

Le schéma dit du « polygone » cérébral proposé par GRASSET et les relations variables qu'il suppose entre l'activité polygonale (sous-consciente) et l'activité du centre O (consciente) est celle qui, toute question de vocable mise à part, rend le mieux compte des rapports physiologiques des diverses personnalités entre elles et de la rupture pathologique de ces rapports.

c. *Troubles par dissolution de la personnalité.* — Ils sont ceux de l'*affaiblissement mental*, des *témences*. Ici encore l'état pathologique se traduit en premier lieu, dans le domaine de la personnalité consciente, par une diminution de la conscience active ou volontaire au profit de la conscience passive ou automatique; mais il ne s'agit plus, comme dans l'obsession, d'un simple trouble fonctionnel, par conséquent susceptible d'être passager et curable, il s'agit d'un trouble organique, définitif et progressif. C'est ce qui explique pourquoi c'est la conscience active qui se perd d'abord dans ses acquisitions nouvelles, récentes, anciennes, tandis que la conscience passive, continuant de fonctionner, permet encore au sujet de penser et d'agir automatiquement.

A côté de la dissolution, on pourrait évidemment reconnaître aussi une *non-formation* de la personnalité. Cet arrêt de développement qui comporte toutes sortes de degrés et de formes, simples déviations, lacunes partielles et inexistence totale de la personnalité, est le propre des *psychoses des dégénérés*.

ARTICLE V

TROUBLES DE L'ACTIVITÉ

Nous répartirons les troubles de l'activité en trois groupes :
1° *troubles de l'activité générale*; 2° *troubles du langage*;
3° *troubles des actes*.

§ 1. — TROUBLES DE L'ACTIVITÉ GÉNÉRALE

Les troubles de l'activité générale que l'on peut observer dans les psychoses sont de deux ordres : 1° phénomènes d'excitation et de dépression ; 2° troubles portant sur la mimique.

1° **Excitation et dépression.** — Les impressions, extérieures ou intérieures, que nous percevons, déterminent en nous par leur ensemble une sorte de résultante affective qui constitue l'état ou ton émotionnel. Ce ton émotionnel est, en définitive, agréable ou pénible. Il peut, à la rigueur, rester à l'état de disposition psychique purement statique, mais le plus ordinairement il se traduit à l'extérieur par une réaction adéquate, si bien qu'il est facile de reconnaître par l'aspect, l'expression, l'attitude, la mimique d'un individu, s'il est sous le coup d'une émotion triste ou gaie.

A l'état normal, le ton émotionnel et sa réaction extérieure varient d'un instant à l'autre, en raison même de la brièveté et de la diversité des impressions qui se succèdent en nous, c'est-à-dire du polyémotisme physiologique. Et non seulement ils varient de nature, mais aussi de degré, tout en se maintenant dans des limites qu'ils ne sauraient dépasser sans devenir excessifs.

Cependant, même à l'état normal, la plupart des individus ont une manière prédominante de sentir et de réagir. Les uns sont surtout des tristes ou des inquiets et leur réaction émotive se fait essentiellement sous forme d'une *mimique douloureuse*, passive ou active ; les autres sont surtout des vifs, des emportés, et leur réaction émotive se fait essentiellement sous forme d'une *mimique agitée*, gaie ou violente. C'est ce qu'on traduit en disant qu'il y a les *excités* et les *déprimés*.

Franchissant un degré de plus, nous trouvons les états passionnels aigus, véritables états psychiques intermédiaires, dans lesquels les phénomènes que nous analysons prennent nécessairement un caractère beaucoup plus accentué. Une personne en proie à une douleur intense manifeste son malaise psychique par une extériorisation appropriée, très affaissée ou très inquiète. De même, une personne sous le coup d'une colère extrême la trahit par une extériorisation animée et violente.

Enfin, à l'état franchement pathologique, c'est-à-dire dans les psychoses, ces deux modes d'activité émotive deviennent, dans certains cas, des symptômes ou syndromes importants, auxquels on a, dès longtemps, donné les noms d'*excitation* et de *dépression*.

On comprend maintenant, d'après les explications qui précèdent, ce qu'on doit entendre, cliniquement, par *excitation* et par *dépression*. Ce sont des réactions de l'activité générale, pathologiques à la fois par leur intensité, par leur durée, et par leur relation avec un processus émotionnel psychopathique qu'elles traduisent au dehors.

La question de savoir si l'excitation et la dépression doivent désigner simplement les modes d'expression extérieure des états psychopathiques émotifs ou comprendre en même temps ces derniers, c'est-à-dire embrasser à la fois l'action et la réaction, la cause et l'effet, ne saurait être douteuse pour nous. Nous ne pensons pas que ces termes doivent s'appliquer en bloc aux modifications psychiques et à leurs signes traducteurs ; ce serait leur donner une extension telle qu'ils engloberaient la symptomatologie à peu près entière de la maladie et deviendraient presque synonymes de manie et de mélancolie. Excitation et dépression doivent seulement exprimer, à notre sens, le type caractéristique des réactions émotives de la manie et de la mélancolie, en sous-entendant nécessairement l'état cénesthésique auquel elles se rattachent. C'est ce que nous avions déjà voulu indiquer dans notre édition précédente, en les définissant : « l'ensemble des réactions de l'organisme sous l'influence des impressions psychiques ».

Quant aux vocables *excitation* et *dépression*, pris en eux-mêmes, ils sont mauvais, car ils ne traduisent exactement ni le caractère du phénomène réactionnel, ni celui de l'état émotionnel générateur. Ainsi dans la mélancolie, il peut y avoir non seulement dépression, mais aussi excitation extérieure ; de même l'excitation de la manie diffère suivant qu'elle se lie à un état psychique gai ou furieux. Pour être dans le vrai, il faudrait dire : dans la *mélancolie*, *réaction douloureuse*, soit *passive* (dépression), soit *active* (excitation) ; dans la *manie*, *réaction agitée*, soit *expansive* (état cénesthésique gai), soit *violente* (état cénesthésique d'irritation). Nous conserverons cependant, vu l'usage, les expressions d'excitation et de dépression, mais en leur attribuant le sens plus précis que nous venons d'indiquer.

Nous n'avons plus maintenant que quelques mots à ajouter sur les signes mêmes de l'excitation et de la dépression.

L'*excitation*, avons-nous dit, est la réaction agitée, *expansive* ou *violente*, suivant qu'elle correspond à un substratum émotif de gaieté ou d'emportement.

Visage animé et coloré, regard vif et brillant, expression hardie, riante ou menaçante, parole haute, brève, rapide, incessante, rires, chants, cris, gestes fréquents, brusques et saccadés, besoin perpétuel de mouvement et d'action, tenue désordonnée, hyperfonctionnement viscéral et glandulaire, parfois accès de fureur destructive et violente, impulsivité incoercible, tel est le tableau de l'excitation. Cet état peut aller du simple accroissement de l'activité habituelle, physique ou mentale, jusqu'à l'agitation la plus extrême, formant une série de degrés, qui caractérisent les degrés d'intensité de la manie : manie subaiguë (excitation ou exaltation maniaque) ; manie aiguë. (Voir fig. 21, p. 220.)

La *dépression* est, nous le savons, la réaction douloureuse, *passive* ou *active*, qui traduit le malaise psychique de la mélancolie.

La *réaction douloureuse passive* (dépression proprement dite) consiste en une attitude triste avec diminution de l'activité générale pouvant aller, en ce qui concerne l'activité extérieure, jusqu'à sa suspension.

Visage pâle, morne, abattu, traits tirés, contractés, regard triste et baissé, tête penchée sur la poitrine, expression d'humilité et de souffrance profonde, mutisme complet ou parole lente, brève et sourde, gestes rares, lents, pénibles, tendance à l'immobilité, hypoactivité viscérale et glandulaire, tel est le tableau de cette réaction douloureuse passive qui caractérise la *mélancolie à forme dépressive* et ses degrés : mélancolie subaiguë (dépression mélancolique) ; mélancolie aiguë ; surtout mélancolie avec stupeur. (Voir fig. 23, p. 242 et fig. 28, p. 253.)

La *réaction douloureuse agitée* diffère de la précédente en ce que, avec un aspect général également triste, il existe non plus une inertie motrice plus ou moins absolue, mais au contraire une agitation inquiète plus ou moins active et caractéristique. Les malades se meuvent constamment, se tordent les mains,

tirailent fiévreusement les boutons de leurs vêtements, s'écorchent, se déchirent, s'arrachent les cheveux, se mutilent, geignent, gémissent, se lamentent, poussant parfois des exclamations significatives telles que : « Ah ! mon Dieu ! » — « Quel malheur ! », etc., etc. Cette réaction caractérise plus spécialement la *mélancolie dite anxieuse et gémissieuse*. Elle diffère, on le voit, de l'excitation de la manie. (Voir fig. 27, p. 253.)

En plus des deux troubles de l'activité générale habituellement décrits, l'excitation et la dépression, qui caractérisent la manie et la mélancolie, il faudrait, nous semble-t-il, en admettre un troisième : la *torpeur*, qui caractérise la troisième espèce de psychose avec perturbation de l'activité générale que nous décrirons plus tard : la confusion mentale.

La torpeur ressemble à la stupeur mélancolique, mais avec cette différence que dans celle-ci la vie psychique et délirante, parfois très active, se manifeste malgré l'immobilité du sujet, dans son regard, ses traits, etc. Au contraire, dans la confusion mentale, la torpeur est une véritable *stupidité* ; l'abolition de toute activité y est réelle et complète. (Voir fig. 38, p. 355.)

2° Mimique. — A côté des troubles de l'activité générale, nous devons mentionner les troubles de la mimique proprement dite. Ces troubles de la mimique peuvent porter soit sur les attitudes et mouvements du visage qui concourent à l'expression (expression mimique), soit sur les attitudes et mouvements du corps qui concourent à l'action (action mimique).

a. *Expression mimique.* — L'étude des troubles de l'expression mimique chez les aliénés, déjà abordée en 1852 par MORISON et en 1862 par ARMAND LAURENT, qui insistait déjà sur la désharmonie, chez ces sujets, entre le centre d'action oculaire et le centre d'action buccal, n'a été reprise que dans ces dernières années par PIERRET et ses élèves PARET, JOURDIN, DUPUIS, et à l'étranger par SIKORSKI.

Les troubles de l'expression mimique peuvent consister dans son exagération ou *hypermimie* (manie, mélancolie anxieuse), dans sa diminution ou *hypomimie* (mélancolie dépressive), dans sa suppression ou *amimie* (stupeur, stupidité), dans sa persistance

d'un seul côté ou sa différence d'un côté à l'autre ou *hémimimie*.

Les troubles de l'expression mimique peuvent aussi se traduire par une mobilité excessive, une expansion extrême avec vaso-dilatation des traits et du visage ou, au contraire, par une anormale fixité, une concentration avec vaso-constriction marquée. Le plus souvent ils sont en rapport avec l'état psychique qu'ils reflètent de façon significative (air satisfait et vaniteux des maniaques et des paralytiques généraux expansifs, air désolé et contrit des mélancoliques, air indifférent et inexpressif des confus, air défiant et menaçant des persécutés et des hallucinés, air extatique des mystiques, etc., etc.) ; mais dans certains cas, il y a dissociation entre l'état psychique et l'expression physiognomique (immobilité du visage dans la mélancolie avec stupeur correspondant à sa suractivité délirante et hallucinatoire) et même contradiction pour ainsi dire paradoxale (air gai de certains mélancoliques, éclats de rire de certains persécutés à hallucinations pénibles, grimaces bizarres des déments précoces, etc.) (*paramimie*). Cette dissociation peut non seulement être générale, mais partielle (PIERRET).

Suivant la juste remarque de PIERRET et de DUPUIS, il faut distinguer les troubles de la mimique voulue de ceux résultant d'une malformation ou d'une lésion organique, telle qu'on l'observe, par exemple, dans la paralysie générale où, comme l'a montré PARET, ils sont très spéciaux et, pour ainsi dire, caractéristiques.

PIERRET a proposé dès 1887 un schéma des troubles de l'expression mimique dans les psychoses qui résume fort bien leurs caractères généraux. Le voici :

Chez l'aliéné et suivant les cas, l'expression est lente au lieu d'être rapide ; discordante au lieu de concordante ; excessive ou insuffisante au lieu d'adéquate ; dissociée au lieu d'homogène ; enfin, fugitive ou trop prolongée au lieu de suffisamment persistante.

Il y a dans la voie tracée par l'éminent maître de Lyon d'intéressantes recherches à poursuivre.

b. *Action mimique.* — Les troubles de l'action mimique consistent essentiellement dans les troubles de l'attitude du corps et de la gesticulation.

L'attitude du corps et la gesticulation peuvent être nor-

males et sans changement chez les aliénés (délires systématisés); elles sont très souvent modifiées dans leur intensité, soit en excès (manie, mélancolie anxieuse), soit en défaut (mélancolie dépressive), et dans leur forme (attitudes et gestes anormaux des déments précoces). La gesticulation va, plus souvent encore que l'expression mimique, jusqu'à la disparition complète, c'est-à-dire jusqu'à l'immobilité avec ou sans raideur (stupeur, catatonie).

La gesticulation peut être en désaccord avec l'expression, dans le cas, par exemple où, à une activité physionomique intense, correspond une absence complète de gestes (mélancolie); mais elle est surtout en rapport avec l'état délirant du sujet. Ainsi l'attitude et la gesticulation du maniaque trahissent son agitation et sa mobilité d'esprit; l'attitude et la gesticulation du mélancolique peignent admirablement sa tristesse, son découragement, son anxiété, son désespoir; l'attitude et la gesticulation du persécuté, du mystique, de l'ambitieux sont également caractéristiques. Les aliénés, on peut le dire, sont, pour la plupart, des mimes remarquables, d'autant plus remarquables que tout chez eux est spontané, naturel, sans apprêt; les mimes professionnels auraient certainement beaucoup à apprendre à leur contact.

Dans certaines psychoses chroniques, en particulier dans des formes spéciales de démence précoce et certains délires systématisés, les malades semblent réduire leur mimique à un certain nombre d'attitudes et de gestes invariablement les mêmes et pour ainsi dire stéréotypés (*stéréotypies* de BINDER, BRUGIA et MARZOCCHI, RICCI, MONDIO, divisées par SÉGLAS, CAHEN et DROMARD en *stéréotypies akynétiques* ou des attitudes et *stéréotypies parakynétiques* ou des mouvements et actes). Dans d'autres cas, comme dans la maladie des grands tics, et parfois aussi la démence précoce, les malades, ainsi que les singes, répètent les attitudes dont ils sont spectateurs (*éhomimie*).

§ 2. — TROUBLES DU LANGAGE

1° **Troubles du langage parlé.** — Les troubles du langage parlé sont divisés par SÉGLAS, qui en a fait une étude approfondie,

en : *dyslogies* (ceux par troubles intellectuels); *dysphasies* (ceux par trouble de la fonction langage); *dyslalies* (ceux par troubles de la parole articulée).

Sans nous occuper ici des dysphasies organiques (aphasies) et fonctionnelles (amnésies verbales, hallucinations verbales, impulsions verbales) et des dyslalies (embarras de la parole dans la paralysie générale, dans l'alcoolisme, l'épilepsie, etc.) dont nous avons déjà parlé ou dont nous parlerons plus tard, nous nous bornerons à mentionner les variétés les plus intéressantes de dyslogies, d'après SÉGLAS.

a. *Dyslogies proprement dites* : facilité d'élocution, langage spirituel, incisif, parfois même éloquent (excitation maniaque, paralysie générale au début); difficulté anormale de s'exprimer, de trouver ses mots (mélancolie, psychasthénie, confusion mentale); *incohérence* ou décousu du langage, résultant soit d'un affaiblissement des facultés (incohérence vraie des déments), soit d'une activité et d'une mobilité d'idées excessives (fausse incohérence ou logorrhée des maniaques); phrases caractéristiques de chaque forme délirante (Exemple : « Je n'ai rien à vous dire », « Vous le savez mieux que moi », « Vous l'entendez aussi, je pense »... des persécutés hallucinés); *néologismes*, mots nouveaux, formules inaccoutumées et singulières par lesquelles les malades désignent leurs souffrances, leurs ennemis, prient, menacent, se défendent, etc., et qui sont un signe de chronicité (délires systématisés, manie et mélancolie chroniques).

b. *Dyslogies par modification de la diction expressive* : troubles d'intensité de la voix; variation du timbre et de l'intonation (voix haute, sonore, hardie des maniaques, voix hésitante, timide, entrecoupée de sanglots et de gémissements des mélancoliques, susceptibles d'être observées successivement l'une et l'autre chez le même individu, dans le cas de folie à double forme; voix emphatique, théâtrale de certains maniaques, paralytiques généraux et mégalomanes; voix sentencieuse, prédicante des mystiques théomanes; voix factice, artificielle avec répétition déclamatoire de mots banals ou sans signification (verbigération des déments précoces, surtout catatoniques); *monologues*, trouble de langage fréquent et important chez les aliénés, très bien

étudié récemment par DARGANNE, élève de SÉGLAS, à la fois dans ses caractères symptomatiques extrinsèques et intrinsèques, dans son mécanisme psychologique, dans sa valeur sémiologique, enfin dans sa signification pronostique habituellement grave et indice d'une tendance à la chronicité et à l'incurabilité, sauf dans le cas de psychose généralisée, en particulier de manie; *mutisme*, provenant soit d'une inhibition aboulie, soit d'hallucinations impératives, d'idées délirantes d'indignité, de culpabilité, de défiance, de négation d'organes du langage, d'opposition systématique ou négativisme, soit, enfin, de simulation.

c. *Dyslogies par modification du style et de la syntaxe* : langage choisi, mordant, prétentieux, ampoulé, dramatique, avec métaphores, allégories, sentences, mots à double sens, calembours, langage familier, trivial, obscène, etc.; langage incorrect par perte de la mémoire, troubles de l'attention (démences, psychasthénie); langage grammaticalement anormal par idées délirantes déterminées (malades qui se désignent à la troisième personne par un qualificatif, une périphrase, un nom d'autre sexe, d'animal, d'objet, tels que certains mélancoliques simples, anxieux, négateurs, certains délirants systématisés, etc., — je suis depuis dix ans une malade qui, sous l'influence de l'idée que les mots, comme les choses et les personnes, sont hypnotisés pour lui nuire, supprime dans son langage parlé et écrit tous les vocables qui lui paraissent suspects ou n'en indique que les premières lettres —); langage anormal par originalité et recherche prétentieuse (démence précoce, délires systématisés, états maniaques).

2° **Troubles du langage écrit.** — Les troubles du langage écrit sont aussi fréquents, sinon plus, chez les aliénés, que les troubles du langage parlé.

SÉGLAS, qui en a résumé les caractères généraux, ébauchés par MARCÉ et quelques auteurs, les divise de la même façon dans les troubles du langage parlé, en *dyslogies graphiques*, *dysgraphies* et *troubles de l'écriture proprement dits*.

Parmi ces derniers, dus aux différentes causes, indépendantes de l'état mental, qui peuvent agir sur l'exécution même, sur la coordination du mouvement et par suite sur le tracé des signes

graphiques, il range les troubles de l'écriture par paralysies, contractions, tremblements, c'est-à-dire ceux des psychoses toxiques et de la paralysie générale, dont nous parlerons plus loin.

Dans les *dysgraphies*, qui résultent de troubles de la fonction langage, il distingue les dysgraphies organiques, appartenant à l'aphasie et les dysgraphies fonctionnelles tenant à l'abolition, à l'obtusion de l'intelligence (agraphie de la démence, de la stupeur) ou à l'oubli psychopathique des signes du langage écrit (dysgraphies des psychasthéniques).

Les *dyslogies graphiques* comprennent tous les troubles du langage écrit relevant de troubles intellectuels avec intégrité de la fonction langage. Les principales sont les suivantes : Graphomanie, graphorrhée, ou manie d'écrire (états maniaques, délires systématisés, paralysie générale au début, etc.) avec son opposé le mutisme graphique (mélancolie, stupeur); aspect général de l'écrit, tantôt sur papier propre, soigné, ordonné, régulier (délires systématisés), tantôt sur chiffon malpropre, désordonné, irrégulier (états maniaques, démences); disposition des lignes et des mots tantôt enchevêtrés dans tous les sens, tantôt spécimens achevés, mais curieux de calligraphie; écriture énorme; large, appuyée ou fine avec ou sans annotations, allégories, figures géométriques, signes cabalistiques toujours les mêmes (stéréotypies graphiques des psychoses chroniques, de la démence précoce); majuscules, soulignements, accentuation, ponctuation bizarres, lettres renversées, écriture plusieurs fois changée, signature extraordinaire; modifications curieuses de l'orthographe, emploi de mots nouveaux, de néologismes compréhensibles ou non, suppression complète ou incomplète de certains mots, verbes, adjectifs, etc., etc.

Les écrits des aliénés sont le plus souvent des lettres adressées à différents personnages, surtout aux autorités, des testaments dont tout est à observer, depuis l'en-tête jusqu'à l'enveloppe et à la suscription. Ce sont fréquemment aussi des compositions poétiques, littéraires, scientifiques, religieuses, politiques, la plupart sans grande valeur, mais dont certaines cependant offrent des qualités d'imagination, d'ingéniosité, de rythme,

d'éloquence même parfois bien faites pour surprendre (excitation maniaque, paralysie générale au début, déséquilibration).

Il est toujours bon de chercher à faire écrire les aliénés. C'est en effet un excellent moyen de se rendre compte de leur état mental. Malgré lui, le délirant le plus dissimulé, et qui n'oppose oralement que mutisme ou réticence aux questions posées, laisse échapper dans ses écrits quelque signe révélateur de son délire, surtout dans les écrits de quelque longueur. Chez beaucoup de malades, en effet, les premières lignes et les premières phrases des écrits sont aussi parfaites que celles des individus les plus raisonnables; au bout de quelques pages le délire, la confusion, l'incohérence apparaissent très nettement.

§ 3. — TROUBLES DES ACTES

A) TROUBLES DES ACTES EN GÉNÉRAL

Les troubles des actes ou de la conduite sont à peu près constants dans les psychoses. Il est difficile d'imaginer, en effet, une perturbation mentale sans retentissement sur la manière d'être et d'agir de l'individu. Le plus souvent la psychose modifie plus ou moins complètement cette manière d'être et d'agir et lui imprime un cachet tout particulier; si bien que les actes de l'aliéné constituent par leur nature et par leurs caractères, non seulement le meilleur agent révélateur de la maladie, mais encore le meilleur élément de son diagnostic. Il est des délirants systématisés, des persécutés notamment qui, réticents au suprême degré, ne trahissent leurs conceptions malades que par les réactions auxquelles elles les entraînent.

Cela suffit à montrer l'importance des troubles des actes dans les psychoses.

Les actes morbides peuvent être *absurdes* ou *logiques*, *conscients* ou *inconscients*, *réfléchis* ou *spontanés*, *voulus* ou *irrésistibles*, *dangereux* ou *non dangereux*.

Ils peuvent être plus particulièrement le résultat d'un délire d'idées ou de sentiments (*acte délirant*), d'hallucinations (*acte hallucinatoire*), de lésions de la volonté (*impulsion*, *inhibition*).

Ils peuvent, suivant le classement de SPENCER, adopté par MERCIER, MORSELLI et SÉGLAS, concerner la conservation individuelle (instinct de nutrition et instinct de conservation); la reproduction et la conservation de l'espèce (instinct sexuel); les relations matérielles de l'individu avec le milieu social (capacité au travail, instinct de propriété, intérêts juridiques); les relations affectives de l'individu avec le milieu social (dans la famille, dans la vie sociale); les sentiments religieux et esthétiques.

Les actes que l'on observe le plus communément dans la folie sont :

1° Les *actes d'impolitesse*, de *malpropreté*, les *exhibitions obscènes*, la *tendance à manger des ordures et des excréments* (scatophagie), qui se rencontrent surtout dans les états de *démence*;

2° Les *actes de violence*, de *destruction*, de *fureur aveugle* et *subite*, plus spéciaux aux *états maniaques* et à l'*épilepsie*;

3° Le *refus de nourriture*, le *suicide*, pathognomoniques dans la *mélancolie*;

4° L'*homicide*, particulièrement dans le *délire de persécution*, l'*épilepsie*, etc.;

5° Le *vol*, l'*incendie*, dans les états de *démence*, de *fureur imbecile*, d'*épilepsie*, etc.

Nous devons nous arrêter avec quelques détails sur l'*impulsion*, syndrome capital parmi les troubles des actes, comme le sont le délire, l'hallucination, l'obsession parmi les troubles de l'idéation, des perceptions et des émotions.

Nous empruntons encore ces détails à notre ouvrage en commun avec PITRES.

B) IMPULSIONS

1° *Généralités*. — La tendance au réflexe est le principe même et la loi de l'action nerveuse. Le réflexe type, pur, est le réflexe simple, automatique. Au fur et à mesure qu'on s'élève dans l'échelle animale et, chez l'homme, de l'enfant à l'adulte, de l'inférieur au supérieur, de nouveaux attributs se fondent, qui ont pour effet de coordonner, d'actionner ou d'empêcher