

térales ou unilatérales; elles peuvent être ou non 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 (hallucinations hypnagogiques) (1). La présence des illusions et des hallucinations joue, 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) (2).

*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'écorce 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 (3) 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 (4); M. Ball enfin, dans une conception plus générale, admet qu'il n'est pas un seul point des

(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). — Maury, *Des hallucinations hypnagogiques ou des erreurs des sens dans l'état intermédiaire entre la veille et le sommeil* (Ann. méd. psychol., 1847).

(2) Luys, loc. cit.

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

(4) Luys, loc. cit.

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 particulièrement ceux qu'ont constatés M. Binet et Féré (1) 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 démontré (2) 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 (3). 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 perception 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

(1) Binet et Féré, *La théorie physiol. de l'hallucination* (Rev. des cours scientif., 1885).

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

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

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).

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 en première ligne 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. Joly 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, Schule a trouvé à

(1) Guépin, *Etude philosophique sur l'œil et la vision*, cité par Schule.

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

l'autopsie une lésion de l'oreille moyenne correspondante; depuis lors, M. Régis (1) 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 (2) 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, M. 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; M. Baillarger leur assigne pour causes, 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

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

(2) Meynert, *Viertel Jahrsch. f. Psych.*, 1867.

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).

Après le délire des sensations, nous devons étudier celui de l'*intelligence*.

Le développement des conceptions délirantes partielles a été bien étudié par J. P. Falret (2). Elles 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 *systématisation*, 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.

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

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

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

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

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 (1) 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 *hypochondriaques* ;

7° Idées de *transformation corporelle appliquées à l'aliéné lui-même ou aux personnes de son entourage* ;

8° Idées *délirantes avec conscience*.

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.

Le délire *religieux* est caractérisé, soit par des hallucinations qu'on voit ou entendre la Vierge, le bon Dieu ou les anges, soit par des

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

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

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.

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 très 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 débutent souvent par l'hypochondrie et l'évolution de leur maladie les conduit presque fatalement au délire de grandeur systématique.

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 ou 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 M. 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. M. Cotard a constaté que cette forme vésanique peut coexister avec une perte de la 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).

Les *hypochondriaques* 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'hypochondre 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 hypochondriaques 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 transforment ainsi en *aliénés passifs*, comme le font plus fréquemment les persécutés (2).

M. Baillarger a décrit en 1860 une forme de délire hypochondriaque 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 ou même sous les vêtements.

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 malade observée par MM. Falret et Cotard (3) affirmait qu'elle n'avait plus ni cerveau, ni nerfs, ni poitrine, ni estomac, ni boyaux;

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

(2) Lasègue et J. Falret, *De la folie à deux*.

(3) J. Cotard, *Du délire hypochondriaque dans une forme grave de mélancolie anxieuse* (Ann. méd. psychol., 1880.)

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 de manger pour vivre, elle ne pouvait mourir de mort naturelle, elle existerait éternellement à moins qu'elle ne fut brûlée, et elle a fait plusieurs tentatives pour réaliser cette fin; on trouve dans la littérature médicale plusieurs observations analogues. Ce délire hypochondriaque est très 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 hypochondriaques, 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 hypochondriaques 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 hypochondriaques de non-existence, de destruction de divers organes, du corps tout entier, de l'âme, de Dieu; 6° idée de ne pouvoir jamais mourir (1).

Il nous reste à parler des idées délirantes avec conscience. MM. Ball et Ritti rangent dans cette catégorie la *folie du doute*, l'*hypochondrie 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

(1) J. Cotard, *loc. cit.*

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*, *topophobie*, etc., se rapprochent beaucoup de la folie du doute.

L'*hypochondrie morale*, bien décrite par M. J. Falret, 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 hypochondriaques 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*. MM. Ball et Ritti citent, d'après Spurzheim, 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 angoisses 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.

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 haschish.

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 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. M. Cotard (3) 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 (4).

#### ARTICLE II — DE LA 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.

#### § 1. — Genèse et causes.

Il est une variété de démence qui est pour ainsi dire physiologique,

(1) Magnan, *Étude sur les impulsions et les actes des aliénés. — Leçons sur la folie héréditaire.*

(2) Billod, *Maladies de la volonté.*

(3) J. Cotard, *De l'aboulie et de l'inhibition en pathologie mentale (Revue philosophique, 1886).*

(4) Langley, *De l'inhibition dans les troubles psychiques.* Thèse de Paris, 1866.

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 60 ans. Cette démence *sénile* 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.

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

Plusieurs névroses cérébrales peuvent également aboutir à la démence. Nous mentionnerons, en première ligne, l'épilepsie: compatible pendant longtemps avec l'intégrité des fonctions cérébrales, elle s'accompagne à la longue d'un affaiblissement mental plus ou moins prononcé; il peut en être exceptionnellement de même de l'hystérie et de la chorée; il faut pour cela que ces névroses revêtent leur forme la plus grave et soient de très longue durée.

Les lésions cérébrales donnent lieu, le plus ordinairement, à un certain degré de débilité intellectuelle; 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; M. A. Foville y ajoute une démence par l'opium et la morphine (1) et nos propres observations concordent, à cet égard, avec les siennes.

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