclame sur un certain ton, toujours le même, à la manière d'une incantation. En voici un exemple : « 5 fois 5 font 25 ; je suis la reine de France Zazi, enfermée à la Salpêtrière, etc. » Dans ce cas, la phrase était créée de toutes pièces par la malade dans le but particulier « de se maintenir dans ses droits ». — Une autre se contentait de chanter dans le même but, à l'adresse de ses persécuteurs, le cantique :

Cruel Satan, arme-toi de ta rage;
Que tes démons se liguent avec toi !
Tu ne pourras jamais abattre mon courage,
Je ne crains rien, Jésus est avec moi !

J'ai observé une persécutée qui, pour se défendre contre ses ennemis, et se mettre en rapport avec des protecteurs imaginaires, sifflait pendant des heures entières un refrain de sa composition que j'ai pu noter, et cela en se promenant dans une direction déterminée.

Dans quelques cas, ces idées de défense se traduisent par des néologismes isolés ou associés en forme de phrase, ainsi que Tanzi en a rapporté de curieux exemples.

Parfois ces formules se trouvent intercalées au milieu du discours (embololalie) et lui donnent un aspect tout particulier de double conversation, sur lequel j'ai déjà attiré votre attention en vous exposant les modifications du langage chez les aliénés.

2° Une seconde catégorie comprend les cas où l'idée de défense se traduit par le langage écrit.

Parfois, comme chez une de nos malades, c'est une modification de l'orthographe des mots. Elle supprime les *i* et les remplace par des *y*, allonge les voyelles en diphtongues, intercale des *h* à tout propos, met sur les voyelles ou même sur des syllabes un accent circonflexe de son invention. Cette écriture, pour elle, est plus masculine, donne de la force à la pensée et lui permet de résister aux ennemis qui « aspirent » son intelligence. Sans cela, dit-elle, elle serait « épuisée par l'aspiration ».

Dans d'autres écrits, l'idée de défense se traduira par l'intercalation d'un mot ou même d'une phrase.

Une de nos malades répète dans ses écrits, plusieurs fois par page, la phrase : « Dieu et son droit, maudit dans tout ce qu'il y a de plus maudit qui mal y pense », destinée suivant elle à faire cesser les obsessions de ses persécuteurs. De même, au cours de ses écrits elle répète très souvent les mêmes dates pour empêcher ses ennemis de lui faire perdre le fil de ses idées. Enfin je vous signalerai un fait curieux de l'observation de cette malade, qui a des idées de défense très accentuées constituant un véritable système. Outre certains gestes (mouvements du pied, de la main, des lèvres), certaines paroles « bien entendu », certaines phrases écrites que je viens de vous signaler, et destinées à conjurer « l'attaque », il arrive souvent que « l'attaque » suscite des recherches lorsque la malade lit quelque chose ou entend rappeler un fait, une date. A ce moment, « l'attaque » pose une question ; tant que la réponse n'est pas trouvée, il y a un grand malaise, des tremblements, de l'angoisse, même du vertige. Si elle ne trouvait pas de réponse, elle serait, dit-elle, plus agitée que toutes nos agitées. En cherchant, elle finit par trouver une réponse ; alors le calme arrive parce que la « défense » est maîtresse.

L'« attaque », par exemple, la fait enrager, dit-elle, avec les mots « jour de l'an », et, pour recouvrer le calme, elle est obligée d'écrire : « jour de l'an, l'anguille, guillotine ». De l'emploi de la lettre *l*? demande l'« attaque ». Et la malade n'est tranquille qu'après avoir répondu : « Saint *L*aurent l'a par devant, saint Pau*l* l'a par derrière, les fi*ll*es l'ont au milieu, et, quand elles sont femmes, elles ne l'ont plus ». Je n'insiste pas plus longtemps et me contente de vous faire remarquer l'intérêt de ce fait, qui représente en somme une véritable onomatomanie faisant corps avec le délire de persécution de la malade. Lorsque la question est difficile, elle conjure la difficulté par la formule : « Dieu et son droit... », etc., citée plus haut.

3° Enfin, Messieurs, c'est souvent par la mimique que l'aliéné traduit son idée de défense.

Notre dernière malade, pour assurer la « défense », frappe du pied, agite le bras droit et souffle. Une autre fait le geste de séparer quelque chose et dit en même temps : « Les chances sont égales. » Une autre, persécutée mystique, se défend de ses ennemis par des signes de croix répétés et des gestes cabalistiques. Une quatrième ne consent jamais à parler à quelqu'un avant de l'avoir exorcisé avec une baguette qu'elle réserve à cet usage.

De ces gestes, il faut rapprocher certaines habitudes se rattachant à une idée de défense. Une de mes malades est persécutée par un ennemi « Ispiritim » qui la poursuit par l'électricité. Pour en neutraliser les effets, elle se pique la peau avec une longue épingle ou se place la pointe d'un clou dans les oreilles, les yeux, la bouche. Une autre, pour conjurer les mauvaises influences, garde continuellement

entre les dents un jeton en métal qu'elle n'ôte même pas pour parler. Une persécutée que j'ai observée avait pour habitude le soir, avant de se coucher, de retirer les draps du lit ; puis elle mettait sur le matelas une assiette et posait dessus un flambeau avec une bougie piquée d'épingles qui tombaient dans l'assiette à mesure que la bougie brûlait. Cette pratique avait pour but de chasser les mauvais Esprits.

On peut encore comparer à ces faits les modifications que les malades introduisent dans leur costume pour se préserver des atteintes de leurs adversaires. Ainsi une de nos persécutées mettait sur sa tête un livre, puis une casserole en cuivre pour se garantir des « pestes coupantes » que ses ennemis lui jetaient sur la tête. Une autre, à qui l'on travaille la cervelle, s'entoure la tête d'une énorme coiffure, véritable casque blindé de carton, qui en même temps recouvre les oreilles pour empêcher les « perce-oreilles » d'y pénétrer. Une troisième, pour se préserver de la « charognerie », se place la nuit sur la poitrine un cataplasme de matières fécales et se couvre ensuite hermétiquement.

Ces idées de défense active, comme les précédentes, ne se rencontrent guère qu'à la suite d'idées de persécution le plus souvent systématisées et de date ancienne.

On pourrait cependant en rapprocher quelques faits très analogues observés dans d'autres formes psychopathiques, telles que les obsessions. C'est ainsi qu'on pourrait leur comparer le lavage répété des mains chez des individus atteints de délire du toucher, tel un de mes malades qui allait jusqu'à se laver les mains, non seulement après avoir touché certains objets, mais lorsqu'il ayait rencontré un

enterrement. De même on pourrait rapprocher aussi des idées de défense active certains mots ou formules prononcés par des onomatomanes dans le but de neutraliser l'influence néfaste qu'ils attribuent à quelques autres. Une malade que j'ai connue, par exemple, ne pouvait entendre les mots : « Vendredi, malheur, treize » sans corriger leur portée néfaste en prononçant les autres : « Samedi, bonheur, quatorze. »

C'est surtout dans les formes constitutionnelles de l'obsession qu'on peut faire des constatations de ce genre. De plus, elles sont, par elles-mêmes, d'un mauvais pronostic : car ces « trucs » indiquent de la part du malade une adaptation complète à l'idée obsédante qu'ils ne font qu'entretenir.

Les faits observés chez les persécutés paraissent également en rapport avec un état d'affaiblissement intellectuel, congénital ou acquis. D'ailleurs, chez eux, ils n'apparaissent le plus souvent qu'après une période de maladie déjà longue. Enfin, leur mode d'expression vous renseigne aussi, soit par lui-même lorsqu'il s'agit de néologismes, de phrases ou de gestes stéréotypés, indices d'un état chronique, soit en vous montrant la présence d'autres symptômes (hallucinations diverses, idées systématisées) qui peuvent avoir une valeur pour indiquer l'état mental général du sujet.

Ces idées de défense active sont encore importantes à relever au point de vue médico-légal ; car souvent, lorsqu'elles passent à l'état d'habitudes, elles peuvent suffire au persécuté pour assurer sa tranquillité et lui épargnent les réactions violentes qui font si fréquemment de ce malade un individu dangereux pour ses semblables.

Vous voyez, Messieurs, toute l'importance qu'il y a à bien connaître les idées de défense. Si j'ai insisté un peu longuement, c'est qu'elles n'ont guère jusqu'ici attiré l'attention. Quelques auteurs (Morel, Legrand du Saulle, Magnan) ont bien signalé des hallucinations de caractère opposé, mais n'ont pas étudié ces idées de défense. Comme travail d'ensemble sur la question, je vous citerai un mémoire que j'ai publié il y a quelques années (*Ann. méd.-psych.*, 1889) en collaboration avec M. P. Besançon ; encore n'était-il question dans ce travail que des idées de défense passive. C'est pour combler cette lacune et vous montrer la question dans son ensemble que j'ai cru devoir vous exposer toutes les considérations qui précèdent sur les idées de défense, passive et active.

VINGT-SIXIÈME LEÇON

De l'abasie et de l'astasie émotives [1].

MESSIEURS,

Il y a peu d'années seulement que l'attention des médecins a été attirée sur les troubles d'origine psychique de la marche et de la station debout. Bien qu'indiqués déjà sommairement par quelques auteurs, c'est à M. Charcot et à ses élèves, MM. Paul Richer et Blocq (2), que revient le mérite d'avoir donné une description détaillée du syndrome qu'ils ont désigné du nom d'*astasie-abasie*.

Je vous rappellerai brièvement qu'alors le désordre porte exclusivement sur les actes associés de la station debout et de la marche, qui sont empêchés à divers degrés. Si le malade est couché ou assis, on n'observe rien d'anormal, sauf parfois quelques troubles de la sensibilité. La puissance dynamométrique est conservée et il n'y a pas alors d'incoordination. Ce n'est que lorsqu'on commande au malade de marcher ou de se tenir debout que se révèlent les anomalies.

A côté de ces troubles de la station debout et de la marche, il en est d'autres peu étudiés, également d'origine psychique, qui, malgré certaines analogies d'aspect, en diffèrent cependant par d'autres côtés.

(1) Publiée in *Médecine moderne*, 8 janvier 1891.

(2) P. Blocq, *De l'astasie et de l'abasie* (*Arch. de neurologie*, 1883).

En voici un exemple; malgré quelques lacunes de détail dues aux conditions défectueuses d'observation dans lesquelles je me suis trouvé placé (la malade ne fréquentant que nos consultations externes), il me semble cependant assez caractéristique pour mériter de vous être présenté.

Mlle A..., quarante ans, après une période de préoccupations morales et de surmenage, fut prise subitement, il y a un peu plus de deux ans, de douleurs dans les genoux et les jambes, s'accompagnant d'une faiblesse telle qu'elle pouvait difficilement se tenir debout et que, lorsqu'elle voulait essayer de marcher, elle avait la sensation que si elle faisait un pas, elle allait être précipitée à terre.

Un peu plus tard survinrent des douleurs de tête se caractérisant par une sensation de pesanteur sur le vertex, et de resserrement des régions latérale et postérieure; craquements dans la nuque. Puis, à ce cortège de symptômes se joignirent des troubles de la digestion : perte de l'appétit, digestions paresseuses, chaleur à la tête, ballonnement de l'estomac, parfois des éructations; constipation, somnolence après les repas; perte du sommeil la nuit.

Pendant ce temps, les troubles de la marche s'étaient aggravés et la malade avait de véritables vertiges. Ils se présentaient surtout le matin et à jeun; sensation de faiblesse des jambes, avec oscillation latérale ou d'avant en arrière, sensation de soulèvement du sol, de déplacement des objets environnants, de brouillards devant les yeux, de vide dans la tête. Ce vertige se présentait, comme je vous l'ai dit, à jeun et le matin, dans la chambre à coucher. Parfois même, il survenait au lit, dès le réveil. L'ingestion d'aliments, l'air vif, la lumière, le faisaient disparaître.

A la même époque se montrèrent des troubles dans le fonctionnement des facultés intellectuelles : difficulté de fixer l'attention, de grouper les idées, ou associations involontaires entraînant la malade dans une sorte de rêve, tout éveillée; obnubilation de la mémoire, préoccupations hypocondriaques, irritabilité du caractère; lenteur générale, sorte d'indécision de tous les mouvements.

Aujourd'hui, ce qui prédomine, c'est le trouble de la station debout et de la marche.

Les anciens vertiges ont disparu pour faire place, l'hiver dernier, à la suite d'une atteinte d'influenza, à un état ressemblant un peu à l'astasie-abasie et dont vous pouvez vous rendre compte immédiatement par vous-mêmes.

Sans avoir aucun sentiment de vertige, la malade ne peut plus se tenir debout; à plus forte raison la marche lui est-elle impossible. Mais, de plus, sitôt qu'on cherche à la lever, elle est prise, à peine debout, d'une angoisse extrême avec sensation d'oppression à l'épigastre, palpitations, pâleur de la face, sueurs froides, tremblement, sensation de défaillance imminente, crainte de mourir. Cet état ne cesse que si l'on recouche la malade, ce qu'on se trouve d'ailleurs obligé de faire tout de suite. Lorsqu'on cherche à la faire marcher en la soutenant par les deux bras, parfois elle peut faire quelques pas, puis elle tombe dans le même état d'angoisse.

Il est également provoqué par la station assise, à moins toutefois qu'elle ne soit fortement appuyée au dossier de son siège. Comme les malades de MM. Charcot et Blocq, elle peut se déplacer en restant assise et en avançant son siège, mais à la condition expresse qu'elle reste appuyée au dossier. En voiture ou en wagon, même lorsqu'elle n'est pas appuyée, elle n'a pas d'anxiété.

Il en est de même lorsqu'on peut distraire fortement son attention.

Au point de vue physique, vous voyez que cette malade ne présente aucune trace de paralysie, ni d'incoordination motrice. La sensibilité est intacte dans tous ses modes, le sens musculaire normal, les réflexes rotuliens un peu exagérés. Les organes des sens, ouïe et vue, sont, à tous égards, absolument intacts. Les artères sont souples, il n'y a rien au cœur; les urines sont normales. L'état des fonctions digestives s'est considérablement amélioré. La menstruation est régulière.

En résumé, vous voyez, Messieurs, qu'au point de vue symptomatique, en ce qui concerne les désordres de la station debout et de la marche, cette malade présente quelque ressemblance avec les astasiques-abasiques de MM. Charcot et Blocq. Même impossibilité de se tenir debout et de marcher, coexistant avec l'intégrité des actes musculaires dans le décubitus.

Mais il y a ici un nouveau symptôme capital, l'angoisse accompagnant chaque tentative de station debout ou de marche, tout à fait semblable à celle que détermine pour un agoraphobe l'acte de traverser une place et donnant au syndrome actuel un aspect clinique absolument comparable à celui des *idées obsédantes*, des *délires émotifs*.

D'ailleurs, les mêmes symptômes se présentent lorsqu'elle est assise, tandis que chez les astasiques-abasiques ordinaires, la station assise ne présente rien d'anormal.

Enfin, tandis que le syndrome astasie-abasie, tel que l'ont décrit MM. Charcot et Blocq, coexiste fréquemment avec l'hystérie, ici, la maladie s'accompagne d'un état neurasthénique des plus évidents.

Le mécanisme psychologique semble également différer dans les deux cas. Chez les astasiques-abasiques ordinaires, il ne s'agit que d'un trouble de la mémoire en ce qui concerne les mouvements associés nécessaires à la marche et à la station debout, d'une amnésie de ces actions automatiques secondaires.

Je suis d'autant plus disposé à accepter cette interprétation donnée par MM. Charcot et Blocq, que j'ai pu observer un cas, dont j'ai rapporté, avec M. Sollier, l'histoire au Congrès de médecine mentale de Rouen (1), et dans lequel j'ai pu, chez une astasique-abasique de ce genre, venir promptement à bout des désordres pathologiques, uniquement à l'aide d'un traitement psychologique, ayant consisté à rendre à la malade, par différents procédés d'éducation, la mémoire de ces acquisitions, auparavant automatiques et qu'elle avait perdues en devenant astasique-abasique. Il n'y a donc là, au point de vue des mouvements, qu'un fait d'amnésie particulière, et c'est tout.

Je ne crois pas qu'il en soit de même chez Mlle A... Chez elle, ce n'est plus la mémoire, mais l'*attention* et la *volonté* qui sont en jeu.

Rappelez-vous en effet que, lorsque la malade est assise, elle ne peut éviter l'angoisse qu'en restant appuyée au dossier de sa chaise. Mais, si l'on distrait fortement son attention sur un sujet quelconque, elle peut rester calme sans appui. Nous pouvons contrôler le fait de différentes manières: en lui faisant serrer un dynamomètre, ou en lui faisant exécuter des mouvements des bras, ou en attirant son attention, par exemple, sur un tableau placé assez loin d'elle et dont on lui explique les détails. Pendant ce temps,

(1) P. Séglas et P. Sollier, *Archives de neurologie*, novembre 1890.

d'elle-même, inconsciemment, elle se détache du dossier de la chaise sans aucune angoisse. Dès qu'on le lui fait remarquer ou qu'on cesse d'occuper ailleurs son attention, l'angoisse arrive.

Ici, loin de pouvoir noter une amnésie des mouvements automatiques, les mêmes mouvements s'accomplissent au contraire fort bien lorsqu'on se place dans les conditions nécessaires et habituelles à leur réalisation. C'est l'inverse chez les astasiques-abasiques ordinaires, qui, loin de distraire leur attention, doivent la fixer tout entière sur l'effort qu'ils accomplissent pour obtenir un résultat, si minime qu'il soit.

Je me résume, Messieurs : conservation de la mémoire des mouvements automatiques secondaires, concentration de l'attention involontaire sur l'idée pathologique empêchant l'exercice de l'attention volontaire dans d'autres directions, faiblesse générale de la volonté se traduisant par de la paresse intellectuelle, de la lenteur et de l'indécision de tous les mouvements, par l'impuissance à refréner les réactions émotives, état d'aboulie fréquent chez les obsédés et en rapport étroit avec les symptômes neurasthéniques.

Ces considérations ont leur importance pour le traitement.

Sans insister ici sur le traitement physique dirigé contre les accidents hystériques ou neurasthéniques, il ne faut pas oublier que, puisqu'il s'agit d'un trouble psychique, il doit également y avoir dans le traitement un côté psychologique. J'ai déjà cité le cas d'une malade chez laquelle j'ai pu voir disparaître très rapidement l'astasie-abasie, rien que sous l'action d'un traitement de ce genre.

De ce que l'on peut savoir sur le mécanisme psycholo-

gique des troubles psychiques de la marche et de la station debout dans les deux variétés que j'ai en vue, il s'ensuit que ce traitement moral varie du tout au tout, à tel point même qu'il sera absolument l'inverse dans les deux circonstances.

En effet, tandis que chez les astasiques ordinaires, on devra faire une sorte de rééducation en fixant, par tous les moyens possibles, l'attention du sujet sur les mouvements à accomplir pour réveiller les images motrices, les graver dans la mémoire et faire rentrer dans le domaine de la conscience les acquisitions, jadis automatiques, qu'il a perdues ; au contraire, chez une malade comme celle que nous venons d'examiner, il faudra distraire l'attention de l'acte à exécuter, en forçant le sujet à la fixer sur d'autres points, afin de favoriser l'exécution automatique, inconsciente, des actes qu'il ne peut accomplir sans angoisse.

Un dernier point à signaler est celui du pronostic. Dans son mémoire, M. Blocq le regarde comme à peu près toujours favorable chez ses malades. Je n'oserais pas en dire autant pour ceux que j'ai ici en vue. Le pronostic devient celui des idées obsédantes qui, si elles disparaissent quelquefois, sont le plus souvent rémittentes ou s'évanouissent pour faire place à d'autres idées du même genre et, souvent même, durent toute la vie, quoi qu'on puisse tenter contre elles.

En dehors de ces particularités de symptomatologie, de mécanisme, de pronostic, de traitement, ce qui m'a engagé à vous présenter cette dame, c'est que je crois les exemples de ce genre rares jusqu'ici. Pour ma part, je n'en connais que quatre : un, dû à M. Bouveret (1), de Lyon ; les autres,

(1) Bouveret, *la Neurasthénie*, p. 75, 1870.

à M. Biswanger (1), d'Iéna. Tous ces malades, comme la nôtre, étaient des neurasthéniques.

Il me semble d'autant plus indiqué de faire connaître et d'élucider ces faits que, justement dans son mémoire M. Biswanger fait une critique en règle de la description de l'astasie-abasie donnée par M. Charcot et M. Blocq, et, pour cela, il fonde son opinion sur trois observations tout à fait différentes des leurs et ressemblant absolument à celle de notre malade.

On ne peut comparer que des faits semblables; aussi m'a-t-il paru nécessaire d'attirer l'attention sur cette forme particulière des troubles de la marche et de la station debout, qui, ressemblant par un côté à l'astasie-abasie déjà décrite, se rapprochent plutôt des idées obsédantes, des *états émotifs* comme l'agoraphobie et que, pour ce fait, et afin d'établir une distinction, je propose d'appeler *astasie-abasie émotive* (2).

(1) O. Biswanger, *Berl. Klin. Woch.*, 19 et 26 mai 1890.

(2) Cette distinction a été accentuée depuis sur de nouvelles observations publiées par différents auteurs. Voir notamment : P. Blocq, *Les Troubles de la marche dans les maladies nerveuses*, in *Bibl. méd.* Charcot-Debove ; Debove et Boulloche, *De la basophobie*, Société médicale des hôpitaux, 17 novembre 1893, etc.

VINGT-SEPTIÈME LEÇON

Hystérie.

Sommaire. — Automatisme dans la période d'aura des attaques ; variations spontanées de la sensibilité correspondant aux phénomènes d'automatisme. — Dédoublement de la personnalité analysé par le malade.

Messieurs,

Les phénomènes de désagrégation psychique, d'automatisme, sont des plus communs dans l'hystérie et l'on pourrait même dire qu'ils constituent à proprement parler le fonds de l'état mental particulier à cette névrose.

Parfois, ils prennent un développement très accentué et se présentent alors sous divers aspects, dans des circonstances différentes.

On peut ainsi les rencontrer dans la période prodromique de l'attaque dont ils constituent comme *l'aura psychique*. En voici un exemple (1).

M. H..., âgé de dix-neuf ans, étudiant, s'est présenté à la consultation externe le 8 février 1892. — Plusieurs membres de sa famille ont eu des accidents neuro ou psychopathiques caractérisés. — Une tante paternelle a des attaques qui paraissent épileptiques. La grand'mère maternelle a été aliénée; un oncle maternel a des attaques d'épilepsie.

H... lui-même aurait marché tard ; étant petit, il était

(1) L'observation de ce malade a été présentée au Congrès de Blois, 1892.

pris souvent de terreurs aussi bien le jour que la nuit. Il prétend avoir perdu l'odorat depuis sa naissance. Depuis plusieurs années, il est souvent inquiet et éprouve alors le besoin de marcher, de se remuer.

En février 1891, première attaque convulsive avec perte de connaissance à 3 heures de l'après-midi ; quinze jours après, seconde attaque à 4 heures de l'après-midi. Rien de particulier depuis cette époque jusqu'au 4 février 1892 où apparaissent les accidents pour lesquels il vient nous consulter. Ils s'étaient montrés aussi lors des deux premières attaques à titre de symptômes prémonitoires, mais moins accentués comme intensité et comme durée.

J'extrais d'un long factum que m'a remis le malade les quelques détails suivants. Je les crois de nature à vous renseigner suffisamment sur la physionomie de ces désordres psychiques (1).

(1) Voici, en détail, la relation écrite par le malade lui-même.

« *Jeudi soir, 4 février* 1892. — L'état dans lequel je me trouve en ce moment ne peut être que le précurseur de quelque trouble grave prochain dans mon individu. J'essaye de le noter, de l'analyser à fond et tant qu'il m'est possible pour pouvoir m'en rendre compte de mon mieux.

« Cela a commencé brusquement, sans transition, d'un seul coup. A table, je mangeais d'assez bon appétit; j'étais gai, sans aucun souci sérieux, quand, tout à coup, j'ai senti un malaise inexprimable s'abattre sur moi, me saisir partout, m'anéantir. J'eus devant les yeux un éblouissement lumineux et obscur tour à tour, auquel succédaient des silhouettes étranges avec des yeux énormes, des figures mystérieuses qui se succédaient les unes aux autres. Une surtout, où donc l'ai-je vue? Je la connais. Mes oreilles tintaient et chaque parole qu'on prononçait ou que je disais moi-même m'arrivait dans un bruissement affaibli en un lointain écho. Ma tête se vidait ; il y avait comme un voile noir jeté autour. En vain, tâchais-je de reprendre le fil de mes idées, tout s'enfuyait.

« Mais, fait étrange, tandis que mon individu était ainsi opprimé par ce malaise, je continuais à parler et je faisais tous mes efforts

« Il me semble, dit-il, qu'il y a en moi deux personnes, l'une qui agit, marche, parle, mais comme si c'était une autre; l'autre personne qui regarde agir et faire ; mais je ne sais trop laquelle des deux est celle qui souffre. Elles se mêlent de temps en temps et, pendant que j'écris, je suis

pour me ressaisir. L'angoisse que j'ai éprouvée ce soir est bien douloureuse. Ma figure s'est contractée et l'appétit a brusquement cessé au milieu du repas. Mais je me vois agir, je me vois souffrir et la preuve, c'est que je m'analyse de mon mieux. Que sera-ce donc? J'ai bon sommeil ; j'espère que j'en serai quitte pour la peur.

« *Vendredi matin.* — Il est sept heures et je viens de relire ce que j'ai écrit hier soir. Décidément, ce n'est pas fini. Après une nuit d'insomnie, je me lève de très bonne heure, la tête en feu.

« Je n'ai pas fermé l'œil du tout. A peine couché, la lampe allumée, j'ai cru pouvoir m'endormir comme d'habitude et faire ainsi cesser le malaise qui m'étreignait. Pas du tout. Les tourbillons se succédaient plus fréquents, plus fantastiques et, dans mon oreille, retentissaient des éclats de rire, des coups de marteau, des sanglots, brusquement, par secousses, me faisant peur à lever la tête et à regarder autour de moi pour savoir si personne n'était là. Ma tête bourdonnait *crescendo ;* j'ai eu tout le temps les yeux ouverts. Les silhouettes confuses prenaient une forme, se détachaient en relief sur le fond variant des tourbillons. Il m'a semblé entendre des rires, des respirations haletantes. J'ai vu, les yeux ouverts, des femmes superbes, toutes nues, qui s'avançaient vers moi, provocantes. J'ai vu de jolis garçons qui s'avançaient pour me saisir et qui me posaient la main sur le front, puis se penchaient pour m'embrasser sur la joue et j'avais, en ces endroits, comme des brûlures de feu sous ces baisers de femmes et de jolis garçons, vêtus en pages des anciens temps. Cela a duré longtemps. Enfin j'ai éteint la lampe, voulant me soustraire à ces visions. Elles ont repris de plus belle; elles me reprenaient, m'enlaçaient et, sous leurs caresses, je m'épanchais en pollutions abondantes, prolongées. Il y avait surtout une figure qui me poursuivait, caressante et ardente à la fois, la même qui m'est apparue hier soir. Je la connais pourtant, je l'ai vue. Où? Comment? Je n'en sais rien. Le jour est venu et les hallucinations n'ont cessé que pour faire place à une affection douloureuse de la vue. Je ne sais pas, je ne sais pas m'expliquer, je ne trouve pas les termes. Mais il me semble qu'il y a en moi deux personnes; l'une qui agit,

obligé de m'arrêter souvent sous l'influence de cette fusion qui brouille mes idées ; je crois qu'il y a lutte entre elles. Ma tête se vide peu à peu et les idées galopent, galopent sans que j'en puisse retenir une si je veux la fixer. Je fais un grand effort et j'appelle à l'aide ma seconde personne,

marche, parle, mais comme si c'était une autre; l'autre personne, qui regarde agir et faire; mais je ne sais pas trop laquelle des deux est celle qui souffre. Elles se mêlent de temps en temps et, pendant que j'écris ceci, je suis obligé de m'arrêter souvent sous l'influence de cette fusion qui brouille mes idées. Je crois qu'il y a lutte entre elles.

« Aujourd'hui, je vais suivre mes cours, agir comme si de rien n'était; mais je n'ai envie de rien, ni sommeil, ni joie. Mon visage se contracte malgré moi et reste sombre, je pleure par larmes convulsives.

(*Plus tard*) « Ah! mon Dieu ! j'oubliais ou, pour mieux dire, je ne me souvenais pas. Et mes attaqnes du collège ! Je m'explique tout. Ce sont ces symptômes qui reviennent, mais plus aigus, plus vifs. J'ai comme un million de fourmis au bout des doigts et dans les pieds ; ma tête passe brusquement, sans cause, d'un froid glacial qui m'entrechoque les dents à une chaleur étouffante qui me mouille le front. Dois-je donc avoir une attaque aujourd'hui? Ce médecin du collège ne m'a presque rien dit sur ma maladie, répondant d'une façon évasive aux demandes catégoriques que je lui faisais. Et il est mort ! Et il ne m'a pas guéri, sans doute! Il ne me manquait plus que cela! Mon Dieu!

« *Vendredi soir*. — Non, je n'ai pas eu l'attaque. J'ai souffert toute la journée. Le sens de la vue m'a fait endurer des souffrances intolérables. Une transition de clarté me faisait une peine aiguë, d'autant plus que, devant moi, passent et repassent les têtes, silhouettes vaguement prononcées ou nettement dessinées! Et toujours, dans toutes les têtes, dès que je les fixe résolument, je retrouve la même. Est-elle de femme ou de garçon? Je n'en sais rien. Ce que je sais, c'est que je la connais. De garçon plutôt, mais fine, douce et belle, avec un cou très long, très gracieux et me regardant si triste, si triste !

« Toute la journée, j'ai agi en automate, faisant les mouvements par instinct d'habitude, travaillant au cours, à la bibliothèque, mais très las, d'une lassitude désespérante, sans pouvoir cependant me reposer. Tantôt, je m'assiérai là où je suis et je resterai là éternellement avec la figure à l'éternel sourire douloureux devant moi; tan-

l'autre, celle qui regarde agir pour maintenir la première : elle n'est pas toujours victorieuse, hélas !... Je vois mes mains, mes bras, mes pieds se mouvoir comme ceux d'un autre. Tout à l'heure, j'ai changé la chaise de place. J'ai vu une main qui tenait un barreau ; j'ai eu peur. C'était la mienne

tôt, je m'élancerai, je dévorerai l'espace sans m'arrêter jamais, pour fuir les visions et la clarté du jour.

« Et je n'ai mangé que très peu ; j'ai rendu presque aussitôt. J'ai rendu mon goûter ce soir encore. Ma tête se vide peu à peu et mes idées galopent, galopent sans que j'en puisse retenir une, si je veux la fixer. Je fais un grand effort en écrivant ceci et j'appelle à l'aide ma seconde personne, l'autre, celle qui regarde agir, pour maintenir la première. Elle n'est pas toujours victorieuse, hélas ! Vais-je dormir cette nuit? Je vois mes mains, mes bras, mes pieds se mouvoir comme ceux d'un autre. Tout à l'heure, j'ai changé ma chaise de place. J'ai vu une main qui tenait un barreau ; j'ai eu peur : c'était la mienne et je l'ai regardée fixement sans pouvoir détourner les yeux. J'ai voulu la lâcher, il a fallu que je détournasse avec peine ma vue de dessus pour que mes doigts se détachassent. Je n'ai pas de sommeil, pas faim non plus. Que vais-je faire, cette nuit? Et les symptômes qui continuent toujours. Au collège, c'était plus vite fait. Une journée de malaise, puis elle arrivait. Un grand cri, de la mousse aux lèvres, tremblement nerveux nécessitant des hommes pour me retenir. Une heure cela durait, puis après, anéantissement complet, sanglots convulsifs et repos de deux jours. Si cela m'arrive cette fois, que sera-ce?

« *Samedi matin.* — Pas dormi non plus ! Hallucinations de plus en plus fortes ; pollutions. Je rêve, les yeux ouverts, des mêmes objets. Seulement, cette nuit, les fantômes formaient une ronde et j'entendais très bien les chants. Lesquels? Je n'en sais rien ; une ronde qui m'enserrait, m'enlaçait et m'étourdissait. Puis, femmes aux formes puissantes et garçons aux mines délicates venaient m'exciter, me chatouiller, moi qui suis vierge encore de toute femme... Et les pollutions se sont faites très nombreuses.

« Ce matin, j'ai la vue plus claire, les silhouettes plus vagues ; mais l'oreille me fait souffrir horriblement. Le moindre son m'énerve et fait vibrer mon cerveau. Je vais agir comme les autres jours ; que cela arrive enfin !

« *Samedi soir.* — Pas d'attaque encore ! Cela ne finira donc plus? J'ai rendu trois fois dans la journée aujourd'hui et j'ai souffert hor-

et je l'ai regardée fixement sans pouvoir détourner les yeux. J'ai voulu la lâcher, il a fallu que je détournasse avec peine ma vue de dessus pour que mes doigts se détachassent. Le repos me paraît insupportable, je voudrais marcher, aller toujours de l'avant. Je n'ai presque plus conscience de

riblement de l'ouïe. Tout bruit m'endolorissait le cerveau, qui bout ce soir comme si mon crâne contenait une mer de feu, de plomb liquide dont les vagues se heurtent. J'ai entendu des voix, mon nom prononcé plusieurs fois par une voix que je connais, mais sans pouvoir dire à qui elle appartient. Est-ce celle de cette physionomie qui me regarde toujours? J'en vais devenir fou. J'étends les mains souvent comme pour la saisir et, si elle était là, je crois que je l'étranglerais pour en être débarrassé. Mais non! Je la prendrais ou le prendrais et l'emporterais bien loin, bien loin.

« *Dimanche matin.* — J'ai divagué hier soir; cette nuit, cela a continué comme d'habitude. Pas de sommeil et les hallucinations *toujours*! Ce matin, l'œil et l'ouïe me font mal, mais moins cependant qu'isolés. J'ai des fourmillements plus prononcés aux doigts, au bout des pieds et à la nuque. La tête me fait mal, surtout au milieu, en haut et aux deux coins. J'ai des tremblements dans les jambes, des secousses qui me font hausser convulsivement l'épaule droite, des picotements aux yeux. Cette nuit, j'ai bien pleuré durant deux heures continuellement, sans pouvoir m'arrêter. J'ai vu des figures tristes, tristes, surtout la même, et les pollutions sont venues quand je pleurais. J'ai ouvert un livre vers minuit pour me distraire. Je n'y voyais que du rouge et du blanc ou réciproquement, des phrases entières sans aucun sens, à m'y tromper au point de passer la main dessus pour effacer. L'automatisme continue de plus en plus chez moi. La division des individus s'opère mieux en moi et plus distincte. Laquelle souffre? Je crois que c'est celle qui voit agir, mais je n'en sais rien.

« Mon Dieu! quand donc s'arrêteront ces pages? Qu'arrivera-t-il enfin? Demain, j'irai à la Salpêtrière comme on me l'a conseillé; aujourd'hui, je vais me reposer.

« *Dimanche soir.* — Je n'ai eu ni moins ni plus mal. Je me suis forcé à sourire, à être gai, à causer. On disait qu'il fallait réagir. Bien! Contre qui réagir? Contre moi? Et la force? J'ai déjà deux individus, l'un qui voit et l'autre qui fait. Si je devais me tertialiser encore en un troisième pour réagir sur ces deux et les unir, je ne

ma personnalité. Le pis est que j'analyse très bien mes sensations, mes émotions et que je m'en effraye et m'en réjouis tour à tour. Enfin, il y a en moi un terrible amalgame d'idées, de sensations, de faits, de gestes; je n'explique plus rien. J'agis toujours et de plus en plus inconsciemment. »

sais pas ce qu'il arriverait de moi. De plus en plus, ma tête se vide. Les idées se font chercher, s'envolent, passent en tourbillon dans mon esprit qui ne peut les ressaisir. Et pourtant, j'écris! Comment fais-je? Je n'en sais rien. Je traîne une mine à faire peur. Et toujours, toujours la même silhouette, les mêmes visions, les paroles prononcées distinctement à voix basse, mais distinctement encore une fois, et me faisant retourner avec un inexprimable serrement de cœur. Pourtant, aujourd'hui, je n'ai pas fatigué mes sens, je suis resté en repos. Justement, ce repos me paraît insupportable. Je voudrais marcher, aller toujours de l'avant. Je n'ai presque plus conscience de ma personnalité. Si cela continue, je vais devenir fou ou brute. Et le pire est que j'analyse très bien mes sensations, mes émotions et que je m'en effraye et m'en réjouis tour à tour. Enfin, il y a en moi un terrible amalgame d'idées, de sensations, de faits, de gestes. Je n'explique plus rien. Et toujours je rends ce que j'ai mangé... Ce soir, j'espère dormir; je sens que j'ai besoin de manger et de reposer. Un peu de sommeil, mon Dieu!

Lundi matin. — Je n'ai pas dormi, cette nuit; j'ai été presque gai et j'ai ressenti des voluptés infinies, très douces; il me semblait vivre hors de la terre. Je ne me rappelle plus bien; pourtant j'ai veillé tout le temps. L'hallucination, la vision continue toujours. Cette nuit, j'ai vu peu de femmes, surtout des garçons aux formes idéales qui veillaient sur moi, m'embrassaient très tendrement, me berçaient. La figure amie était presque gaie, elle aussi. Mais j'ai eu des pollutions avec de violentes douleurs de côté.

« Ce matin, je suis faible; je vais voir le médecin de la Salpêtrière. Quatre jours sans manger ni dormir! Les sens de la vue, de l'ouïe me font mal, mais moins que séparément. Ma tête est très lourde et très vide. On dirait que chaque sensation y résonne comme dans un récipient de cristal. J'ai des tressaillements aux doigts, ainsi que des fourmillements. J'agis toujours et de plus en plus presque inconsciemment.

« Quand cela s'arrêtera-t-il? Qu'est-ce donc? Enfin, je vais le sa-

En même temps existent des hallucinations sensorielles multiples, visuelles, auditives, tactiles, kinesthétiques, génitales, se présentant surtout la nuit ; de l'insomnie, de l'inappétence, des vomissements.

voir aujourd'hui. Qui donc m'ôtera mes visions, mes fantômes ? Je suis très surexcité, très inquiet ce matin. J'ai peur de tout. Que suis-je ? Ma double personnalité est ce matin bien distincte. Que vais-je dire au médecin ? Ne se rira-t-il pas de moi ? Oh non !

« Seulement, ce matin, je suis plus calme, pas quant aux impressions, mais quant aux idées ; je les retiens un peu. La vision ne m'obsède plus tellement, quoique présente ; je m'y suis habitué. Les bruits sont continus et ne me font plus sursauter. Je pourrai m'expliquer avec le médecin. Je suis résolu à laisser le mal suivre son cours et à me raisonner si je peux, et je le crois, vu que le second individu semble prendre le dessus.

« *Lundi soir.* — Ma tête est plus lourde. La situation est la même, mais je raisonne plus calme, plus réfléchi. J'ai vu le médecin, il m'a bien compris ; j'avais eu peur qu'il ne se moquât de moi. Seulement mon esprit se tendait très fortement pendant tout le temps que durait la visite et j'ai senti que si elle durait davantage, je n'aurais plus pu continuer. Ma tête éclatait et une torpeur graduelle m'envahissait, somnolente et lasse.

« Sous l'influence bienfaisante de la douche, j'ai senti un grand bien-être, une sensation délicieuse de froid qui m'a calmé. Je suis sorti un peu reposé, mais toujours brisé un peu.

« Aujourd'hui, j'ai pris le bromure, j'ai rendu trois fois... Les affections des sens ont continué, mais j'y suis habitué et elles ne m'angoissent plus autant. Je distingue mieux maintenant. Il y a deux personnes : la première qui parle, agit, marche ; la seconde qui regarde faire, mais souffre. Les deux se combattent, c'est pourquoi tantôt je suis gai, tantôt morose, un peu moins cependant aujourd'hui. Dans la journée, j'ai fait mon possible, surtout ce soir, pour paraître gai, dégagé, et chasser toutes les importunes préoccupations. Cet effort m'a tendu l'esprit, qui l'était déjà assez sans cela. Je ne suis presque plus surexcité. Je me vois aller sous mes deux phases.

« Dormirai-je cette nuit ? Je le crois, car il vente, il pleut, et ceci a l'art de me bercer et de m'endormir. Les visions vont toujours et parmi elles, naturellement, la principale.

« Je cause, je raisonne et l'on ne se doute pas qu'en même temps

Pendant cette période, le fond émotionnel change, le malade devient triste, craint de devenir fou, de mourir, a des idées de suicide.

Le 11 février, vers 5 heures du soir, H..., qui était tou-

j'ai des sensations tout à fait différentes de celles produites par le lieu où je me trouve. On ne se doute pas que j'ai devant les yeux des tourbillons, des hallucinations dans l'oreille, des bruits, des chants tristes et harmonieux, des sons de cloches funèbres ou argentins très gais; dans mon esprit, des revirements subits d'idées. Seulement, comme ces phénomènes sont constants, ils n'ont plus une influence aussi brusque sur moi et je les vois se succéder en même temps que j'entends ma voix répondre, que je sens mon esprit chercher ses réponses, mes mains agir, tout un tas de phénomènes chez moi et chez les autres que je constate à travers un autre moi.

« L'état est latent. Passera-t-il? Les bonnes paroles de mon médecin ont réconforté mon premier moi, qui tâche de raisonner et de surveiller le second. Je me dissèque mieux ce soir, plus calme quant aux idées. La flamme de la lampe qui brûle devant moi change tour à tour et très distinctement de couleur; elle est verte maintenant.

« J'espère bien dormir et j'en serai si heureux! Mais je ne me surexciterai pas plus et attendrai patiemment que mon *primus* puisse commander à mon *secundus* la fin de ce chaos où je me perds, car je ne suis plus H... vrai!! Je suis le moi du non-moi..., cet autre non-moi de Fichte, et je me fais à cet état. Je crois que je pourrais l'endurer tant qu'il durera, pourvu que cela ne dure pas trop.

« Signe particulier, j'ai dans la bouche un goût très prononcé de sucre liquide. Quant aux odeurs, je ne peux en étudier les sensations, vu que j'en suis presque privé depuis ma naissance. Mes mains me semblent très légères et mes pieds aussi. Je m'endormirai volontiers ainsi, toujours avec ces bruits qui commencent par ne plus me déplaire et ces visions, surtout ce profil qui me regarde toujours avec un œil caressant et son sourire un peu triste. Quel qu'il soit, celui-là, il peut se vanter de m'avoir obsédé. Je le hais, et cependant maintenant je regretterai de le voir disparaître. Chose folle! je commence à aimer une chimère. J'ai des élancements dans la nuque et au haut de la tête.

« Mes yeux semblent se fermer. Si je dors, ma guérison ou plutôt le réveil de l'état où je me trouve ne se fera pas attendre longtemps. »

jours dans le même état d'automatisme, a perdu connaissance presque subitement ; les bras se sont raidis, l'index infléchi dans la paume de la main ; petites secousses dans les membres ; à un moment, il a élevé doucement le bras droit comme s'il se détirait. La figure reste normale, plutôt rouge ; pas de morsure, d'écume, de miction involontaire. Pendant tout ce temps, il marmotte des mots incompréhensibles. Il paraît avoir eu plusieurs attaques semblables pendant une heure. Puis il dort environ un quart d'heure, et recouvre ensuite connaissance très vite ; seulement il est très fatigué. Il n'a gardé aucun souvenir de cette attaque. (Tous les renseignements qui concernent ces attaques nous ont été fournis directement par des témoins.) *A la suite de l'attaque, tous les phénomènes d'automatisme ont complètement et brusquement disparu ;* il en est de même des vomissements.

Le 13 mars, le soir après dîner, nouvelle attaque. Le malade était sombre depuis plusieurs jours ; sans présenter les mêmes symptômes que l'autre fois, il se plaignait de ne plus avoir ses idées à lui. La nuit précédente, il s'était retrouvé debout devant sa fenêtre, s'étant levé inconsciemment pour la fermer, ayant cru, dit-il, qu'elle était ouverte.

Le 13, après son dîner, il est pris de vomissements et l'attaque survient subitement. La tête se tourne vers l'épaule ; petites secousses, raideur dans les bras et les jambes, puis mouvements de tout le corps ; il crie tout le temps, mord son oreiller ; pas de morsure de la langue, miction involontaire. Il s'endort en quelques minutes après avoir dit : « Ah ! je suis un homme perdu, cela recommence », et avoir pleuré en abondance. Il s'est couché et a eu alors un peu de délire, prononçant des mots incohérents. Amnésie absolue.

Pendant les deux jours suivants, il s'est plaint d'avoir les jambes coupées et mal dans la nuque.

Après l'attaque, il dit avoir recouvré de suite la netteté de ses idées. Il se plaignit seulement d'avoir de la difficulté à s'exprimer, ne trouvant plus ses mots. Cela semble avoir été de l'amnésie verbale motrice d'articulation, car il dit alors « avoir le mot dans l'esprit, devant les yeux ou même dans l'oreille, mais ne pouvoir arriver à l'articuler qu'après des efforts ». Cela dura une huitaine de jours.

H... revient nous trouver le 2 avril au matin, se plaignant des mêmes phénomènes psychiques que lors de sa première attaque, mais cependant sans hallucinations ni pollutions nocturnes. La lutte entre les deux personnalités est beaucoup moins distincte; il dit ne pas pouvoir rassembler aucune idée ; il perd la mémoire de tout, ses idées lui échappent, il ne sait pas ce qu'il vient de faire à quelques minutes de distance ou ce qu'il va faire. Il se plaint d'être abruti, de ne plus penser, de ne pouvoir fixer son attention sur rien ; il ne comprend qu'avec de grands efforts ce qu'on lui dit, perd ses mots, interrompt ses phrases. Il se met à remuer, à marcher automatiquement « comme un hébété », sans savoir où il va, se demandant par instant ce qu'il est en train de faire. La veille, il est sorti se promener dans la campagne sans savoir ce qu'il faisait, où il allait ; ennui profond, découragement, peur de devenir fou, idées vagues de suicide. Il vomit presque tout ce qu'il prend ; il ne dort qu'avec du chloral.

Cet état s'accentue jusqu'au 5. Le soir de ce jour, à 6 heures et demie, il est pris de vomissements qui sont suivis d'une attaque : petites secousses, raideurs, tendance à l'arc de cercle, cris, miction involontaire. Durée d'un

quart d'heure. Amnésie complète. Tout de suite après, il se remet à causer. Une heure plus tard, nouvelle attaque qui s'est accompagnée d'un délire ayant duré environ trois quarts d'heure, pendant lequel on fut obligé de le maîtriser.

A la suite de cette attaque, la tête redevient absolument libre, il se sent maître de ses idées, de sa mémoire, de ses actes. Il est très gai ; les vomissements ont disparu ; le sommeil est redevenu normal.

Messieurs, les variations que je viens de vous retracer dans l'état mental, avant et après les attaques, s'accompagnent de certains symptômes, constatables objectivement et présentant une marche en quelque sorte parallèle. Ce sont surtout les modifications de la sensibilité.

Ainsi, le 8 février, *avant l'attaque*, *pendant la période d'automatisme*, je constate une hypoalgésie notable du côté droit. Le sens musculaire et articulaire est conservé, mais cependant plus obtus de ce même côté ; le malade reste hésitant sur la position de ses membres, et pour la déterminer est obligé d'imprimer à ses muscles quelques contractions volontaires.

Zones hyperesthésiques aux deux testicules, dans les fosses iliaques ; la pression sous le sein gauche ou sur le rachis entre les deux épaules détermine de la suffocation ; la pression sur le vertex provoque des bourdonnements, et si l'on insistait, déterminerait à coup sûr une attaque.

Diminution du réflexe pharyngien.

Rétrécissement concentrique très notable du champ visuel, surtout à droite (45°). Rien de particulier à noter pour la vision des couleurs. La sensibilité des téguments de l'œil est un peu diminuée, surtout à droite.

Rien de notable du côté de l'ouïe, du goût; l'odorat est obtus des deux côtés.

L'estomac est très distendu; clapotement considérable, renvois de gaz sentant l'œuf pourri.

Le 13 février (*après l'attaque*) la diminution de la sensibilité à la douleur et du sens musculaire, bien qu'existant à droite, est bien moins manifeste. Persistance des zones hyperesthésiques.

Le champ visuel est très élargi, de 30 degrés environ, presque normal; les téguments de l'œil sont plus sensibles.

L'estomac est très rétracté, ses dimensions sont normales.

Ces mêmes variations de la sensibilité, pendant la période prémonitoire de l'attaque et après l'attaque, ont été constatées à nouveau les 5 et 7 avril. Elles sont surtout apparentes pour le champ visuel, qui s'est élargi de 50 degrés environ après l'attaque, revenant alors à la normale. Il est à noter, d'autre part, *que le champ visuel est d'autant plus rétréci que les phénomènes d'automatisme sont plus développés, et que l'on observe le malade à une période plus proche de l'arrivée de l'attaque.*

Messieurs, les détails qui précèdent vous ont montré surabondamment que notre malade est un hystérique.

Il est, dans son histoire, quelques points sur lesquels j'attirerai plus spécialement votre attention. C'est d'abord la nature de l'aura des attaques, marqué par des symptômes divers. Bien qu'ils soient de même nature, nous pouvons les diviser, pour la commodité de notre étude, en subjectifs et objectifs. Subjectivement, ce sont des désordres intel-

lectuels particuliers se résumant en un état de désagrégation, d'automatisme psychologique déterminant une sorte de dédoublement de la personnalité, l'existence d'une double conscience dans le même temps; objectivement, constatables à l'examen direct, ce sont des modifications parallèles de la sensibilité.

Nous avons vu aussi les différents symptômes s'aggraver à mesure que l'on approche du moment de l'attaque.

En même temps, le malade, qui se rend compte de son état, peut lutter au début; mais, plus tard, à mesure que la désagrégation psychologique s'accentue, il est complètement dominé par les phénomènes d'automatisme. Son champ de conscience semble se rétrécir de plus en plus jusqu'à se réduire à zéro au moment de l'attaque où il perd complètement connaissance et dont il ne peut conserver aucun souvenir.

Il semble enfin que cette attaque joue le rôle d'une crise favorable. A la suite, en effet, la conscience est redevenue ce qu'elle était à l'état normal, et l'examen objectif même des différents modes de la sensibilité dénote alors un élargissement considérable du champ de conscience.

Vous savez, Messieurs, que les travaux récents sur la matière tendent à considérer tous les stigmates hystériques comme dépendant d'une sorte de rétrécissement du champ de conscience, d'un défaut de la perception personnelle qui se traduit par l'anesthésie, l'amnésie, les troubles de l'attention, de la volonté, etc. A l'état ordinaire, si la synthèse mentale est insuffisante, elle n'est pas complètement supprimée. Cette insuffisance détermine certainement des troubles intellectuels, mais ils ne constituent pas, à proprement parler, un véritable délire.

A de certains moments, au contraire, elle peut venir à s'exagérer, et l'on voit alors se manifester des désordres psychiques très caractérisés.

C'est ce qui arrive chez notre malade.

Dans les périodes de calme, on constate déjà chez lui certains troubles de la sensibilité, de physionomie hystérique et qui mettent en évidence, dans le domaine des sensations, le défaut de synthèse mentale, de perception personnelle.

Si ces altérations sont les seules que nous ayons pu constater, cela ne veut nullement dire qu'en réalité il n'y en ait point d'autres intéressant par exemple la mémoire, l'attention, la volonté. Mais, pour les découvrir, il nous eût fallu pouvoir observer le malade d'une façon très suivie, de plus près que nous n'avons pu le faire à la consultation externe.

Dans les jours qui précèdent les attaques, les désordres s'accentuent. En même temps que l'examen objectif nous montre les troubles de la sensibilité s'exaspérant tout en gardant leurs caractères premiers, le malade accuse lui-même, dans l'exercice de ses facultés intellectuelles, des modifications parallèles et de même nature. Il se trouve abruti, incapable de fixer son attention, de rassembler ses idées, de comprendre ce qu'on lui dit et de s'exprimer, d'évoquer le souvenir des faits surtout récents, etc. Il agit automatiquement, comme un « hébété », dans un état de distraction perpétuelle. Cela est très net, notamment avant la seconde attaque. Les désordres de la perception personnelle s'accentuent et se généralisent à toutes les manifestations intellectuelles volontaires, qu'il s'agisse de percevoir les sensations, de combiner les différents éléments d'une idée ou d'un acte, d'évoquer les images des souvenirs. Ce n'est

pas l'inintelligence absolue, ce n'est pas non plus un vrai délire ; toutefois le trouble de la conscience, de la perception personnelle, est beaucoup plus accentué que dans l'état normal du sujet.

Ces phénomènes se rencontrent aussi avant la première attaque. Mais en outre, l'anesthésie, l'aboulie intellectuelle et motrice s'accompagnent alors d'autres symptômes, assez ordinaires dans tous les cas où la synthèse mentale est insuffisante. Ce sont les symptômes d'automatisme psychologique : la fuite des idées, les hallucinations, etc. Le malade n'est plus maître de diriger à sa volonté l'exercice de ses facultés intellectuelles; toutes les opérations de synthèse mentale sont difficiles, presque impossibles. En revanche, les associations d'idées se déroulent, rapides, multiples comme dans un rêve, automatiquement, comme affranchies de tout lien avec la conscience personnelle.

La résultante de ces phénomènes complexes, c'est cette division de la conscience, ce dédoublement que le malade décrit d'une façon si précise.

C'est là, Messieurs, un point assez particulier.

La désagrégation mentale, qui fait le fonds de l'hystérie, peut bien aboutir à la formation de consciences, de personnalités secondaires. Mais il y a alors un caractère particulier : c'est que la division de la conscience est complète. Les différentes existences psychologiques alternent, se juxtaposent, mais ne se confondent pas. Elles restent indépendantes l'une de l'autre.

Sans doute il peut se faire que les différents éléments de la personnalité secondaire déterminent un ensemble de réactions intelligentes ; mais ces dernières demeurent elles-mêmes étrangères à la conscience principale qui en ignore l'origine. Malgré les communications qui peuvent

ainsi s'établir entre les deux consciences, la séparation de conscience reste toujours complète, absolue. Aussi l'hystérique le plus dédoublé ignore-t-il cette division de son esprit, à laquelle il reste indifférent.

Notre malade, au contraire, se rend compte de son état et l'analyse même au moment des paroxysmes.

La personnalité principale n'abandonne pas tout à fait les phénomènes à leur développement automatique. Ils ne restent pas subconscients, mais envahissent à chaque instant et de plus en plus la conscience principale. Le sujet sent ce développement d'une autre personnalité en lui-même. Il s'en inquiète, craint de devenir fou.

Bien qu'il y ait là, dans la physionomie des phénomènes de désagrégation psychique, certaines modifications peu habituelles dans l'hystérie, ils ne doivent pas moins, dans le cas actuel, être considérés comme de nature et d'origine hystérique. Il en est, en effet, parmi eux qui conservent toujours les caractères propres à l'hystérie et ne font même que s'accentuer dans le paroxysme. Ce sont les troubles anesthésiques sensitivo-sensoriels qui traduisent bien, comme à l'ordinaire, le rétrécissement du champ de conscience, et l'existence d'une conscience secondaire ignorée de la principale. La constatation objective qui nous les montre s'exaspérant dans la période prodromique des attaques, nous autorise à penser qu'ils entrent certainement pour une grande part dans la production des troubles intellectuels, de l'état d'automatisme. Rappelez-vous d'ailleurs qu'ils existent de tout temps, à un degré atténué.

Enfin, la terminaison de l'état d'automatisme, par une attaque de caractère hystérique, à la suite de laquelle tout rentre à peu près dans l'ordre, est aussi un fait important à noter.

Ainsi encadrés entre des manifestations nettement hystériques, il n'y a point de doute que les symptômes d'automatisme, le dédoublement de la personnalité, malgré quelques caractères particuliers, ne soient de nature hystérique.

Tels sont, Messieurs, les faits principaux que je signalerai à votre attention. Ces troubles intellectuels m'ont paru assez curieux pour vous être signalés, en tant que phénomènes prémonitoires d'une attaque, ainsi que la coïncidence des variations parallèles de la sensibilité, dont la détermination exacte et très frappante peut surtout être faite par l'examen objectif en ce qui regarde le sens de la vue. Il n'y a d'ailleurs rien d'étonnant à ce que les anesthésies, symptômes d'un rétrécissement du champ de conscience, augmentent chez un hystérique dans les périodes d'automatisme où la désagrégation psychique qui fait le fonds de la maladie tend à s'accentuer; car, ce sont en réalité des phénomènes de même nature.

Sans être exceptionnels, les cas de ce genre ne sont pas, je crois, très communs ; et les symptômes dont nous venons de nous occuper se montrent beaucoup plus fréquemment à la suite des attaques qu'à titre d'aura.

En ce qui concerne les troubles anesthésiques, permettez-moi cependant de vous rappeler le cas suivant où furent notées des variations spontanées de la sensibilité, ayant avec les attaques des rapports identiques à ceux que nous venons d'indiquer chez notre malade.

En octobre 1890, M. Charcot présentait à sa clinique un malade qui était tourmenté, de temps en temps, par des périodes d'attaques durant de dix à quinze jours, périodes qui étaient annoncées par une série de phénomènes d'ordre

général très curieux : inappétence, embarras gastrique, etc. Au bout de deux ou trois jours de malaise apparaissait une hémianesthésie droite, qui était l'indice certain que les attaques allaient éclater ; sa disparition indiquait également le retour à l'état normal.

Je pourrais, Messieurs, pousser plus loin l'étude des phénomènes d'automatisme chez notre hystérique, et, sans nul doute, l'expérimentation nous révélerait encore d'autres particularités intéressantes. Mais vous savez que les recherches expérimentales dirigées dans ce sens ont pour effet immédiat d'accentuer et aussi d'installer la désagrégation psychologique. Aussi, dans ce cas où les accidents, de date récente, se présentent d'une façon transitoire, alors que le malade vient avec confiance solliciter nos soins, j'ai pensé qu'il était de mon devoir de médecin d'éviter toute recherche expérimentale, si elle pouvait être dommageable au patient, et de me borner à recueillir les faits d'observation spontanés, nécessaires pour déterminer l'état pathologique ou les indications du traitement.

VINGT-HUITIÈME LEÇON

Dysphasie fonctionnelle.

Messieurs,

Nous allons nous occuper aujourd'hui d'un malade présentant différents symptômes qui me paraissent mériter de fixer notre attention (1).

C'est un jeune homme âgé de vingt-deux ans, tourneur sur métaux, qui est venu se présenter à la consultation externe le 18 octobre 1893, en se plaignant d'éprouver une grande difficulté à s'exprimer. Les troubles du langage ne sont pas les seuls que nous aurons à relever dans son histoire pathologique; mais comme ils ont toujours été les principaux et sont encore aujourd'hui les plus apparents, c'est par eux que nous commencerons notre examen.

Remarquez d'abord que le malade comprend très bien tout ce qu'on lui dit. De même, si on le prie de lire une phrase écrite, lui dictant un geste ou un acte à accomplir, il l'exécute très bien. Il n'y a donc pas de surdité ni de cécité verbales.

De plus, si on lit devant lui à haute voix ou si on le prie de lire lui-même intérieurement un article quelconque de journal, et qu'on lui en demande ensuite la signification générale, ses réponses, bien que grammaticalement incor-

(1) Observation présentée à la Société médicale des hôpitaux, 24 novembre 1893.

rectes, prouvent qu'il a compris les mots, et fait la synthèse mentale nécessaire pour s'assimiler les différentes idées qu'ils expriment. Il n'y a donc pas non plus de troubles évidents de la perception personnelle.

En revanche, l'articulation des mots, le *langage parlé*, présente de nombreuses défectuosités. D'une façon générale, la parole est lente et arythmique, certains mots ou certaines syllabes se trouvent prononcés plus rapidement que d'autres ; il y a des pauses entre les mots ou dans le corps d'un même mot, s'il est un peu long. Cela est surtout évident dans la lecture à haute voix, très pénible, anonnante et comme épelée, tandis que la lecture mentale est très rapide. Certains mots sont répétés, d'autres passés, d'autres estropiés par omission, addition, répétition ou interposition de syllabes, le malade s'en apercevant de suite et se reprenant alors. Il en est de même lorsqu'il répète ce qu'on lui dit et dans la parole spontanée, où l'on remarque de plus qu'il emploie un mot pour un autre (ce qui arrive aussi, bien que moins fréquemment, dans les autres cas), mais en cherchant de suite à se corriger, ce à quoi il arrive souvent. La parole spontanée est d'ailleurs la plus pénible et la plus incorrecte.

Les troubles de l'articulation portent aussi sur la formation littérale des sons et sur l'agencement syllabique, ce qui produit ainsi non pas un bégayement (ce terme serait impropre), mais un *balbutiement,* dirons-nous, préférant ce terme beaucoup plus général.

Les voyelles et les consonnes, prises isolément, sont correctement prononcées, mais il n'en est pas de même dans le cours des mots. C'est ainsi que le malade dit, par exemple, *papriotique* pour patriotique, *aoura* pour aura, *antrigants*

pour intrigants, *péqueur* pour pêcheur, *exxxagérer* pour exagérer, *carcorridor* pour corridor, et *reprentation* pour représentation.

Ces troubles de la parole sont plus ou moins accentués, mais continuels ; parfois plusieurs mots ou même quelques phrases peuvent être prononcés correctement, mais c'est tout. Il n'y a pas de véritables intermittences complètes ou de quelque durée. D'autre part, ce ne sont pas toujours les mots les plus compliqués qui sont le plus mal articulés. Le malade souvent prononce très bien des mots comme inamovibilité, imperméabilité, alors qu'il ne peut articuler un mot de deux syllabes.

Il est à remarquer que la parole est plus correcte quand il commence à parler ; quand il parle longtemps, les troubles s'accentuent. Il en est de même lorsqu'il est ému, en colère, par exemple ; il arrive alors à ne plus pouvoir prononcer un seul mot ou n'émet que des syllabes sans aucun sens. D'ailleurs, j'ajouterai que, sans éprouver pour cela d'angoisse, le malade a toujours un sentiment de peur lorsqu'il lui faut parler. Aussi recourt-il de préférence à la mimique et ne fait-il guère d'efforts pour vaincre les défectuosités de sa parole. Il semble cependant qu'avec un peu d'application elle pourrait être plus correcte. En effet, si on le force à insister en le faisant recommencer à plusieurs reprises, il arrive ainsi à prononcer des mots même difficiles (Nabuchodonosor, par exemple), qu'il n'avait pu articuler tout d'abord. Cette constatation, jointe à celle de l'augmentation des troubles de la parole par la fatigue, n'est pas sans avoir quelque importance comme signification d'un état faible de la volonté et de l'attention.

Lorsqu'on le fait chanter, il y a peut-être une atténuation, mais non pas une disparition des troubles de la parole.

Vous pouvez enfin vous rendre compte qu'ils ne s'accompagnent d'aucune modification du rythme respiratoire et, d'une façon générale, d'aucun phénomène spasmodique constatable objectivement.

Les mêmes troubles existent dans *l'écriture*, aussi bien d'après dictée que d'après copie ou spontanée.

Les signes graphiques ne présentent pas de modifications particulières et ne révèlent aucun élément paralytique ou spasmodique. Mais vous trouvez des omissions de lettres (*thâtre* pour théâtre, *agreble* pour agréable), de syllabes (*représention* pour représentation), des additions de lettres (*commédie* pour comédie), des interpositions de syllabes (*hebdodamaire* pour hebdomadaire, *demeden* pour demander), de mots (*le monsieur le docteur, je vous viens v...*, pour monsieur le docteur, je viens vous), des substitutions de mots (*brodrie* pour brochure, *que* pour de). De nombreuses ratures témoignent des hésitations du malade, en même temps que de la conscience qu'il a de l'imperfection de son écriture. De plus, lorsqu'on le regarde écrire; on retrouve certaines allures déjà signalées lorsqu'il parle. C'est ainsi qu'il écrit lentement en général, d'une façon arythmique, certains mots très vite comme d'un seul jet, tandis que d'autres sont l'objet de longues hésitations. Enfin, son écriture est d'autant plus difficile qu'il écrit plus longtemps.

Comme la parole spontanée, c'est l'écriture spontanée qui lui est le plus pénible. Au bout de quelques mots, il s'arrête, et, après des essais répétés, s'impatiente et ne peut continuer, bien qu'il sache ce qu'il veut écrire et puisse l'énoncer sans hésitation.

Les facultés intellectuelles semblent intactes, sauf peut-

être un peu de paresse de l'attention et de la volonté; la mémoire est très précise, aussi bien pour les faits récents que pour les faits plus éloignés.

L'examen physique est à peu près négatif. La langue ne présente ni tremblement ni déviation ; ses mouvements sont absolument normaux, du moins à un simple examen. Peut-être à l'aide des procédés expérimentaux trouverait-on des modifications dans leur énergie, leur vitesse ou leur précision ; mais nous n'avons pu faire ces recherches délicates, manquant des instruments nécessaires. La mastication, la déglutition s'accomplissent régulièrement. La face ne présente aucune déviation.

Du côté des membres, il n'y a rien non plus de particulier à noter ; l'énergie musculaire, sans être très grande en général, ne présente pas de modifications importantes. Du côté droit, la pression de la main amène au dynamomètre 32 ; du côté gauche 23. Il n'y a pas de tremblement d'aucune espèce dans les membres; pas de traces non plus de spasmes ou de contractures.

A part une diminution évidente du réflexe pharyngien, la sensibilité des muqueuses et de la peau est absolument normale sous tous ses modes ; il en est de même du sens musculaire, des réflexes tendineux. Le champ visuel, examiné à plusieurs reprises, est très sensiblement normal, la vision des couleurs parfaite, l'acuité auditive très légèrement inférieure du côté gauche à celle du côté droit. Il n'y a pas de zones hyperesthésiques ; jamais le malade n'a eu la sensation de boule, pas de syncopes, ni d'attaques convulsives, ni de douleurs quelconques. Pupilles normales.

L'appétit est irrégulier, capricieux ; rougeurs au visage

et somnolence après les repas, digestions un peu lentes. Selles régulières ; urines normales. Peu de sommeil, mais pas de cauchemars. Artères très souples, rien au cœur, ni dans la poitrine.

Voilà donc, Messieurs, un malade qui se présente à nous avec des troubles dysphasiques intéressant la parole et l'écriture.

Par eux-mêmes, ils ont une physionomie assez particulière, et déjà vous pouvez en soupçonner la véritable nature.

Mais avant de nous prononcer définitivement, voyons si l'évolution de la maladie ne nous offre pas, de son côté, quelques éléments de diagnostic.

Les recherches sur les *antécédents héréditaires* ne donnent guère de renseignements : la mère, nerveuse sans attaques, souffre de gastralgie. On ne connaît rien de particulier chez les autres ascendants ou les collatéraux.

Le développement physique et intellectuel fut normal. B... eut la fièvre typhoïde à sept ans, une blennorragie il y a trois ans ; pas de syphilis ; pas de rhumatismes, de maladie infectieuse récente. Il a toujours parlé un peu du nez, mais sans vice de prononciation. Jusqu'à ces deux dernières années, il n'avait jamais présenté de manifestations neuropathiques.

Il y a deux ans, il prend un soir un bain froid ; il se couche très bien portant, passe une très bonne nuit, et le lendemain même, au réveil, ne remarque rien de particulier. Mais, lorsqu'il veut se lever, il tombe tout de son long. Il avait le côté droit comme paralysé et était absolument incapable de parler. Il n'a d'ailleurs nullement perdu connaissance.

SERVICE DE PROPHYLAXIE MENTALE
NUMÉRO D'ENTRÉE
2495
BIBLIOTHÈQUE

Cette impotence des membres se présenta avec des caractères assez particuliers. Le malade affirme positivement que, s'il était couché ou assis, il pouvait de lui-même remuer sans grande difficulté son bras et sa jambe du côté droit; il les étendait, les fléchissait, les écartait, les rapprochait. Mais il lui était impossible de saisir ou de lever un objet quelconque, fût-il même léger. Par exemple, s'il voulait prendre ou lever simplement un verre, cela lui était impossible. De même, s'il essayait de se lever, il ne pouvait pas se tenir sur la jambe droite, ni s'en servir pour marcher. Tous ces symptômes étaient exclusivement localisés au côté droit, le gauche restant indemne. Il n'y eut également jamais trace de paralysie faciale.

Les membres du côté droit étaient tout froids; mais le malade n'avait nullement perdu la conscience de leur existence. De même la sensibilité paraît avoir été conservée; il se souvient encore qu'on l'a piqué à ce moment et qu'il sentait très bien.

D'autre part, il ne pouvait prononcer aucun mot. Bien que cela soit difficile à préciser aujourd'hui exactement, il ne semble pas avoir été aphone; toutefois, sur le moment, il se bornait à répondre oui ou non par des signes de tête, et sa mimique, toujours exacte, prouvait qu'il comprenait bien tout ce qu'on lui disait; d'autre part, il pouvait lire son journal. Le lendemain, il a commencé à dire oui ou non à haute voix, mais le reste de son langage était absolument indistinct. Quelques jours plus tard, il s'est remis à parler, ce qu'il a fait complètement au bout de trois semaines. A cette époque aussi, toute trace d'impotence avait disparu. Il n'y a pas eu de troubles de l'écriture lors de cette première atteinte. La langue n'a jamais été paralysée; la mastication et la déglutition se sont toujours très bien faites.

Il y a trois mois, survint une nouvelle attaque.

Dans l'intervalle, le malade avait eu le ténia, et deux mois avant (10 mai), il avait été atteint par la chute d'une poutre, au niveau des reins, du côté gauche, sans que ce traumatisme ait déterminé aucun accident spécial. Il n'y pensait plus du tout, prétend-il, lorsque le 20 juillet, après avoir souffert depuis quatre jours d'un mal de tête vague, sans caractères spéciaux et consistant seulement en une sensation de barre sur le front, il s'aperçut tout d'un coup, à son réveil, en voulant s'habiller, qu'il ne pouvait pas se servir pour cela de son bras droit, la jambe restant indemne cette fois. Comme à la première attaque, il remuait encore assez bien son bras, surtout lorsqu'il était couché, mais il ne pouvait rien prendre ni rien soulever. Il avait toujours gardé la conscience de ce membre, et, semble-t-il, la sensibilité a dû, cette fois encore, rester intacte.

En même temps, il ne pouvait pas parler du tout; cela était encore plus accentué que la première fois, mais il affirme, cette fois, que la voix n'a pas été perdue en même temps que la parole. Il n'a jamais cessé de comprendre le sens des mots ou des phrases prononcés devant lui; dès le début, il a toujours pu lire son journal. Lorsqu'il voulait parler, il ne pouvait arriver à prononcer les mots qui « lui bourdonnaient cependant à l'oreille dans la pensée et qu'il avait même sur le bout de la langue (*sic*) ». Il les estropiait, les employait les uns pour les autres; il en avait conscience et cherchait de suite à se reprendre. De plus, cette seconde fois, il ne pouvait arriver à écrire correctement ; il s'arrêtait au milieu d'un mot ou l'écrivait tout de travers. Cette fois encore, il n'y a pas eu, même au début, de perte de connaissance.

Au bout de quinze jours, le bras a repris toutes ses fonc-

tions; mais la parole et l'écriture, tout en s'améliorant un peu, restent encore, vous l'avez vu, très troublées. La face n'a jamais été paralysée, la mastication et la déglutition se sont toujours faites normalement.

Voilà, Messieurs, l'histoire pathologique complète de notre malade. En résumé, phénomènes de paralysie droite et troubles du langage pouvant se résumer ainsi : absence totale de surdité et de cécité verbales; aphasie motrice passagère suivie de troubles de la parole articulée et de l'écriture, tels sont les symptômes positifs de l'affection.

Aussi le diagnostic se trouve-t-il déjà, par exclusion, réduit à deux hypothèses, celle d'une lésion en foyer de l'hémisphère gauche, ou bien celle d'un trouble purement fonctionnel.

L'hypothèse d'une lésion organique ne paraît pas acceptable, eu égard à l'âge du malade, et, dans ces conditions, à l'absence de toute cause capable de l'expliquer. De plus, le début et la marche des accidents, la nature même des troubles dysphasiques et des symptômes concomitants sont également bien loin de plaider en faveur de cette interprétation.

En effet, la maladie éclate soudainement, sans cause provocatrice appréciable et d'emblée, sans perte de connaissance, à l'exclusion d'autres symptômes, se montrent les troubles dysphasiques accompagnés d'une hémiplégie droite.

Cette hémiplégie, n'atteignant que le bras et la jambe, en respectant la face, présente aussi une physionomie quelque peu particulière, en ce sens que l'impotence fonctionnelle est partielle et *systématisée* à certains mouvements,

préhension et soulèvement des objets pour le bras, station debout et marche pour la jambe.

Je ne veux pas prétendre qu'il n'ait pas existé de désordres parétiques plus généraux qu'un examen très attentif eût pu mettre en lumière ; en tout cas, d'après nos renseignements, ils ne semblent pas avoir été bien accentués, tandis que les autres étaient grossièrement évidents.

Par leurs caractères, ils rappellent ce qu'on voit dans l'astasie-abasie ; la seule différence est la distribution des phénomènes d'impotence, paraplégique dans ce dernier cas, hémiplégique chez notre malade à la première atteinte et même monoplégique à la seconde, le bras seul ayant été atteint.

Or, il faut bien reconnaître que, d'après les observations publiées jusqu'ici, les paralysies motrices systématisées semblent devoir être considérées comme relevant, sinon exclusivement, du moins principalement, d'un trouble dynamique.

Les symptômes dysphasiques, eux aussi, revêtent certains caractères importants à signaler. En dehors de leur début subit, ils consistent d'abord dans une impossibilité complète de parler avec absence totale de surdité ou cécité verbales, et la mimique, suppléant au défaut de parole, montre que de tout temps l'intelligence a été conservée. Puis rapidement la parole revient, mais l'articulation reste défectueuse pendant un certain temps sans que l'on puisse, d'autre part, constater des troubles de la motilité de la langue. Ce tableau clinique n'est pas celui qu'on rencontre habituellement dans l'aphasie organique, mais se rapproche au contraire beaucoup, à part l'aphonie dont

nous n'avons pu préciser l'existence, de celui du syndrome décrit sous le nom de *mutisme hystérique*.

Vous savez aussi que ce syndrome, dont la durée est parfois très courte, peut être suivi de troubles dans l'articulation des mots, récemment étudiés d'une façon spéciale par M. Ballet sous le nom de *bégaiement hystérique* (1).

Si cette dénomination peut prêter à certaines critiques, le fait n'en est pas moins cliniquement exact. A côté de particularités individuelles variables, ces troubles de l'articulation présentent des caractères constants qui seraient, d'après M. Ballet, la lenteur et l'arythmie de la parole.

Or, ces caractères existent manifestes chez notre malade qui, aujourd'hui, n'est plus aphasique, a recouvré presque totalement les images motrices des mots, mais se borne à les articuler d'une façon défectueuse. Il se rapproche ainsi des cas publiés par notre collègue autant par l'évolution que par les caractères actuels des troubles de l'articulation, très différents d'autre part, comme vous avez pu le constater aisément, de ceux qu'on rencontre dans certaines affections du système nerveux, telles que la paralysie générale, la sclérose en plaques, etc., dont il n'existe d'ailleurs aucun symptôme.

Les mêmes caractères se retrouvent dans l'écriture, et lorsqu'on en regarde un spécimen, on ne peut s'empêcher d'être frappé de la ressemblance qu'elle affecte avec l'écriture des hystériques. Vous vous rappelez sans doute, d'ailleurs, que si l'agraphie n'accompagne pas d'habitude l'aphasie hystérique, le fait peut cependant se présenter,

(1) Voir notamment Ballet et Tissier, *Du bégaiement hystérique* (*Archives de neurologie*, 1890).

ainsi que MM. Charcot, Lépine, Ballet, en ont rapporté des exemples.

Si les troubles dysphasiques de notre malade présentent des analogies cliniques sensibles avec ceux qu'on rencontre chez des hystériques avérés, de même les symptômes de paralysie motrice systématisée qui les accompagnaient au début ressemblent beaucoup à ceux qu'on a déjà signalés chez ces mêmes sujets. Sans invoquer certains faits bien connus d'astasie-abasie, je vous rappellerai seulement une observation communiquée à la Société médicale des hôpitaux par M. Babinski (1), une autre par M. Ballet (2), cette dernière très comparable à celle de notre malade et relative à une hystérique ayant présenté de la paralysie systématisée de la face, du mutisme hystérique suivi de bégaiement et accompagné d'agraphie.

Mais, me direz-vous, Messieurs, vous semblez vouloir faire de ce jeune homme un hystérique et cependant l'exposé que vous venez de nous faire des symptômes qu'il présente prouve qu'en dehors de la diminution du réflexe pharyngé, il n'existe chez lui aucune des manifestations communes, aucun des stigmates habituels à cette névrose. Sans aucun doute, peut-être s'en présentera-t-il par la suite, mais aujourd'hui il faut bien reconnaître leur absence. Aussi, en mettant en relief l'analogie des troubles du langage et des mouvements avec ceux qu'on observe chez des hystériques, mon intention a surtout été d'établir le diagnostic différenciel avec ceux qui dépendent d'une lésion organique.

(1) Babinski, *Paralysie hystérique systématique* (*Bulletin de la Société médicale des hôpitaux*, p. 533, 1892).

(2) Ballet, *Paralysie systématisée de la face chez une hystérique* (*Bulletin de la Société médicale des hôpitaux*, p. 664, 1892).

Si le qualificatif d'hystériques appliqué aux accidents que je viens de vous décrire ne semble pas aujourd'hui suffisamment justifié, du moins ne peut-on leur refuser celui de dynamiques ou fonctionnels. Et c'est là surtout ce qui importe au point de vue, non seulement du diagnostic, mais encore du pronostic et du traitement.

TABLE DES MATIÈRES

PREMIÈRE LEÇON.

Des hallucinations..... 1

DEUXIÈME LEÇON.

Coexistences, associations et combinaisons hallucinatoires.. 29

TROISIÈME LEÇON.

L'obsession..... 57

QUATRIÈME LEÇON.

L'obsession (*Suite*)..... 99

CINQUIÈME LEÇON.

L'obsession (*Suite*)..... 117

SIXIÈME LEÇON.

De la confusion mentale primitive..... 149

SEPTIÈME LEÇON.

De la confusion mentale primitive (*Suite*)..... 185

HUITIÈME LEÇON.

Des troubles de la mémoire et de l'amnésie continue dans la confusion mentale primitive..... 215

NEUVIÈME LEÇON.

Paralysie générale et confusion mentale..... 244

DIXIÈME LEÇON.

De la mélancolie sans délire..... 282

ONZIÈME LEÇON.

Le délire dans la mélancolie..... 296

DOUZIÈME LEÇON.

Des hallucinations dans la mélancolie..... 321

TREIZIÈME LEÇON.

Le délire (idées délirantes) d'auto-accusation..... 349

QUATORZIÈME LEÇON.

Paranoia aigue et confusion mentale primitive. — Les idées d'auto-accusation dans la paranoia aigue..... 383

QUINZIÈME LEÇON.

Le délire des négations dans la mélancolie..... 457

SEIZIÈME LEÇON.

Le délire (idées délirantes) de persécution dans la folie systématique (paranoia) primitive..... 495

DIX-SEPTIÈME LEÇON.

Les persécutés auto-accusateurs..... 526

DIX-HUITIÈME LEÇON.

Les hallucinations et le dédoublement de la personnalité dans la folie systématique. — Les persécutés possédés... 563

DIX-NEUVIÈME LEÇON.

Les hallucinations et le dédoublement de la personnalité dans la folie systématique.—Les persécutés possédés (*Suite*). 604

VINGTIÈME LEÇON.

LE DÉLIRE DES NÉGATIONS DANS LA FOLIE SYSTÉMATIQUE (PARANOIA) HYPOCONDRIAQUE 655

VINGT ET UNIÈME LEÇON.

DE L'EXAMEN MORPHOLOGIQUE CHEZ LES ALIÉNÉS ET LES IDIOTS... 683

VINGT-DEUXIÈME LEÇON.

DE L'EXAMEN MORPHOLOGIQUE (*Suite*) 708

VINGT-TROISIÈME LEÇON.

DÉLIRES SÉNILES ET PSYCHOSES TARDIVES 741

VINGT-QUATRIÈME LEÇON.

DES IDÉES DE GRANDEUR ET DE PERSÉCUTION OBSÉDANTES ET CONSCIENTES 756

VINGT-CINQUIÈME LEÇON.

LES IDÉES DÉLIRANTES DE DÉFENSE 778

VINGT-SIXIÈME LEÇON.

DE L'ABASIE ET DE L'ASTASIE ÉMOTIVES 702

VINGT-SEPTIÈME LEÇON.

HYSTÉRIE 800

VINGT-HUITIÈME LEÇON.

DYSPHASIE FONCTIONNELLE 819

PARIS. — TYPOGRAPHIE A. HENNUYER, RUE DARCET, 7.

Illumination by