

peuvent n'être perçues que par une seule oreille; nous verrons bientôt l'intérêt de ces faits. Les hallucinations de l'ouïe sont les plus persistantes et celles dont le pronostic est le plus fâcheux.

Les hallucinations de la *vue* sont en rapport avec la nature des idées délirantes. On les observe le plus fréquemment dans les troubles psychiques consécutifs aux névroses convulsives, telles que l'hystérie, l'épilepsie, la chorée, dans les délires toxiques. Elles se produisent souvent aussi sous l'influence du délire mystique et consistent alors en visions d'anges, de démons ou de lettres écrites dans le ciel; tantôt les images sont nettes, tantôt ce sont des formes mal accusées. Ces hallucinations restent ordinairement les mêmes chez les mêmes sujets: elles se produisent plus souvent dans l'obscurité; leur persistance est moindre que celle des hallucinations de l'ouïe.

Les hallucinations de l'*odorat* ne sont pas rares, surtout chez les persécutés, où elles accompagnent fréquemment les hallucinations de l'ouïe et de la sensibilité générale, et sont le point de départ des idées d'empoisonnement que manifestent si souvent ces sujets; les malades sentent des odeurs le plus souvent fétides, quelquefois agréables; nous connaissons un jeune homme chez lequel elles se sont produites plusieurs fois en même temps que des idées hypochondriaques, sans qu'il y ait eu véritable folie. Elles coïncident généralement avec une altération du *goût* et sont habituellement associées aux troubles de l'ouïe et de la vue.

Les hallucinations du *tact* et de la *sensibilité générale* peuvent être fort diverses: ce sont des sensations douloureuses, des décharges électriques, des piqûres d'aiguilles, des morsures d'animaux, etc.

M. Luys a montré que la sensibilité musculaire, avec ses diverses modalités, est susceptible d'engendrer certaines sensations de nature hallucinatrice: telles sont les secousses électriques; tel est surtout le cas de ces malades qui se croient soulevés dans les airs, qui se sentent transportés d'un lieu dans un autre, etc. D'autres hallucinations dérivent d'une perturbation survenue dans les opérations de la sensibilité viscérale, portant sur des sensations subjectives irradiées de tel ou tel organe: telles sont les sensations que les hypochondriaques éprouvent intérieurement et qu'ils rapportent à la présence d'un animal; les mêmes malades se sentent grandir ou rapetisser; ils croient que leur cerveau se détache, que leurs nerfs se raccourcissent, etc. Cet ordre spécial des sensations viscérales amène un état émotif continu qui absorbe toute l'attention du malade (Luys).

Les hallucinations *génétales* comptent parmi les plus fréquentes; on les observe surtout, mais non exclusivement, chez les hystériques et certains persécutés; les malades s'imaginent avoir des rap-

ports avec des êtres fantastiques qui s'introduisent près d'elles.

*Hallucinations psychiques.* — Ce sont des phénomènes auditifs sans caractère sensoriel; des voix partent de l'intérieur du corps; les malades qui ont eu des hallucinations de l'ouïe les en séparent nettement, ce sont « des voix intérieures, le langage d'âme à âme, à la muette, le langage de la pensée ». Baillarger, le premier, les a bien décrites (1); mais elles n'ont reçu leur véritable explication que tout récemment. M. Séglas (2) a démontré que ces hallucinations psychiques étaient en réalité des hallucinations psycho-motrices, intéressant la fonction du langage dans ses éléments psycho-moteurs. Cette *hallucination verbale psycho-motrice* consiste dans la reproduction d'une image verbale, s'accompagnant de la sensation d'un mouvement initial de l'articulation, que celle-ci se produise ou non. Or, cette image verbale ne peut être que l'image motrice, non plus physiologique, mais morbide; et comme, du fait même de son intensité, elle tend à s'extérioriser, elle n'est plus perçue comme une image pure et simple, mais reportée vers la région de la périphérie sur laquelle s'arrête l'action du centre où elle est localisée: d'où une sensation analogue à celle qui serait perçue si la parole était réellement prononcée. (Séglas.)

Les hallucinations peuvent être continues ou intermittentes, bilatérales ou unilatérales; elles peuvent être considérées comme vraies par le sujet, suivant qu'il est atteint ou non d'aliénation. Enfin elles se produisent souvent dans le passage de la veille au sommeil. Elles jouent, dans les phénomènes de la perception, un rôle perturbateur qui masque la réalité ambiante et la dénature d'une manière plus ou moins complète. (Luys.)

*Physiologie des hallucinations.* — J. Müller a posé en loi que l'on ne peut provoquer par une excitation venue du dehors aucune impression qui ne puisse être également produite par une excitation des appareils sensoriels. Cette excitation interne peut donc nous rendre compte des troubles sensoriels de l'hallucination; ils coïncident avec des troubles psychiques dont la cause est, d'après Baillarger, l'exercice involontaire de la mémoire et de l'imagination.

On a beaucoup discuté pour savoir sur quel point de l'appareil sensoriel portait l'excitation; on sait aujourd'hui que les conducteurs centripètes ont, pour la plupart, un trajet fort compliqué par lequel ils s'avancent, à travers les centres ganglionnaires, jusque dans l'é-

(1) Baillarger, *De l'influence de l'état intermédiaire à la veille et au sommeil sur la production et la marche des hallucinations* (Ann. méd.-psychol., 1843), et *Des hallucinations*. Paris, 1846. — Maury, *Des hallucinations hypnagogiques ou des erreurs des sens dans l'état intermédiaire entre la veille et le sommeil* (Ann. méd.-psychol., 1847).

(2) Séglas, *Les troubles du langage chez les aliénés*. Paris, 1892.

corce cérébrale : aussi l'origine dite réelle des nerfs n'en forme-t-elle pas la limite, et l'on n'est plus en droit de dire que, chez un sujet dont le nerf optique est atrophié, l'appareil sensitif de la vision est complètement détruit : Ferrier (1) a montré que les prolongements intracérébraux de ce tronc nerveux gagnent l'écorce au niveau du pli courbe, après avoir traversé un ou plusieurs centres; il en est vraisemblablement de même pour les autres nerfs sensitifs.

M. Luys et M. Ritti localisent les hallucinations dans les couches optiques qu'ils considèrent comme une réunion des centres sensoriels destinés à recueillir les impressions apportées par les nerfs pour les transmettre ensuite à la périphérie; M. Tamburini les fait siéger dans l'écorce; M. Luys dit avoir rencontré souvent chez les hallucinés une saillie anormale du lobe paracentral; M. Ball enfin, dans une conception plus générale, admet qu'il n'est pas un seul point des organes des sens, depuis leur partie la plus extérieure jusqu'à leur partie la plus profonde et la plus reculée dans le territoire cérébral, qui, sous l'influence d'une altération quelconque, ne puisse devenir, chez un sujet prédisposé, la source d'hallucinations. Des faits récents montrent que ces troubles psychiques sont produits surtout par une excitation des centres sensoriels; tels sont ceux qu'ont constatés M. Binet et Féré (2) chez des sujets en état d'hypnotisme. Ces auteurs ont appelé d'abord l'attention sur les effets de l'achromatopsie (*perte du sens des couleurs*). M. Richer a montré (3) que, chez la plupart des hystériques hypnotisées, il est impossible de suggérer des hallucinations colorées par l'œil achromatopsique. L'œil qui a perdu la sensibilité chromatique ne voit plus les couleurs d'un objet imaginaire. La même règle s'étend aux hallucinations spontanées de l'aliénation mentale; M. Binet a constaté ce fait chez une hystérique aliénée, hémi-anesthésique, achromatopsique du côté gauche et obsédée par l'image d'un homme habillé de rouge : lorsqu'on fermait l'œil droit, elle continuait à percevoir l'hallucination avec l'œil gauche, mais l'homme n'était plus rouge, il était gris et comme entouré d'un nuage (4). De même, chez une hémi-anesthésique dont un œil a perdu le sens du violet, on ne peut provoquer, pendant l'état de somnambulisme, l'apparition de cette couleur dans aucune hallucination, si la main tient fermé l'œil qui peut percevoir cette couleur. Or, l'achromatopsie hystérique résulte presque certainement d'un trouble dans les fonctions des cellules corticales affectées à la per-

(1) Ferrier, *De la localisation des maladies cérébrales*. Paris, 1880.

(2) Binet et Féré, *La théorie physiologique de l'hallucination* (*Rev. des cours scientifiques*, 1885).

(3) P. Richer, *Études cliniques sur l'hystéro-épilepsie*.

(4) Binet, *L'hallucination* (*Rev. philosoph.*, 1884).

ception des couleurs. Si ce trouble fonctionnel met le même obstacle à l'hallucination qu'à la perception d'une couleur donnée, cela tient sans doute à ce que les deux phénomènes, perception et hallucination, emploient le même ordre d'éléments nerveux; l'hallucination se passe, en pareil cas, dans les centres où sont reçues les impressions du sens; elle résulte d'une excitation des centres sensoriels.

Un autre fait montre que l'hallucination et la sensation visuelle ont le même siège cérébral; c'est la propriété que possède l'image hallucinatoire de provoquer les mêmes effets de contraste que la sensation; les expériences de M. Parinaud ne laissent aucun doute à cet égard. On peut invoquer enfin, en faveur de cette localisation, certains phénomènes observés du côté de l'œil. On sait que la sensibilité de la conjonctive et de la cornée est constamment en rapport avec la sensibilité spéciale de l'organe : ces membranes sont anesthésiées chez les hystériques achromatopsiques. Or si, chez une cataleptique dont la conjonctive et la cornée sont complètement insensibles, on provoque une hallucination de la vue, ces membranes recouvrent leur sensibilité. Ces faits paraissent démontrer que l'hallucination visuelle a son siège dans le centre sensoriel de la vision.

Dans l'hallucination de l'ouïe, il y a, de même, automatisme des régions psycho-sensorielles de cet organe, mais cet automatisme s'étend très habituellement aux régions motrices; si l'on suggère à une hypnotisée l'audition d'une lettre de l'alphabet et qu'on examine la langue, on percevra facilement un mouvement correspondant à la sensation hallucinatoire. (Féré.)

Chez beaucoup d'aliénés, l'hallucination de l'ouïe est accompagnée de mouvements des organes phonateurs et d'une suite de chuchotements à voix basse. Il y a donc, dans les hallucinations auditives, une part sensorielle et une part motrice présentant, suivant les cas, une importance très inégale (J. Cotard), ce qui s'explique d'ailleurs par la coexistence fréquente des hallucinations auditives et des hallucinations verbales psycho-motrices chez le même sujet qui, dans ces cas, en fait parfaitement la distinction. (Séglas.)

Le siège central des troubles morbides ne prouve nullement qu'ils ne puissent être d'origine périphérique.

L'influence des excitations sensorielles sur la production des hallucinations a été mise en évidence par des faits cliniques. Ceux dans lesquels on voit ces troubles disparaître ou se produire en même temps que l'altération de l'un des organes des sens sont très frappants. Nous citerons le célèbre cas de de Graefe, dans lequel l'extirpation du globe oculaire atrophié fit disparaître des hallucinations de

la vue; Guépin (1) a observé un malade chez lequel une kératite ulcéreuse a provoqué des hallucinations; Esquirol a fait cesser ces accidents en pratiquant l'occlusion des yeux et des oreilles; leur fréquence chez les sourds et les aveugles doit être interprétée dans le même sens; Jolly a vu la galvanisation de l'oreille provoquer des hallucinations chez un sujet atteint d'une affection de cet organe: Kœppe (2) a réussi quatre fois à faire disparaître des hallucinations de l'ouïe en guérissant une affection du conduit auditif; dans un cas d'hallucinations unilatérales, Schüle a trouvé à l'autopsie une lésion de l'oreille moyenne correspondante; depuis lors, M. Régis (3) a observé deux faits analogues; les malades, atteints d'une otite moyenne avec écoulement purulent, présentaient du même côté des hallucinations de l'ouïe qui disparurent avec l'otorrhée sous l'influence d'un traitement purement local. Dans le cas où les organes des sens sont intacts, on peut invoquer une lésion des appareils qui les mettent en rapport avec les centres d'idéation; Meynert (4) en cite plusieurs faits: ainsi se trouve confirmée la proposition de M. Ball.

Dans l'état de veille, l'attention consciente exerce une action d'arrêt sur les fonctions d'imagination et d'idéation sensorielle; quand elle cesse d'exister, et c'est là le propre du sommeil, ces fonctions se trouvent exaltées comme dans tous les cas d'automatisme cérébral; les centres sensoriels entrent en activité; des idées souvent bizarres se produisent et s'associent sans aucune règle appréciable, et fréquemment le sujet a des hallucinations; il en est de même dans l'état hypnagogique intermédiaire à la veille et au sommeil.

Le mode de production des hallucinations toxiques et fébriles paraît avoir de l'analogie avec le précédent; la conscience est obscurcie en même temps que l'imagination est excitée; chez l'alcoolique, par exemple, on observe le tableau de la cérébration automatique; le malade ne sachant où il est, ignorant quelles sont les personnes qui l'entourent, est en proie à des conceptions délirantes qu'accompagnent souvent des hallucinations; il en est de même dans les fièvres; dans l'empoisonnement par le haschich, Moreau (de Tours) signale une diminution de l'attention et de la volonté coïncidant avec une surexcitation prodigieuse de l'imagination, de la mémoire et des centres sensoriels.

Il est probable, enfin, que les hallucinations des aliénés reconnaissent un mécanisme analogue; Baillarger leur assigne pour causes,

(1) Guépin, *Étude physiologique sur l'œil et la vision*, cité par Schüle.

(2) Kœppe, *Gehörstörungen und Psychosen* (*Allg. Zeitsch. f. Psych.*, Bd XXIV).

(3) Régis, *Des hallucinations unilatérales* (*l'Encéphale*, 1881, et *Annales médico-psychologiques*).

(4) Meynert, *Vierteljahrsschr. f. Psych.*, 1867.

comme aux précédentes, l'exercice involontaire de la mémoire et de l'imagination, la suspension des impressions externes et l'excitation interne des appareils sensoriels.

Il est difficile d'établir entre ces divers éléments un rapport de subordination; les phénomènes peuvent s'expliquer par l'extension aux centres sensoriels d'impressions centripètes, ou au contraire par l'excitation initiale de ces organes; l'origine périphérique paraît la plus vraisemblable, au moins dans la grande majorité des cas; la marche des accidents en est la preuve, car presque toujours les malades éprouvent des illusions avant de devenir en proie aux hallucinations; on peut interpréter dans le même sens les observations dans lesquelles on a vu l'hallucination survenir sous l'influence d'une lésion sensorielle et disparaître ensuite, aussi bien que les cas dans lesquels le symptôme est demeuré unilatéral; il semble bien que, dans ces faits, l'excitation sensorielle ait été le phénomène initial et n'ait donné lieu qu'ultérieurement aux désordres psychiques. Ces considérations ne sont pas applicables à l'hallucination psychique, dans laquelle on ne trouve aucune trace d'éléments sensoriels (1).

*b. Délire de l'Intelligence.* — Les conceptions délirantes partielles, d'après J.-P. Falret (2), peuvent se produire en apparence spontanément et acquérir de suite leur maximum d'intensité; mais elles disparaissent alors comme elles sont venues, elles sont passagères. Plus ordinairement elles présentent une évolution dans laquelle on distingue trois périodes.

Pendant la période d'incubation, les malades se trouvent pendant un certain temps dans un état de trouble général, indéterminé; des conceptions délirantes de nature diverse se développent dans leur esprit, qui finit, après une hésitation plus ou moins longue, par se fixer sur certaines d'entre elles.

Dans la deuxième période, dite par Falret de *systematisation*, le délire est dominé par une idée maîtresse autour de laquelle viennent converger toutes les opérations intellectuelles; il accumule les preuves en sa faveur.

Dans la troisième période, le délire est stéréotypé, la conception morbide immuable, l'aliéné l'exprime incessamment dans les mêmes termes et avec les mêmes mots.

Il est très difficile de faire la part exacte de ce qui appartient à l'intelligence proprement dite dans les diverses formes de délire.

(1) Motet, art. HALLUCINATIONS du *Nouveau Dictionnaire* de Jaccoud, t. XVII. Paris, 1873. — Ball et Chambard, art. SOMNAMBULISME du *Dictionnaire encyclopédique*. — Luys, *loc. cit.*

(2) Falret, *Des maladies mentales*. Paris, 1863.

Le plus souvent, le délire repose sur une base sensorielle ou émotive, ou sur des lésions de l'activité volontaire (1).

Les hallucinations ont une part considérable dans la genèse des conceptions délirantes ; il en est de même des états émotifs, des états de joie et de tristesse, d'excitation et de dépression.

Si l'on cherche à classer les conceptions délirantes, on voit qu'on peut les partager en un petit nombre de groupes répondant à un mode d'altération de nos sentiments : « Ces différentes variétés (2) restent presque toujours identiques dans le fond ; s'il existe des différences, elles ne sont que dans la forme ; la pensée est la même, c'est le moule dans lequel elle est jetée qui diffère. » L'éducation de l'aliéné, le milieu dans lequel il a vécu, la nature de ses occupations doivent être à cet égard pris en considération, mais cette distinction n'est pas toujours permanente, et les hommes les plus instruits, lorsqu'ils arrivent à l'état de démence, délirent sous la même forme que les individus les plus grossiers.

MM. Ball et Ritti admettent huit catégories de conceptions délirantes : 1° idées de *satisfaction*, de *grandeur*, de *richesse* ; 2° idées *religieuses* ; 3° idées *érotiques* ; 4° idées de *persécution* ; 5° idées d'*humilité*, de *désespoir*, de *ruine* ; 6° idées *hypocondriaques* ; 7° idées de *transformation corporelle appliquées à l'aliéné lui-même ou aux personnes de son entourage* ; 8° idées *délirantes avec conscience*.

α. Les idées de *satisfaction*, de *grandeur* et de *richesse* peuvent être rapportées, avec MM. Ball et Ritti, à l'exagération malade de tout ce qui se rapporte à la personnalité. Les sujets qui en sont atteints s'exagèrent leur beauté, leur force, leur courage, leur talent, leur situation sociale et leur fortune ; ils se croient pape, empereur ou président de la république ; ils possèdent des trésors.

À côté de ce délire de grandeur, il faut placer cette *pseudo-mégalo-manie* que J. Cotard a décrite sous le nom de *délire d'énormité* (3), et qui est caractérisée surtout par des idées d'immortalité, d'immensité, etc. Il s'observe à une période avancée de la mélancolie anxieuse ; et alors les malades sont dans l'infini, dans les millions et les milliards, dans l'énorme et le surhumain ; leur corps n'a plus de limites, il s'étend à l'infini et fusionne avec l'univers, etc.

β. Le délire *religieux* est caractérisé, soit par des hallucinations qui font voir ou entendre la Vierge, le bon Dieu ou les anges, soit par des

(1) J. Cotard, *De l'origine psycho-motrice du délire*, in *Compte rendu du Congrès de médecine mentale*. Paris, 1890, et *Maladies cérébrales*. Paris, 1891.

(2) Ball et Ritti, *loc. cit.* — A. Maury, *Le sommeil et les rêves*. Paris, 1861.

(3) Cotard, *Ann. médico-psych.*, 1888, t. VII, p. 463, et *Mal. cérébrales*, 1891.

idées mystiques : tel malade veut mourir pour soutenir sa foi, tel autre s'imagine qu'il est Dieu ou démon.

γ. L'*érotomanie* est constituée par un amour maladif pour un être connu ou imaginaire ; l'aliéné qui en est atteint est absorbé par ce sentiment ; il entend la voix de l'objet aimé et lui adresse des paroles d'amour ; il se pare et cherche à s'embellir pour lui plaire. Cet état, purement psychique, peut ne s'accompagner d'aucune excitation génitale, et il n'a rien de commun avec le satyriasis qu'il n'est pas rare d'observer chez les aliénés.

δ. Les *persécutés* entendent des voix qui les insultent, les menacent ou les poursuivent ; ils sont en butte aux machinations de la police ou de tel ou tel personnage important, de telle ou telle société politique ; d'autres sont persécutés par des esprits invisibles. Constamment en proie à des hallucinations de l'ouïe, ils le sont rarement à des hallucinations de la vue ; ils ont, par contre, des hallucinations du goût, de l'odorat, de la sensibilité générale et de la sensibilité génitale ; les différents organes sont attaqués de mille manières, soit par des décharges électriques, soit par des procédés mystérieux, soit par des influences pernicieuses venant de l'air, de l'eau ou des aliments ; ces aliénés débent souvent par l'hypocondrie et l'évolution de leur maladie les conduit presque fatalement au délire de grandeur systématique.

ε. Les individus en proie aux idées d'*humilité*, de *désespoir*, de *ruine*, s'imaginent qu'ils sont incapables de rien faire, qu'ils sont ruinés ou déshonorés ; ils se plaignent de n'avoir plus de sentiments, de ne plus rien aimer ; ils se plaignent de sentir leur tête vide. Certains s'imaginent avoir commis des crimes atroces et s'attendent à être voués aux plus affreux supplices ; ils ont assez souvent des hallucinations de l'ouïe et de la vue ; ils entendent des voix ; ils ont devant les yeux des personnages fantastiques qui les menacent. Dans la mélancolie anxieuse, ils accusent une angoisse précordiale ; ils gémissent ; souvent ils cherchent à se tuer et se mutilent. Certains d'entre eux, comme l'a montré Cotard, ont un délire de négation et d'anéantissement ; ils nient tout ; ils n'ont ni parents ni famille ; tout est détruit ; rien n'existe plus ; ils ne sont plus rien ; ils n'ont pas d'âme ; Dieu n'existe plus. Ces malades refusent souvent toute espèce d'aliments, parce qu'ils en sont indignes, parce qu'ils ne peuvent payer, parce qu'ils n'ont pas d'estomac. Cotard a constaté que cette forme vésanique peut coexister avec une perte de vision mentale ; les sujets ne peuvent se représenter l'image de la ville qu'ils habitent, non plus que celle de leurs plus proches parents. On peut supposer qu'il y a là autre chose qu'une coïncidence fortuite et que cette perte

de la vision mentale conduit à la négation systématisée, délire qui se trouve ainsi greffé sur un trouble psycho-sensoriel (1).

ζ. Les *hypocondriaques* s'occupent exclusivement de leur santé, s'observent incessamment; ils considèrent comme morbides des sensations physiologiques; certains font fréquemment analyser leurs urines, particulièrement au point de vue de la spermatorrhée: ils s'imaginent avoir une maladie déterminée, pour laquelle ils consultent de nombreux médecins; la plupart accusent des sensations sur le trajet de l'œsophage, à l'épigastre ou dans l'hypocondre droit; à un degré plus avancé, les uns sont poursuivis par des odeurs fétides, d'autres s'imaginent qu'un animal leur ronge les entrailles, d'autres croient enfin que leurs voies digestives sont bouchées et ils refusent de manger. Les hypocondriaques sont toujours de profonds égoïstes; occupés exclusivement de leur santé, ils négligent leurs affaires et font le malheur de leurs proches qu'ils arrivent souvent à convaincre de la réalité de leurs souffrances et se transforment ainsi en *aliénés passifs*, comme le font plus fréquemment les persécutés (2).

Baillarger a décrit, en 1860, une forme de délire hypocondriaque dans laquelle les malades croient que leurs organes sont changés; que, par exemple, ils n'ont plus de bouche, ils n'ont plus de ventre, ils n'ont plus de sang, ou bien que leur pharynx est bouché, leur estomac complètement plein, leur ventre barré. Il semble à quelques-uns que les aliments qu'ils prennent sortent des voies ordinaires, qu'ils passent sous la peau et même sous les vêtements.

η. MM. Ball et Ritti entendent par idées de *transformation corporelle* cette conception délirante d'après laquelle certains malades s'imaginent qu'ils ont changé de sexe, qu'ils sont transformés en animaux et que les personnes qui les entourent ont subi cette même transformation.

Il faut en rapprocher les idées de destruction de divers organes: une maladie observée par M. Falret et Cotard (3) affirmait qu'elle n'avait plus ni cerveau, ni nerfs, ni poitrine, ni estomac, ni boyaux; il ne lui restait plus, suivant ses expressions, *que la peau et les os du corps désorganisé*; ce délire de négation s'étendait même aux idées métaphysiques qui étaient naguère l'objet de ses plus fermes croyances: elle n'avait pas d'âme; ni Dieu ni le diable n'existaient; n'ayant plus qu'un corps désorganisé, la malade n'avait pas besoin

(1) J. Cotard, *Du délire des négations* (Arch. de neurologie, 1882); *Perte de la vision mentale* (Arch. de neurol., 1884), et *Mal. cérébrales*, 1891.

(2) Lasègue et J. Falret, *De la folie à deux*; et J. Falret, *Études cliniques sur les maladies mentales*. Paris, 1890.

(3) J. Cotard, *Du délire hypocondriaque dans une forme grave de mélancolie anxieuse* (Ann. médic.-psychol., 1880), et *Mal. cérébrales*, 1891.

de manger pour vivre, elle ne pouvait mourir de mort naturelle, elle existerait éternellement à moins qu'elle ne fût brûlée, et elle a fait plusieurs tentatives pour réaliser cette fin: on trouve dans la littérature médicale plusieurs observations analogues. Ce délire hypocondriaque est différent de celui qui précède et accompagne le délire des persécutions; dans celui-ci, les organes ne sont pas détruits; dans celui-là, l'œuvre de destruction est accomplie; les organes n'existent plus: le corps entier est réduit à une apparence. A ces idées hypocondriaques, se joint fréquemment celle d'immortalité: les malades pensent que, s'ils avaient pu mourir, ils seraient morts depuis longtemps.

L'état de ces sujets se rapproche beaucoup de celui des mélancoliques anxieux: comme eux, ils sont dans un état d'anxiété et d'angoisse intense; ils gémissent, parlent sans cesse, répétant constamment les mêmes plaintes et implorant des secours; leurs idées hypocondriaques semblent n'être qu'une interprétation délirante des sensations malades qu'éprouvent les malades atteints de mélancolie anxieuse commune. Cette lypémanie se reconnaît aux caractères suivants: 1° anxiété mélancolique; 2° idées de damnation ou de possession; 3° propension au suicide et aux mutilations volontaires; 4° analgésies; 5° idées hypocondriaques de non-existence, de destruction de divers organes, du corps tout entier, de l'âme, de Dieu; 6° idée de ne pouvoir jamais mourir. (Cotard.)

θ. Il nous reste à parler des idées délirantes avec conscience. Ces idées délirantes, mieux étudiées dans ces derniers temps, ont été appelées obsessions (*Zwangsvorstellungen* des Allemands) et peuvent s'observer dans le domaine intellectuel, émotif ou instinctif. Elles ont des caractères communs, que M. J. Falret (1) a résumés ainsi qu'il suit: « 1° Elles sont toutes accompagnées de la conscience de l'état de maladie; 2° elles sont toutes héréditaires; 3° elles sont essentiellement rémittentes, périodiques et intermittentes; 4° elles ne restent pas isolées dans l'esprit, à l'état monomaniaque, mais elles se propagent à une sphère plus étendue de l'intelligence et du moral, et sont toujours accompagnées d'angoisse et d'anxiété, de lutte intérieure, d'hésitation dans la pensée et dans les actes et de symptômes physiques de nature émotive plus ou moins prononcés; 5° elles ne présentent jamais d'hallucinations; elles conservent les mêmes caractères psychiques, pendant toute la vie des individus qui en sont atteints,

(1) *Rapport sur les obsessions intellectuelles, émotives et instinctives*, in *Compte rendu du Congrès de médecine mentale*, 1890. — Voy. aussi *Traité clinique des maladies mentales*, par le Dr Schüle. Trad. franç. de Dagonet et Duhamel. Paris, 1888, p. 413, et *Séméiologie des obsessions et idées fixes*, par A. Pitres et E. Régis. Bordeaux, 1897.

malgré des alternatives fréquentes et souvent très prolongées de paroxysmes et de rémissions, et ne se transforment pas en d'autres espèces de maladies mentales; 6° elles n'aboutissent jamais à la démence; 7° dans quelques cas rares, elles peuvent se compliquer de délire de persécution ou de délire mélancolique anxieux, à une période avancée de la maladie, tout en conservant toujours leurs caractères primitifs.

Parmi ces délires obsessifs, il en est qui constituent de véritables formes de maladies mentales. MM. Ball et Ritti rangent dans cette catégorie la *folie du doute*, l'*hypocondrie morale*, l'*agoraphobie*, les *impulsions homicides avec conscience*.

Dans la *folie du doute* (Falret), les malades sont dans un état de scrupule, de crainte et d'hésitation continuelles. Ils reviennent sans cesse sur les mêmes idées et les mêmes actes, sans pouvoir jamais se convaincre et se satisfaire; ils tourmentent d'interrogations puériles et souvent absurdes les personnes qui les entourent. Très fréquemment, cet état aboutit à des craintes déterminées portant sur le contact des objets extérieurs; les malades ne touchent ni les boutons de porte, ni les pièces de monnaie sans s'être enveloppé la main, et ils se livrent à des lavages répétés, par suite de leur terreur chimérique de la malpropreté, du poison, des épingles, du verre pilé, des allumettes, de la bave de chien enragé, des chats, des souris, etc.

L'*agoraphobie* et les diverses craintes émotives analogues, *claustrophobie*, *topophobia*, etc., se rapprochent beaucoup de la folie du doute.

L'*hypocondrie morale*, bien décrite par M. J. Falret (1), consiste dans une anxiété vague et indéterminée, une disposition à voir tout en noir; les malades sont profondément découragés, ils sont au moral ce que les hypocondriaques sont au physique. Ils s'imaginent qu'ils n'ont ni sentiments affectifs, ni intelligence, ni énergie; ils appréhendent toutes sortes de malheurs et sont souvent obsédés par des impulsions qui les portent à commettre des actes violents ou à proférer des paroles obscènes.

Ces phénomènes impulsifs sont quelquefois assez intenses pour constituer le symptôme le plus saillant de la maladie: telles sont les *impulsions homicides avec conscience*. Spurzheim cite l'histoire d'un homme mélancolique qui, après avoir assisté à l'exécution d'un criminel, se sentit tout à coup dominé par un penchant irrésistible à tuer. Il conserva néanmoins la conscience nette de sa situation et la plus grande aversion pour un pareil crime. Il pleurait, avait des an-

(1) J. Falret, *Études cliniques sur les maladies mentales*. Paris, 1890, p. 507.

goisses extrêmes et exhortait ses amis à prendre garde. Il existe un grand nombre d'observations analogues. Ces malades demandent à être attachés et camisolés et quelquefois, cédant à leurs impulsions, commettent les crimes les plus horribles.

À côté de ces formes morbides, se placent certains états symptomatiques moins fréquents, tels que l'*onomatomanie*, ou recherche angoissante du mot, l'*arithmomane*, l'*écholalie*, la *coprolalie*, etc.

Les conceptions délirantes que nous avons énumérées conduisent les malades à des actes que l'on peut appeler *délirants*; ils sont alors secondaires et ne peuvent, conséquemment, suffire à caractériser le délire; quand un aliéné tue ou met le feu, il agit ordinairement sous l'influence d'un trouble intellectuel dont l'acte n'est que le résultat.

Les actes qui se manifestent sous l'empire du délire sont de nature variée. MM. Ball et Ritti mentionnent l'agitation et les cris des malades atteints de délire maniaque, l'inertie arrivant à l'immobilité complète des mélancoliques, la tendance à briser et à déchirer, la manie de collectionner, le vol, le suicide, l'homicide, l'incendie, les actes érotiques et l'appétence irrésistible pour les boissons alcooliques, l'éther, l'opium, le haschich.

Mais, dans d'autres cas, qui sont loin d'être rares, les actes ne sont point la conséquence logique du délire intellectuel, celui-ci peut même faire défaut. Les actes se produisent sous l'influence d'impulsions irrésistibles et sont en rapport avec l'altération des sentiments moraux et affectifs plutôt qu'avec celle des facultés intellectuelles.

C'est ce que l'on observe chez les aliénés dits *raisonnants*, chez les dipsomanes et en général chez les individus appartenant à la catégorie des *héréditaires dégénérés* de Morel (1). L'impulsion semble réduite à un pur automatisme dans l'épilepsie larvée.

Chez d'autres malades, la folie des actes se traduit par un état d'inertie complète. Des mélancoliques n'agissent pas parce qu'ils n'éprouvent plus aucun sentiment humain et n'ont plus aucun motif d'agir. D'autres sont dominés surtout par un sentiment d'incapacité; ils ne sont plus en état d'accomplir l'acte le plus simple; ils le voudraient, ils en sont incapables. Leur volonté semble paralysée (2). D'autres enfin voudraient agir, ils le pourraient, mais ils sentent un pouvoir extérieur qui les arrête. Les malades appartenant aux deux

(1) Morel, *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine*. Paris, 1857. — Magnan, *Étude sur les impulsions et les actes des aliénés. — Leçons sur la folie héréditaire*.

(2) Ribot, *Maladies de la volonté*.

premières catégories placent en eux-mêmes, dans leur moi proprement dit, l'origine de leur mal. Pour les malades du troisième groupe, l'empêchement vient des régions extérieures au moi : c'est le monde extérieur qu'ils accusent. Cotard (1) montre que l'on est ainsi conduit à établir une distinction entre l'aboulie dont l'origine est dans le moi et l'inhibition qui vient du non-moi (2).

## ARTICLE II. — DÉMENCE.

Ce mot sert à désigner la *perte* ou l'*affaiblissement des facultés intellectuelles*; elle est toujours *acquise* et se distingue ainsi de l'idiotie dans laquelle le trouble de l'intelligence a toujours existé. L'affaiblissement intellectuel des déments coïncide le plus souvent avec un amoindrissement de leurs facultés morales et de leur volonté.

**I. Genèse et causes.** — Il est une variété de démence qui est pour ainsi dire physiologique, nous voulons parler de celle qui survient chez certains sujets âgés; il semble que les fonctions ne s'éteignent pas simultanément dans tous les organes, et que celles de la vie végétative puissent survivre à celles de la vie de relation. On voit ainsi des sujets continuer à marcher, à manger, à faire leurs fonctions organiques quand leurs fonctions intellectuelles et affectives ont en grande partie disparu; chez un petit nombre de sujets, cette décadence est précoce, et on peut l'observer dès l'âge de soixante ans. Cette démence *senile* est *primitive*.

La *démence consécutive* peut survenir sous l'influence des diverses variétés de folie dont elle caractérise la période terminale (*démence vésanique* de Ach. Foville); elle se produit dans les cas chroniques, dans ceux où il survient de fréquentes rechutes et surtout chez les sujets qui y sont prédisposés par une influence héréditaire. Dans ce dernier cas, c'est-à-dire chez les prédisposés héréditaires, la démence est souvent *précoce*; on la voit survenir chez de jeunes sujets, de l'un et l'autre sexe, sous l'influence du surmenage ou de toute autre cause et après un accès très court de folie, sous forme de manie ou de mélancolie.

La démence est constante dans la paralysie générale, et on l'observe, d'habitude, à une époque rapprochée de la maladie.

Plusieurs névroses cérébrales peuvent également aboutir à la démence: l'épilepsie, compatible pendant longtemps avec l'intégrité des fonctions cérébrales, s'accompagne à la longue d'un affaiblisse-

(1) J. Cotard, *De l'aboulie et de l'inhibition en pathologie mentale (Revue philosophique, 1886)*, et *Études sur les maladies cérébrales*, 1891.

(2) Langlet, *De l'inhibition dans les troubles psychiques*. Thèse de Paris, 1886.

ment mental plus ou moins prononcé; il peut en être exceptionnellement de même de l'hystérie et de la chorée, si ces névroses revêtent leur forme la plus grave et sont de très longue durée.

Les lésions cérébrales donnent lieu, ordinairement, à un certain degré d'affaiblissement intellectuel; elles présentent, à cet égard, une notable différence avec les lésions du mésocéphale et du bulbe dans lesquelles l'intelligence reste intacte. Ce qui importe à cet égard est donc le siège de la lésion; celles des circonvolutions sont les plus offensives. Il faut aussi considérer l'étendue de l'altération. Quant à sa nature, elle ne paraît avoir qu'une importance secondaire; un foyer d'hémorragie, un ramollissement et une tumeur auront, à ce point de vue, la même signification s'ils ont des dimensions égales et occupent un même point du cerveau.

Il faut admettre enfin une démence par intoxication alcoolique; A. Foville y ajoute une démence par l'opium et la morphine (1); et nos propres observations concordent, à cet égard, avec les siennes.

**II. Anatomie et physiologie pathologiques.** — On peut admettre, *à priori*, dans la démence, une altération des éléments cellulaires qui sont en rapport avec l'exercice des fonctions cérébrales; cette altération peut se développer en quelque sorte spontanément, par l'*abus de la fonction*; c'est ainsi que les choses doivent se passer dans la démence sénile; on a trouvé, chez des sujets qui en étaient atteints, le cerveau atrophié. D'autres fois, l'altération des cellules coïncide avec celle des vaisseaux, des méninges et de la névroglie; il se produit une *méningo-encéphalite diffuse* (paralysie générale). Dans les cas de *lésions en foyers* ou de *tumeurs*, il s'agit le plus souvent d'une action à distance sur les cellules psychiques; ces lésions, en effet, sont circonscrites et par conséquent peu capables d'agir directement sur des éléments disséminés en différentes parties de l'encéphale. Dans l'*épilepsie*, la production de troubles nutritifs sous l'influence des désordres vasculaires qui accompagnent chaque attaque rend compte des phénomènes. Dans les *intoxications* enfin, on peut admettre une action du poison sur les cellules.

**III. Symptômes.** — Ils varient beaucoup suivant que la perte des facultés psychiques est, ou non, complète. Marcé distinguait trois périodes qui ne devaient pas nécessairement se succéder et dont chacune présentait d'importantes variétés. Le mieux nous paraît être d'indiquer les caractères des troubles intellectuels dans les différentes catégories de démence que nous avons distinguées d'après l'étiologie.

(1) Foville, art. *DÉMENCE* du *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques* de Jaccoud. Paris, 1872, t. XI.