

Parmi les idées mélancoliques se trouve fréquemment la peur de s'appauvrir (*idées de pauvreté*) ; de plus, beaucoup de malades se croient eux-mêmes la cause de leur souffrance et de tous les malheurs possibles (*idées de culpabilité*) ; ou bien encore ils croient, dans leur complet dégoût de la vie et leur désespérance, que tout est fini et que rien ne subsiste plus (*idées de négation*).

Aux idées expansives correspondent les *idées de grandeur* pouvant affecter les formes les plus variées. Certains malades croient à la possibilité de la réalisation de leurs idées ambitieuses ; l'un se figure, par exemple, être d'origine noble ; un autre qu'il est sur le point de faire une invention. Chez d'autres, les idées de grandeur dénotent un affaiblissement intellectuel total ; il s'agit alors d'idées tout à fait absurdes : le malade se croit Dieu, ou propriétaire de milliards de navires, de diamants.

Il n'est pas rare que le même malade ait à la fois des idées dépressives et expansives. Il explique lui-même parfois ces dernières, en disant qu'un homme qui a observé autant que lui, et qui a été aussi gravement persécuté, doit nécessairement être quelqu'un de particulièrement important. On a essayé, d'après la nature des idées délirantes, d'établir des formes spéciales, comme le *délire de la transformation en animaux*, le *délire érotique*, le *délire religieux*, le *délire de persécution purement physique* et même, selon l'espèce de cette dernière persécution, on a voulu distinguer encore le *délire électrique*. Cette différenciation et cette nomenclature sont complètement inutiles. Il est clair que de nouvelles impressions s'amalgament très facilement avec les idées délirantes et en établissent le fonds. Ainsi, les journaux avaient à peine parlé de la découverte des rayons X que déjà bien des aliénés s'imaginaient être influencés par eux. Il est parfaitement vrai que les idées délirantes sont, dans quelques psychoses, au premier plan du tableau clinique ; mais, dans la plupart des troubles mentaux, ces idées n'ont pas plus d'importance pathognomonique que la fièvre n'en a, par exemple, dans une affection de nature tuberculeuse.

Ce qui importe avant tout, c'est d'établir jusqu'à quel point les idées délirantes indiquent un affaiblissement intellectuel, et aussi de constater s'il s'est déjà développé un système délirant irrémédiable.

L'influence des idées délirantes sur la conduite générale

du malade est plus ou moins grande. Plus ces idées sont en rapport étroit avec l'état conesthétique, plus elles sont enracinées et systématisées, et plus aussi est intense leur empire sur les actes du malade.

Les diverses formes du *travail intellectuel* (association, reproduction et aperception d'idées) peuvent être examinées et, pour ainsi dire, scientifiquement mesurées. Dans ce but, on fait exécuter au malade une série de problèmes intellectuels de difficulté progressivement croissante. Ces diverses épreuves permettent, par la constatation de la quantité de travail accompli dans l'unité de temps, de se former facilement une idée des aptitudes du malade au travail intellectuel. Nous voyons alors qu'au cours du travail la faculté de la *production* s'accroît d'abord, ce qui est évidemment l'*effet de l'exercice* ; puis, ordinairement, au bout d'une demi-heure ou d'une heure le point culminant est atteint et la courbe redescend, par suite de *fatigue croissante*. Cette dernière est compensée surtout par le repos de la nuit, tandis que l'exercice peut encore avoir un effet consécutif pendant plusieurs jours. Dans l'idiotie congénitale, l'aptitude à l'exercice intellectuel est nulle ; elle disparaît souvent aussi dans certaines psychoses accompagnées de gâtisme ; la démence sénile, la paralysie générale, la démence juvénile sont causes de cette disparition.

L'ensemble d'idées et de sentiments qui constitue la notion du « moi » se développe chez l'enfant seulement dans le cours de la première année. Dans la plupart des psychoses, le « moi » subit dès le début un trouble profond : le malade s'occupe de sa propre personne beaucoup plus qu'à l'état normal. En même temps, les rapports entre le « moi » et le monde extérieur sont modifiés.

Les malades atteints de démence précoce deviennent de plus en plus indifférents à leur propre situation. Dans la paralysie générale et la démence sénile, l'altération de la conscience de sa propre personnalité est particulièrement profonde. Les épileptiques, en dehors des accès, ont la plupart du temps une notion bien conservée de leur personnalité ; ils ont conscience de leur affection et jusqu'à un certain point portent sur elle un jugement régulier.

## D. — TROUBLES DES SENTIMENTS AFFECTIFS

Toute sensation est accompagnée d'une note cœnesthétique qui peut être tantôt un sentiment de plaisir ou bien un sentiment de déplaisir; entre ces deux états se trouve une zone d'indifférence.

Wundt signale, en outre, dans l'ordre affectif, d'une part les sentiments de tension et de relâchement, et d'autre part les sentiments d'excitation et d'inhibition. Ces deux dernières manières d'être de l'état cœnesthétique présentent plutôt, à mon avis, une modification de l'acte de volonté et non de l'état cœnesthétique. Bien que nous ne puissions rien affirmer d'absolu au sujet des changements physiologiques qui se produisent dans l'écorce cérébrale parallèlement aux modifications de l'humeur, nous devons constater que ces changements se manifestent pourtant de la manière la plus claire par les effets qu'ils exercent [probablement par l'entremise du pneumogastrique] sur l'innervation du cœur, des vaisseaux et de la respiration. Se basant sur ces effets, on a même prétendu (Lange) que la disposition d'humeur et l'état affectif résultent des modifications survenues dans l'innervation de ces divers organes. Dans le sentiment de plaisir, le pouls est ralenti, mais plus ample; dans celui de déplaisir, il est accéléré et affaibli; dans l'état d'excitation, les pulsations sont plus fortes, et dans l'état d'inhibition elles sont plus faibles. Le sentiment de tension est accompagné d'un arrêt dans l'activité respiratoire, et celui de relâchement d'une accélération de la même fonction.

Nous désignons sous le nom d'*émotions* des phénomènes psychiques qui dérivent et se composent de sentiments affectifs. Un état durable d'associations de sentiments est ce que nous appelons *disposition d'humeur*. En particulier le sentiment intérieur de soi-même, ou la *cœnesthésie*, exprime l'état de notre humeur.

On nomme *sentiments esthétiques* des sentiments composés dans le domaine des sens de la vue et de l'ouïe.

Sous le nom d'*état émotionnel* ou *affect*, on comprend un ensemble de sentiments qui exerce sur nous un effet plus ou moins intense. Dans la normale, l'état émotionnel dépend d'abord de la disposition générale de l'humeur. Il

est subordonné ensuite à l'ensemble d'idées remplissant actuellement notre conscience.

Au point de vue pathologique, l'état émotionnel peut subir un trouble au point de vue de son *intensité*. Dans les cas de *diminution* de l'émotivité, le malade devient indifférent à l'égard de sa propre situation, envers ses proches, et, en général, pour tout ce qui jusque-là l'avait intéressé. Quand l'*état émotionnel* est au contraire *augmenté*, le malade est excité.

Ainsi, les violents accès de colère chez les épileptiques sont un exemple de cette augmentation dans l'intensité de l'état émotionnel. Les états affectifs avec dépression sont extrêmement fréquents; ils alternent parfois soit avec l'indifférence, soit avec l'humeur gaie. Certains malades demeurent longtemps sous la domination de la sphère émotionnelle. Tantôt c'est un état émotionnel gai qui accompagne toutes les idées, tantôt c'est une combinaison de sentiment triste avec de l'angoisse; souvent aussi, il s'agit d'une dépression combinée avec de l'excitation, donnant lieu à une humeur agressive. Il n'est pas rare que l'intensité de la dépression aille jusqu'au dégoût de la vie et jusqu'au suicide. L'état émotionnel gai est caractéristique pour la manie; cette note gaie est tellement forte que les malades se mettent à rire en apprenant la nouvelle de la mort de leurs proches; ils rient de leurs maux de dents, de leurs blessures. Chez les épileptiques, on trouve fréquemment un état de douce euphorie; malgré leur lamentable position, ces malades se sentent contents et satisfaits.

La *sensibilité profonde générale* est très fréquemment troublée. Les malades perdent le sentiment de la faim et bien des fois refusent toute nourriture. D'autres fois, c'est le sentiment de la satiété qui fait défaut et les malades avalent gloutonnement tout ce qui leur tombe sous la main.

Le sentiment de la *douleur* n'est pas toujours accompagné de celui de déplaisir. Des fractures, des abcès, des blessures les plus graves se produisent souvent sans que les aliénés manifestent de la douleur. Une malade montrait en riant son doigt atteint de panaris qu'elle avait ouvert elle-même. Parfois, il est vrai, quelque insensibles que semblent être les malades, il s'agit exclusivement d'une incapacité d'exprimer la douleur. Un sujet atteint de stupeur, qui, depuis des mois, n'avait plus parlé, se mit

pourtant à gémir lorsqu'on lui enleva avec la cuillère tranchante les granulations d'une plaie déterminée par une brûlure.

Dans le domaine *sexuel*, on constate parfois de l'excitation génitale dans l'idiotie, la démence précoce, au début de la paralysie générale, dans la démence sénile et dans les états maniaques. Mais souvent le sens génital est diminué et éteint; notamment, chez les hystériques, les besoins sexuels sont souvent nuls; chez les morphinistes avancés et les paralytiques généraux survient habituellement l'impuissance. Nous parlerons plus loin des impulsions sexuelles.

On constate fréquemment des *troubles du sentiment esthétique* tout à fait au début de la paralysie générale et de la démence sénile, de même que des altérations des sentiments éthiques et religieux.

#### E. — TROUBLES DE LA VOLONTÉ

Un sentiment violent peut donner lieu à un mouvement instinctif. La faim pousse à la recherche instinctive de la nourriture, la peur conduit à des mouvements instinctifs de fuite ou de résistance. Les mouvements provoqués par l'activité des muscles sont tantôt *automatiques*, tantôt *instinctifs*, tantôt *volontaires* ou *spontanés*. Les *mouvements automatiques* ne sont pas accompagnés de phénomènes de la conscience. Ce sont, ou bien des *mouvements réflexes*, comme dans la contraction du quadriceps, qui se produit quand on frappe sur le tendon rotulien; ou bien des *mouvements simultanés* ou *concomitants*, dans lesquels l'excitation motrice due à un réflexe ou à un acte volontaire s'étend sur d'autres nerfs moteurs. Ainsi, par exemple, la compression de la mâchoire accompagnant un fort serrement de main est un mouvement dit *simultané*. Sont également des phénomènes moteurs concomitants ces légers mouvements des muscles de la face ou d'une autre région du corps qui, même chez l'homme normal, accompagnent certaines idées. Les *mouvements instinctifs* sont des actes correspondant à un sentiment isolé, tandis que les *mouvements volontaires* sont le résultat d'un conflit de plusieurs sentiments. La distinction entre ces diverses sortes de mouvements n'est pas toujours réalisable d'une manière précise. Par exemple, le mouvement respiratoire

se fait généralement d'une façon réflexe; il varie sous l'influence des émotions, mais il peut être accéléré ou ralenti par la volonté. D'un acte d'abord volontaire peut sortir un mouvement plus ou moins réflexe, par suite de l'exercice continu. Ainsi, chez un pianiste bien entraîné, les mouvements des doigts s'accomplissent d'une façon inconsciente.

La volonté subit chez les aliénés divers troubles. En premier lieu, il faut indiquer l'*excitation* de cette faculté qui est un symptôme extrêmement fréquent. Cette excitation se montre, dans bien des cas, accompagnée d'un trouble correspondant dans l'association des idées. Ainsi, dans la manie, l'excitation de la volonté se produit en même temps que la fuite des idées. Sous l'influence de cette excitation, le malade devient *irritable* et très *versatile dans ses réactions*. Chaque nouvelle émotion est pour lui une occasion d'excitation plus forte, tandis qu'en écartant toute impression nouvelle on calme plus ou moins le sujet.

Dans cet état d'excitation de la volonté, les malades ont toujours quelque chose à faire; ce sont des actes par lesquels ils arrivent à décharger leur besoin de mouvement. Ce qui prouve que cette surexcitation n'est nullement une conséquence de la fuite des idées ou d'une mauvaise disposition d'humeur, c'est qu'il n'est pas rare de la trouver, chez ces malades, combinée avec un ralentissement de la pensée et avec de la dépression.

Chez un autre groupe de malades nous trouvons, au lieu de ce *besoin d'activité*, une excitation d'ordre automatique aboutissant à une décharge impulsive des fonctions motrices. Les malades atteints de démence précoce à forme catatonique présentent souvent des mouvements uniformes: ils inclinent la tête, remuent les bras, courent en tournant en cercle. Il en est qui s'agitent avec fureur, qui, tout en ne quittant pas leur lit, sautent en l'air, s'arrachent la chemise et se blessent. Chez beaucoup de malades, l'excitation va de pair avec des illusions et des hallucinations, bien qu'il ne soit pas facile de se prononcer d'une manière précise sur l'action réciproque de ces deux phénomènes. Chez beaucoup d'alcooliques, ce besoin d'agitation est certainement tout aussi primitif que les troubles sensoriels, puisque nous constatons déjà assez souvent cette activité malade chez le buveur qui n'a pas

d'hallucinations. Quoi qu'il en soit, les troubles sensoriels conduisent fréquemment à des actes déterminés, par exemple à fuir, à chercher à attraper des insectes ou des souris. Ce qu'on peut dire, c'est que l'excitation motrice peut dépendre d'une émotion violente, comme cela se passe parfois dans la mélancolie. Ainsi, une femme fortement déprimée cria sans relâche pendant des mois si violemment qu'on l'entendait au loin, dans la rue. Les états d'excitation furibonde des épileptiques paraissent assez souvent se produire automatiquement, sans aucune participation de la conscience. En tout cas, il y a ordinairement, à la suite de l'excitation, de l'amnésie. Une légère excitation s'observe souvent chez les déments séniles. Chez les hystériques, le besoin d'activité et d'entreprises diverses dépend souvent de leurs conceptions délirantes.

Par opposition à cette excitation, il n'est pas rare de trouver une *diminution* plus ou moins accusée de la *psychomotilité* ou de la volonté. Quand ce symptôme est très développé, il peut se produire une impossibilité presque absolue de réagir, bien que les yeux ouverts du malade ou quelques faibles mouvements qu'il essaye d'accomplir prouvent qu'il n'est pas inconscient. Cette impuissance de mouvement, cette immobilité, est ce qu'on appelle la *stupeur*. Une partie de ces cas s'explique par l'indifférence et l'absence d'intérêt pour les impressions du monde extérieur; par conséquent, on peut les considérer comme résultant de la faiblesse d'aperception. Dans d'autres cas, toute l'attention du malade est accaparée par les troubles sensoriels, par exemple par les voix, ce qui fait que d'autres excitations n'ont aucune influence sur lui. En pareil cas, il s'agit de ce qu'on nomme la *pseudo-stupeur*. Cependant, la plupart du temps, il s'agit dans ces cas d'un véritable trouble de la volonté.

En opposition avec le besoin d'activité du maniaque, nous trouvons l'*arrêt psychomoteur* accompagné d'ordinaire d'un sentiment de profonde dépression. C'est la *stupeur mélancolique*. Quelquefois, cet arrêt psychomoteur coïncide avec un état affectif gai, ce qui constitue la *stupeur maniaque*. Il s'agit en pareils cas d'un ralentissement de tous les mouvements. Les malades parlent à voix basse et lentement; ils hésitent en écrivant; parfois ils s'arrêtent tout court dans leur marche, puis recommencent et n'avancent que péniblement. Leur démarche est lourde,

les pas sont petits; ordinairement, le malade refuse de se lever et reste des semaines ou des mois au lit. Il faut le forcer à parler, à manger, souvent même à aller à la garde-robe.

Chez les catatoniques, on constate une autre forme de stupeur. Chez eux, l'absence de réactions motrices est souvent encore plus grande. Tandis que dans la forme d'arrêt psychomoteur on peut encore constater l'existence d'une réaction, quelque lente qu'elle soit, ici elle est quelquefois complètement absente ou bien se produit d'une façon mal appropriée au but. Souvent les malades ne clignent même pas quand on approche de leur œil une pointe d'aiguille. Parfois on réussit, à force d'insistances, d'encouragements, de sommations, à provoquer une réaction, mais elle n'est que fugitive et se dissipe rapidement. Si un malade à l'état de stupeur doit compter de 1 à 20, il récite les nombres lentement et en hésitant. Mais un catatonique en stupeur commence par ne pas réagir du tout, et puis, à la sixième ou huitième invitation, se met à réciter rapidement toute la série des nombres demandés. Kraepelin a donné le nom de *barrière de la volonté* à ce trouble, dans lequel le mouvement initial est pénible, tandis que la suite de l'acte s'opère facilement. On trouve dans la *stupeur catatonique* les symptômes du *négativisme* et de l'*automatisme passif*, dont nous allons avoir à parler. Dans la stupeur avec *négativisme*, les muscles sont si fortement tendus que les bras et les jambes sont raides comme des planches et qu'aucune force ne peut arriver à les ployer; parfois survient dans ces cas une cyanose des extrémités et du visage. La distinction entre les formes de la stupeur avec arrêt de la volonté et celles de la stupeur avec interception de la volonté est très importante au point de vue du pronostic: dans le premier cas on peut espérer la guérison de l'accès, tandis que chez le catatonique on doit craindre la chronicité, l'incurabilité.

Dans la paralysie générale et la démence sénile, on constate parfois des états de stupeur accompagnés de troubles de la conscience. Dans l'hystérie ou l'épilepsie, des états d'impuissance de réaction ou de stupeur ne sont point rares également.

L'excitation et la stupeur sont des états qui peuvent s'observer chez le même malade. Ainsi, dans la catatonie, par exemple, on observe fréquemment aussi bien de l'exci-

tation impulsive que de l'interception de la volonté. De même, dans les états d'excitation alternant avec la dépression, la psychomotilité du malade oscille et passe du besoin d'activité à l'arrêt de la volonté. Dans l'intoxication par l'alcool, il survient d'abord une phase d'excitation,



Fig. 5. — Femme neurasthénique, non aliénée, plongée dans le sommeil hypnotique.

puis une phase de paralysie; les choses se passent de même dans l'intoxication aiguë par le chloroforme, l'éther, le chloral. Une intoxication chronique par l'alcool, la morphine et la cocaïne produit un affaiblissement profond de la volonté. Chez certains malades, nous trouvons en même temps une augmentation et une diminution de la psychomotilité: diminution, par exemple, pour la fonction motrice du langage et surexcitation pour toutes les autres fonctions motrices.

Une autre forme de trouble de la volonté consiste dans la *suggestibilité* plus ou moins prononcée qu'on retrouve facilement chez les débiles, les alcooliques, les malades sous le coup d'états émotionnels violents ou de conceptions délirantes accompagnées ou non de troubles sensoriels.

Une augmentation de la suggestibilité existe surtout dans les états d'*hypnose*. Chez un grand nombre de sujets on peut, en écartant toute excitation extérieure et en insistant auprès d'eux, à l'aide d'exhortations pressantes, provoquer l'idée de s'endormir. La figure 5 montre une

femme plongée de cette façon dans le sommeil hypnotique. Dans ces conditions, la volonté se relâche et il n'entre dans la conscience du sujet en expérience que les idées éveillées par l'opérateur.

Chez quelques hypnotisés, la période de *somnolence*, pendant laquelle le sujet peut, par sa propre volonté,



Fig. 6 et 7. — Deux jeunes filles, non aliénées, mises en catalepsie par suggestion hypnotique.

se soustraire à la suggestion et refuser de s'endormir, est suivie d'une phase de *sommeil* plus ou moins profond pendant lequel on peut lui suggérer des idées, des troubles de la sensibilité, des actes même. C'est ce qui constitue l'*automatisme par suggestion*. Le sujet hypnotisé peut être mis à l'état de *catalepsie*, c'est-à-dire que ses membres demeurent dans toute position où ils ont été mis par l'expérimentateur, ainsi que le représentent les figures 6, 7 et 8. Il accomplit, en outre, par ordre, divers actes et mange, par exemple, des pommes de terre, persuadé que ce sont des