

D'autres semblent particulièrement attirés par certains objets : un médecin déroba les montres de ses malades, qu'il collectionnait avec soin; nous avons connu un homme des plus estimables, mais affecté de tares dégénératives manifestes, qui, dans ses visites, emportait tous les livres qui lui tombaient sous la main. Legrain cite le cas de deux malades dont l'un s'appropriait les couverts et l'autre le couvert qu'on mettait devant lui quand il dînait en ville.

Il ne faut pas confondre le kleptomane avec le fou moral qui vole en vertu de ses instincts pervers. Celui-ci obéit à un penchant vicieux habituel et permanent, et s'y abandonne volontiers; celui-là cède à une obsession morbide intermittente contre laquelle il lutte. Il s'en afflige et ne succombe qu'avec regret comme sous la force d'une puissance supérieure plus forte que la volonté.

Signalons seulement pour mémoire l'*oniomanie*, ou impulsion morbide aux achats, et l'impulsion morbide *au jeu* (manie du jeu). A. Legrain⁽¹⁾ a rapporté des exemples intéressants de ces troubles.

Pyromanie (monomanie incendiaire d'Esquirol). — La pyromanie est l'impulsion à l'incendie. Il importe de remarquer que tous les aliénés qui mettent le feu ne sont pas des pyromanes, il en est qui le font sous l'influence de conceptions délirantes ou de perversions sensorielles. Les vrais pyromanes, au contraire, sont de simples impulsifs. « Il est des faits, dit Esquirol, qui démontrent que quelques incendiaires sont mus par une impulsion instinctive indépendante de leur volonté. » La chose semble hors de doute, quoi qu'aient pensé certains auteurs, Lasègue notamment; quelques-unes des observations rapportées par Marc⁽²⁾ suffiraient à l'établir. On est généralement d'accord à reconnaître que la pyromanie se manifeste particulièrement au-dessous de vingt ans, vers l'époque de la puberté, et qu'elle est plus commune chez la femme que chez l'homme. Les exemples rapportés par M. Marandon de Montyel⁽³⁾ cependant sont tous, sauf un, relatifs au sexe masculin. Des faits réunis par cet auteur il résulte que la pyromanie s'observe surtout à la campagne; les incendies sont souvent multiples; le pyromane s'attaque particulièrement aux matières facilement inflammables (meules de foin, etc.); après l'acte commis, il éprouve le soulagement qu'ont tous les impulsifs une fois l'impulsion satisfaite : il s'empresse de porter secours. Si sa culpabilité est soupçonnée, il nie son crime et invente des mensonges pour détourner les soupçons, comme un coupable vulgaire. Les pyromanes sont fréquemment des faibles d'esprit⁽⁴⁾.

Impulsion au suicide⁽⁵⁾. — Elle est assez fréquente et a frappé depuis long-

(1) LEGRAIN. *Du délire chez les dégénérés*. Thèse de Paris, 1886.

(2) MARC. *Pyromanie*. *Ann. de méd. légale et d'hygiène publique*, Paris, 1855. — Voir aussi : LEGRAND DU SAULLE. *De la monomanie impulsive*. Thèse de Paris, 1856.

(3) MARANDON DE MONTYEL. *Du diagnostic médico-légal de la pyromanie par l'examen indirect*. *Arch. de neurol.*, janvier 1887. — Consulter également : MOTET. *Art. PYROMANIE*, *Dict. Jaccoud*, 1881. — ROUSSEAU. *Contribution à l'étude de la monomanie incendiaire*. *Ann. méd. psych.*, 1881. — A. VIGOUROUX. *Obsession et impulsion pyromaniaque chez une dégénérée hystérique*. *Ann. méd. psych.*, 1897.

(4) MARCO. *La puberté. Les rapports de la puberté avec le crime et la folie*. Congrès de l'anthrop. crimin. de Genève, 1896.

(5) FALRET. *De l'hypocondrie et du suicide*. Paris, 1822. — P. LUCAS. *De l'imitation contagieuse ou de la propagation sympathique des névroses et des monomanies*. Paris, 1855. — CAZAUVIEHL. *Du suicide, de l'aliénation mentale, et des crimes contre les personnes*. Paris, 1840. — MARC. *De la folie considérée dans ses rapports avec les questions médico-judiciaires*, 1840. — ETOC-DEMAZY. *Recherches statistiques sur le suicide*. Paris, 1844. — BRIERRE DE BOISMONT. *Du suicide et de la folie du suicide*. Paris, 1856. — LEGRAND DU SAULLE. *La folie devant les tribunaux*. Paris, 1864. — P. MOREAU DE TOURS. *De la contagion du suicide à propos de l'épidémie actuelle*. Paris, 1875; art. SUICIDE du *Nouveau Dict. de méd. et de chir. pratiques*,

temps l'attention des observateurs. Voltaire avait relevé comme une particularité curieuse et étrange la tendance au suicide sévissant sur plusieurs membres d'une même famille aux diverses générations. Il ne s'agit pas ici, bien entendu, du suicide qui, chez certains mélancoliques ou persécutés, est la conséquence en quelque sorte logique des idées délirantes, mais de la tendance pathologique, impulsive, à se donner la mort. Les malades qui en sont affectés obéissent à une sorte de fatalité inéluctable qui les pousse⁽¹⁾ : ils ne se suicident pas par horreur raisonnée de la vie, mais ils cèdent à une impulsion morbide qui souvent se retrouve avec les mêmes caractères chez les ascendants. Il ne servirait de rien d'accumuler ici les exemples de cet ordre de faits, qui ne sont pas rares dans la science. J'en citerai seulement deux. Le premier est emprunté à Baillarger⁽²⁾. Cet auteur cite le passage suivant d'une lettre qui lui fut adressée par un ancien condisciple pour lui recommander une dame atteinte de mélancolie : « J'ai appris hier, disait l'auteur de la lettre, une chose qui peut-être a été la cause de l'état où se trouve la malade. Il paraît que le surlendemain du mariage de cette jeune femme, sa mère a voulu se pendre, et que c'est la malade elle-même qui l'a trouvée et qui a coupé la corde. Cet acte de désespoir de la mère n'a rien qui doive surprendre, car depuis un siècle la monomanie du suicide sévit dans la famille. Ainsi, le grand-père de la mère s'est jeté à l'eau, le père s'est pendu, deux sœurs de la mère se sont jetées dans leur puits, une autre sœur est morte folle, les autres parents, du côté de la mère, ont eu la tête plus ou moins dérangée. » Cette observation prouve à la fois l'hérédité de l'impulsion au suicide, et la parenté de cette impulsion avec les autres maladies mentales. Le fait rapporté par Maccabruni⁽³⁾ n'est pas moins curieux; il est relatif à une famille dans laquelle le père, deux fils et une fille, enfin un petit-fils, se sont donné la mort. Un troisième fils a eu des impulsions au suicide, mais y a résisté. Les quatre hommes se sont suicidés d'un coup de pistolet et avec le même pistolet; la fille s'est empoisonnée par le phosphore.

Une particularité souvent relevée, c'est que, dans les cas où l'impulsion irrésistible est héréditaire, elle se produit au même âge chez les divers individus de la famille.

Impulsion à l'homicide. — L'impulsion homicide est moins fréquente que l'impulsion au suicide. Néanmoins il en existe de nombreux cas dans la science. On en trouve de très caractéristiques dans le livre de Marc⁽⁴⁾. Il faut distinguer

1885. — MESNIER. *Du suicide dans l'armée*. Thèse de Lyon, 1881. — LEGOYT. *Le suicide ancien et moderne*. Paris, 1881. — RITTI. *Art. SUICIDE* du *Dict. encycl. des sc. méd.*, 1884. — MAGNAN. *Trib. méd.*, 1881. — CARRIER. *Contribution à l'étude des obsessions et des impulsions à l'homicide et au suicide*. Thèse de Paris, 1900.

(1) MARANDON DE MONTYEL. *Du passage à l'acte dans l'obsession impulsive au suicide*. *Gaz. des hôp.*, 15 mars 1904.

(2) BAILLARGER. *Annotations du Traité de Griesinger*, p. 505.

(3) MACCABRUNI. *Arch. di Psichiatria*, 1885, rapporté par DEJERINE, in *Thèse sur l'hérédité dans les maladies du système nerveux*. Paris, 1885, p. 66.

(4) MARC. *De la folie considérée dans ses rapports avec les questions médico-judiciaires*, 1840, t. II. — GRATIOT. *Observation communiquée par Baillarger*. *Ann. méd. psych.*, 1846. — FOVILLE. *Folie instinctive*. *Art du Dict. Jaccoud*, 1872. — M. H. MANING. *Folie morale, cas de manie homicide*. *The Journ. of ment. sc.*, 1882. — AUBRY. *La contagion du meurtre*, 1887. — TAMBURINI et SEPELLI. *Rivist. sperim. di freniat. e med. leg.*, 1882. — MAGNAN. *L'obsession criminelle morbide*. Congrès de Bruxelles, 1892. — VALLON. *Obsession homicide*. *Ann. méd. psych.*, 1896. — CARRIER. *Ouvrage cité*. — PITRES et RÉGIS. *Ouvrage cité*. — ARNAUD. *Ouvrage cité*. — WIGLESWORTH. *Case of murder, the result of pure homicidal impulse*. *The Journ. of ment. sc.*, 1900.

avec soin la tendance impulsive au meurtre de celle que manifestent certains aliénés, épileptiques, alcooliques ou persécutés, que leurs conceptions délirantes ou leurs hallucinations portent à frapper et à tuer. Dans le cas que nous envisageons ici, l'idée homicide surgit d'une façon plus ou moins brusque, comme les autres idées obsédantes dont nous avons parlé. C'est souvent à l'époque de la puberté, ou chez la femme au moment des règles. Quoi qu'il en soit, cette idée apparaît par accès et s'impose puissamment à l'esprit qui lutte contre elle avec plus ou moins de succès. Tantôt la résistance, bien que pénible, est relativement facile : tout se borne à une obsession angoissante qui n'arrive pas à subjuguier la volonté. D'autres fois la lutte est plus vive et le malade ne parvient qu'avec peine et au prix de douloureux efforts à vaincre sa tendance malade. On connaît le cas de la servante de M. de Humboldt cité un peu partout; celui de Glénadel, rapporté par Calmeil, est des plus remarquables. « Je vous dois tout, disait-il un jour à sa mère, qui le voyant sombre et taciturne, le pressait de questions; je vous aime de toute mon âme; cependant depuis quelques jours une idée incessante me pousse à vous tuer. Empêchez que, vaincu à la fin, un si grand malheur ne s'accomplisse, permettez-moi de m'engager. » Plus tard, son admission dans un asile d'aliénés ayant été obtenue, il écrivait au directeur de la maison : « Monsieur, je vais entrer dans votre maison, je m'y conduirai comme au régiment. On me croira guéri; par moments je pourrai feindre de l'être. Ne me croyez jamais; je ne dois plus sortir sous aucun prétexte. Quand je solliciterai mon élargissement, redoublez de surveillance, je n'userais de cette liberté que pour commettre un crime qui me fait horreur. » Une femme que j'observais récemment est prise de temps en temps du violent désir de tuer son mari, que pourtant elle adore. L'impulsion revient par accès, qui apparaissent toujours vers 5 heures de l'après-midi; elle s'accompagne de palpitations et d'angoisse et ne disparaît qu'au moment où la malade s'endort. Ces accès se montrent surtout en été; la vue des instruments pointus, des couteaux, les ramène. On trouve dans ce cas les caractères les plus ordinaires de l'impulsion homicide, qui est intermittente, apparaît par paroxysmes souvent provoqués par la vue des instruments tranchants, et vise souvent les personnes pour lesquelles les malades ont le plus d'affection.

Dans quelques cas, l'obsession est plus forte que la volonté et le patient s'y abandonne : l'histoire d'Henriette Cornier, condamnée aux travaux forcés malgré un rapport d'Adelon, Esquirol et Leveillé concluant à la monomanie homicide; celle de Papavoine qui, en 1825, tua, sous l'influence d'une impulsion morbide, deux enfants au bois de Vincennes, sont bien connues. Celle plus récente de Thouviot, l'assassin d'une fille de brasserie de la rue Cujas, est une des plus instructives qui aient été publiées⁽¹⁾.

Ce qui caractérise l'homicide impulsif, c'est l'absence de tout motif susceptible de l'expliquer, c'est la pleine conscience de l'auteur au moment de l'accomplissement de l'acte. Celui-ci n'obéit à aucun des mobiles qui expliquent d'ordinaire le meurtre, il n'agit pas sous l'influence d'un rêve comme l'épileptique, d'une hallucination comme l'alcoolique, d'une conception délirante comme le persécuté; il obéit à une impulsion malade et dont il voit toute l'horreur, mais qu'il est impuissant à dominer.

d. LES HALLUCINATIONS CHEZ LES OBSÉDÉS ET LES OBSESSIONS HALLUCINATOIRES.

(1) LEGRAND DU SAULLE. *Étude médico-légale sur les épileptiques*. Paris, 1877, p. 165.

— J. Falret, après Morel, soutenait que les obsédés n'ont jamais d'hallucinations. Ce fait, vrai en général, n'est cependant pas constant. Certains obsédés, en effet, ont ce qu'on a appelé des hallucinations *représentatives* (Stefani, Séglas, Catsaras); ce sont le plus souvent des hallucinations visuelles qui leur représentent l'objet de leur obsession, quelquefois des hallucinations auditives qui en complètent l'image. D'autrefois, l'hallucination est primitive. Il s'agit alors d'hallucinations auditives qui constituent une véritable variété d'obsession consciente, l'obsession hallucinatoire⁽¹⁾.

e. ABOULIE⁽²⁾. — Sous ce titre nous désignons l'impuissance à vouloir, à se déterminer à l'acte et à l'exécuter, bien que l'intelligence conçoive l'acte à accomplir et que le sujet ait le désir de le réaliser. « Les malades, dit Guislain⁽³⁾, savent vouloir intérieurement, mentalement, selon les exigences de la raison. Ils peuvent éprouver le désir de faire, mais ils sont impuissants à faire convenablement. Il y a au fond de leur entendement une impossibilité. Ils voudraient travailler et ils ne peuvent. Leur volonté ne peut franchir certaines limites : on dirait que cette force d'action subit un arrêt : le *je veux* ne se transforme pas en volonté impulsive, en détermination active. Des malades s'étonnent eux-mêmes de l'impuissance dont est frappée leur volonté. » Cette impuissance se retrouve chez la plupart des obsédés; les douteurs, les agoraphobes, les basophobes, sans parler des autres, en sont affectés à un degré plus ou moins accusé. Les impulsifs eux-mêmes, chez lesquels la volonté semble incapable de se maîtriser dans une certaine direction, n'en sont pas exempts. Si nous décrivons à part l'aboulie, ce n'est donc pas parce qu'elle s'isole des autres syndromes : elle s'associe à eux au contraire et fait en réalité partie intégrante du fond mental dont ces syndromes sont la manifestation. Mais, dans quelques cas, elle est le trouble prédominant et acquiert en apparence une certaine indépendance clinique : l'étude de ces cas est particulièrement propre à mettre en relief les caractères de l'aboulie.

L'aboulie est générale ou partielle (aboulie *systématisée*). Dans le premier cas, les malades sont impuissants à accomplir les actes banals de la vie quotidienne. Ils mettent à s'habiller des heures entières; passer un jupon, mettre un corsage, se peigner, se laver, deviennent des actes pénibles qui ne sont réalisés qu'au prix d'efforts considérables. Ce n'est pas le mouvement lui-même en tant qu'action musculaire qui est pénible : l'aboulique contracte parfaitement ses muscles, fort différent en cela du paralytique; c'est la décision qui est difficile et peut-être la conception de la série de mouvements coordonnés qu'exige l'accomplissement d'un acte donné. Il est remarquable en effet que les actes les plus laborieux sont d'ordinaire ceux qui, à quelque égard, sont nouveaux pour le malade. Celui-ci aura moins de peine à saisir sur la table un objet dont il a coutume de se servir qu'un autre qui lui sera présenté pour la première fois. Et c'est peut-être parce que tous les actes n'exigent pas du malade la même

(1) G. BALLEZ. *Soc. méd. psych.*, novembre 1887 et *Bullet. méd.*, 27 juin 1900. — SÉGLAS. *Ann. méd. psych.*, 1892 et *Soc. clin.*, 1895.

(2) FALRET. La folie raisonnante. *Soc. méd. psych.*, 1866. — PAULHAN. *L'activité mentale et les éléments de l'esprit*. Paris, 1889. — P. JANET. Étude sur un cas d'aboulie et d'idées fixes. *Revue philos.*, 1891; État mental des hystériques. *Bibl. Charcot-Debove*. — RAYMOND et ARNAUD. Sur certains cas d'aboulie, etc..., *Ann. méd. psych.*, 1892. — RIVIÈRE. *Contribution à l'étude clinique des abouliques*. Thèse de Bordeaux, 1891. — F. RAYMOND et P. JANET. *Névroses et idées fixes*, 1898. — Ouvrages déjà cités de Carrier, de Pitres et Régis, d'Arnaud.

(3) GUISLAIN. *Leçons orales sur les phrénopathies*, t. I.

somme de petits efforts imprévus que l'aboulie, dans quelques cas, apparaît comme *partielle* et ne se manifeste qu'à l'occasion de certaines actions spéciales. Pour l'un, l'acte difficile consistera à se peigner; pour l'autre, à signer son nom; pour un troisième, à se lever d'un siège ou à monter un escalier (*ananastasié* et *ananabasié* de Régis). En fait l'aboulie est toujours plus ou moins générale.

On ne saurait donner une meilleure idée de ce trouble qu'en en citant quelques exemples. Un homme, dont le cas est rapporté par Benett, « essayait souvent de se déshabiller et restait deux heures avant de pouvoir tirer son habit. Toutes ses facultés mentales sauf la volition étaient parfaites. Un jour il demanda un verre d'eau; on le lui présenta sur un plateau, mais il ne pouvait le prendre, quoiqu'il le désirât, et il laissa le domestique debout devant lui pendant une demi-heure avant de pouvoir surmonter cet état. » Un autre, dont Billod a rapporté la très curieuse observation, devait, avant de s'embarquer à Marseille pour un voyage, faire une procuration pour autoriser sa femme à vendre une maison. « Il la rédige lui-même, la transcrit sur papier timbré et s'apprête à la signer, lorsque surgit un obstacle sur lequel nous étions loin de compter. Après avoir écrit son nom, il lui est de toute impossibilité de parapher. C'est en vain que le malade lutte contre cette difficulté. Cent fois au moins, il fait exécuter à sa main, au-dessus de la feuille de papier, les mouvements nécessaires à cette exécution, ce qui prouve bien que l'obstacle n'est pas dans la main; cent fois sa volonté rétive ne peut ordonner à ses doigts d'appliquer la plume sur le papier. M. P. sue sang et eau, il se lève avec impatience, frappe la terre du pied, puis se rassied et fait de nouvelles tentatives: la plume ne peut toujours pas s'appliquer sur le papier ⁽¹⁾. »

Comment doit-on psychologiquement interpréter les faits d'aboulie? Ribot incline à penser que ce symptôme résulte d'un affaiblissement de la sensibilité lié à la dépression des actions vitales: si les malades ne peuvent pas vouloir, « c'est que tous les projets qu'ils conçoivent n'éveillent en eux que des désirs faibles, insuffisants pour les pousser à l'action ». D'après P. Janet ⁽²⁾, l'aboulie serait plutôt le fait d'une déficience intellectuelle. Pour que l'esprit veuille un acte et l'exécute avec décision, il est nécessaire qu'il ait la notion nette et complète de la série des actions partielles que l'accomplissement de cet acte exige: il doit *synthétiser* ces actions partielles ou plutôt les images qui les représentent. Cette faculté de synthèse serait diminuée chez les abouliques, « par suite d'une sorte d'abaissement de la tension psychologique », d'où la difficulté de réaliser certains actes encore bien que l'intelligence en ait la notion générale. Voilà pourquoi l'aboulie se manifesterait moins quand il s'agit d'accomplir des actes automatiques ou des actes anciens dont le sujet a l'habitude que lorsqu'il faut exécuter un acte nouveau à quelque égard et qui exige la mise en jeu de la faculté de synthèse. Nous reviendrons dans un instant sur la théorie de Janet.

Signification clinique des obsessions. — Morel, dans la description qu'il a tracée de quelques-unes des obsessions, les considérait comme la manifestation d'une variété particulière de délire, le délire émotif, sur l'origine et les parentés

⁽¹⁾ Lire à cet égard: TH. RIBOT. *Les maladies de la volonté*. Paris, 1888, p. 55. On y trouvera de nombreux et célèbres exemples d'aboulie empruntés à Esquirol, Billod, de Quincey, etc., et RIVIÈRE. *Contribution à l'étude clinique des abouliques*. Thèse de Paris, 1890-1891.

⁽²⁾ PIERRE JANET. *Loc. cit.*

morbides duquel il s'est d'ailleurs insuffisamment expliqué. Magnan, qui a largement contribué à faire connaître les caractères cliniques de certaines obsessions, a formulé à leur égard une opinion exclusive. Pour lui, ces obsessions constituent les *stigmates psychiques* ou, comme il dit encore, les *syndromes épisodiques* de la dégénérescence. On tend aujourd'hui, et cette opinion nous paraît légitime, à élargir le cadre des causes susceptibles de provoquer le développement de ces syndromes. Il faut d'abord remarquer que l'obsession n'a une véritable signification pathologique que lorsqu'elle acquiert un degré accusé d'intensité qui s'apprécie en quelque façon par la vivacité de l'angoisse qui l'accompagne. J. Falret a fait observer avec raison que le premier degré de l'obsession est presque un état physiologique. « Chacun de nous, dit-il, dans certains moments de fatigue ou de surexcitation du système nerveux, a observé chez lui-même ce phénomène que l'on éprouve également pendant le rêve: on est obsédé malgré soi par un mot, par une phrase ou une idée qui vous revient constamment à la pensée, que l'on ne peut parvenir à chasser et qui s'impose à nous, malgré nous. » Il serait à coup sûr exagéré de tenir pour des tares dégénératives la simple tendance à compter les planches d'un parquet, la crainte de l'obscurité, la superstition du nombre 13, etc. et diverses obsessions ou phobies, quand celles-ci ne vont pas au delà d'une certaine intensité, à moins de faire rentrer toute émotivité, telle qu'elle se rencontre si communément chez la femme par exemple, dans le cadre de la dégénérescence. Mais ce serait alors étendre tellement les limites de cette dernière que le terme perdrait toute signification précise.

Nous devons viser exclusivement les obsessions et les phobies suffisamment accusées pour s'accompagner d'une réelle angoisse, et les impulsions à caractère vraiment irrésistible. En présence de ces dernières on n'a plus affaire aux simples manifestations d'un tempérament, mais à des phénomènes dont la nature pathologique ne saurait être contestée. Or, il ne nous semble pas douteux que les obsessions et les impulsions de cet ordre se développent dans l'immense majorité des cas chez des individus qui présentent, soit par le fait d'une hérédité lourde, soit par suite d'affections congénitales ou infantiles, l'état d'instabilité, de déséquilibre mentales et d'insuffisance qu'on considère généralement comme la manifestation de la dégénérescence psychique.

Ce mot, qui a eu une singulière fortune, et dont nous nous servons nous-même au cours de cet article, a provoqué d'autre part des discussions et des polémiques qui sont sans issue parce qu'elles visent plutôt l'appellation que le fond des choses.

On a beaucoup bataillé sur la question de savoir si les obsessions constituent toujours des *stigmates de dégénérescence* et si elles ne peuvent pas être, à l'occasion, une manifestation de la simple neurasthénie.

Il devient facile de s'entendre si, renonçant au fétichisme des mots, on s'attache surtout à considérer les choses; or il n'est pas douteux que les obsessions puissent dépendre d'un état de fatigue cérébrale acquis, accidentel et transitoire. Mais dans ce cas elles sont peu accusées, et d'ordinaire rapidement curables. — Il n'est pas moins certain que dans la règle, elles révèlent une insuffisance *constitutionnelle*, par conséquent *congénitale* du psychisme. C'est là le fait à retenir. Peu importe qu'on désigne cette insuffisance du nom de dégénérescence mentale ou de psychasténie suivant qu'on attache plus d'import-

tance aux conditions héréditaires, aux signes de déséquilibre (Magnan) ou aux manifestations d'hypotension psychique qui la conditionnent (P. Janet).

Derrière les mots il faut regarder les faits qu'ils ont la prétention de grouper et ne pas s'en laisser imposer, plus qu'il ne convient, par des appellations qui sont toujours, à quelques égards, défectueuses.

Théorie des obsessions. — En groupant les diverses obsessions sous le titre d'affections de l'émotivité et de la volonté nous avons visé à la fois à mettre en relief leurs principaux caractères objectifs et à en indiquer l'origine et la nature psycho-pathologique. Aussi bien les limites et l'esprit de cet article nous obligent-ils à insister surtout sur le côté descriptif et à reléguer au second plan les interprétations pathogéniques. Cependant il est indispensable que nous disions quelques mots des théories diverses qu'on a tour à tour données des obsessions.

Il ne faut pas perdre de vue, comme le dit très sagement P. Janet⁽¹⁾, que « dans l'ignorance où nous sommes des fonctions essentielles du système nerveux et des causes qui déterminent l'augmentation ou la diminution des opérations cérébrales, les théories pathogéniques des troubles de l'esprit ne peuvent être que des classifications aussi naturelles que possible des symptômes observés. Elles doivent se borner à déterminer quel est le groupe de symptômes que l'on considère comme principal et auquel on essaye de rattacher tous les autres, et quels sont au contraire les symptômes que l'on considère comme secondaires et que l'on met sous la dépendance des premiers. »

D'après ces vues, on peut classer en trois groupes les théories des obsessions qui ont tour à tour été proposées : 1° Théorie intellectuelle ; 2° Théorie émotionnelle ; 3° Théorie de l'insuffisance mentale.

1° **Théorie intellectuelle.** — On a vu que l'obsession est constituée en général par l'association de deux troubles psychiques élémentaires ; un trouble intellectuel, l'idée fixe ; un autre, d'ordre émotif, l'angoisse. Quel est de ces deux éléments celui qu'on doit considérer comme fondamental et essentiel ? En d'autres termes, l'obsession est-elle une maladie de l'intelligence, comme le délire de persécution, par exemple, ou une maladie de l'émotivité, comme la mélancolie ? Griesinger⁽²⁾, Falret⁽³⁾ et surtout Westphal⁽⁴⁾ ont soutenu la priorité de l'idée fixe et considéré l'angoisse comme un trouble réactionnel secondaire. A cette manière de voir se sont rattachés plus ou moins explicitement Buccola⁽⁵⁾, Tamburini⁽⁶⁾, Morselli⁽⁷⁾, pour qui l'obsession est une *paranoïa rudimentaire*, c'est-à-dire une affection avant tout intellectuelle. La même opinion a été adoptée chez nous par Magnan et Legrain⁽⁸⁾ et en Angleterre par Hack-Tuke⁽⁹⁾ et par Mickle⁽¹⁰⁾.

Elle nous paraît actuellement difficilement soutenable. S'il fallait opter entre la théorie émotionnelle et la théorie intellectuelle des obsessions, un grand nombre d'arguments militeraient contre la seconde en faveur de la première.

(1) P. JANET. Les obsessions et la psychasténie. Paris, Alcan, 1905.

(2) GRIESINGER. *Arch. für Psychiatric*, t. I, 1868.

(3) FALRET. *Loc. cit.*

(4) WESTPHAL. *Berliner klinische Wochenschrift*, 1872.

(5) BUCCOLA. *Rivista sperim. di frenatria*, 1880.

(6) TAMBURINI. *Id.*, 1880.

(7) MORSELLI. *Manuale di semeiotica delle malattie mentali*, 1885.

(8) MAGNAN et LEGRAIN. *Les dégénérés*. Bibl. Charcot-Debove, 1895.

(9) HACK-TUKE. *Brain*, 1894.

(10) MICKLE. *Mental science*, oct. 1896.

Et d'abord on constate souvent cliniquement que l'angoisse apparaît avant que l'idée fixe ait nettement pris corps ; quand celle-ci s'est précisée elle peut se voiler et même s'effacer momentanément alors qu'au contraire l'angoisse s'accroît et devient extrême. Il y a des cas même dans lesquels il n'y a pas à proprement parler d'idée fixe, mais un état de simple *panopobie* (Beard) où les malades ont peur de tout et de rien, où l'anxiété, au lieu d'être, comme dit Ribot, rivée à un objet toujours le même, flotte comme dans un rêve et ne se fixe que pour un instant, au hasard des circonstances, passant d'un objet à l'autre. C'est cet état qu'on a décrit dans ces derniers temps sous le nom de *névrose d'angoisse*⁽¹⁾ et qui n'est après tout qu'un état de continue anxiété, avec craintes multiples, en général vagues et imprécises.

Pitres et Régis disent avec raison : « Prenez une obsession quelconque, doute ou homicide, supprimez par la pensée l'angoisse, l'anxiété qui s'y trouve et vous n'aurez plus d'obsession ; enlevez l'idée fixe, vous avez encore l'obsession dans son essence⁽²⁾. »

2° **Théorie émotionnelle.** — Ces raisons ont fait délaïsser par beaucoup d'auteurs la théorie intellectuelle pour revenir à celle qu'avait implicitement formulée Morel quand il avait rattaché, en 1866, les diverses obsessions à ce qu'il appela le *délire émotif*.

D'après cette manière de voir, l'obsession est subordonnée à l'état émotif du sujet et aux émotions qui manifestent cet état : c'est une affection de l'émotivité. A cette conception se rallient, avec quelques variantes, Berger⁽³⁾, Krafft-Ebing, Friedenreich⁽⁴⁾, Féré⁽⁵⁾, Dallemagne⁽⁶⁾, Séglas⁽⁷⁾, pour n'en citer que quelques-uns. Elle a été adoptée par Pitres et Régis⁽⁸⁾ dans leurs récentes publications.

Quelle que soit l'opinion qu'on se fasse sur la physiologie pathologique des émotions, qu'on les considère comme un phénomène primitivement psychique, ou qu'à l'exemple de James, de Lange et de G. Dumas⁽⁹⁾, on les envisage comme la conséquence de variations neuro-musculaires primitives (voir plus haut l'article *Mélancolie*), il ne nous paraît pas douteux qu'elles soient à l'origine de certaines obsessions. Quand un malade atteint de panopobie et de cet état dont nous avons parlé plus haut et qu'on a plus ou moins exactement dénommé du nom de *névrose d'angoisse*, en arrive à être momentanément ou d'une façon durable obsédé par telle ou telle préoccupation hypochondriaque, par tel ou tel scrupule, quand l'agorophobe et le claustrophobe sont pris de frayeur et d'angoisse à l'occasion de la traversée d'une place ou de la claustration dans un compartiment de chemin de fer, il ne nous semble pas contestable que ce soit

(1) FREUD. Obsessions et phobies. *Rev. neurol.*, 1895. — HARTENBERG. *Revue de psychol.*, 1897. *La timidité*, 1900. *La névrose d'angoisse*, 1902. Conception psychol. de la névrose d'angoisse. *Congr. de psychol.*, 1901. — MANAUD. *La névrose d'angoisse*. Th. de Lyon, 1900. — CH. FÉRÉ. *Pathol. des émotions*. Paris, 1892. — P. LONDE. *De l'angoisse*. *Revue de méd.*, 1902.

(2) PITRES et RÉGIS. *Rapport au Congrès de Moscou*, 1897, p. 11. Sur la séméiologie des obsessions.

(3) BERGER. *Arch. für Psychiatric*, 1876 et 1878.

(4) FRIEDENREICH. *Neurologisch. Centralblatt*, 1887.

(5) CH. FÉRÉ. *Pathologie des émotions*, 1892. Paris, Alcan.

(6) DALLEMAGNE. *Dégénérés et déséquilibrés*, 1895.

(7) SÉGLAS. *Leçons cliniques*, 1895.

(8) PITRES et RÉGIS. *Loc. cit.*, et *Les obsessions et les impulsions*. O. Doin. Paris, 1902. Bibliothèque de Toulouse.

(9) G. DUMAS. Traduction du livre de Lange. Paris, 1895, et *La tristesse et la joie*. Paris, 1900.