

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

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

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

#### ARTICLE V

### TROUBLES DE L'ACTIVITÉ

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

#### § 1. — TROUBLES DE L'ACTIVITÉ GÉNÉRALE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Visage pâle, morne, abattu, traits tirés, contractés, regard triste et baissé, tête penchée sur la poitrine, expression d'humilité et de souffrance profonde, mutisme complet ou parole lente, brève et sourde, gestes rares, lents, pénibles, tendance à l'immobilité, hypoactivité viscérale et glandulaire, tel est le tableau de cette réaction douloureuse passive qui caractérise la *mélancolie à forme dépressive* et ses degrés: mélancolie subaiguë (dépression mélancolique); mélancolie aiguë; surtout mélancolie avec stupeur. (Voir fig. 23, p. 242 et fig. 28, p. 255.)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## § 2. — TROUBLES DU LANGAGE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### § 3. — TROUBLES DES ACTES

#### A) TROUBLES DES ACTES EN GÉNÉRAL

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### B) IMPULSIONS

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

cette tendance au réflexe direct, de transformer, en un mot, une force aveugle et fatale en un processus conscient, réfléchi, jugé, déterminé : la volition.

La supériorité d'un animal sur un autre, de l'homme sur l'homme, pourra donc se mesurer au degré de son pouvoir psychique sur la tendance innée au réflexe. Et l'équilibre résidera en une sorte de tonus volontaire, c'est-à-dire dans la régulation harmonique par le *moi* de l'instinctive réflexivité.

L'impulsion est la tendance même au réflexe. Cette tendance et, par suite, l'impulsion, est donc, de sa nature, physiologique et elle reste telle tant que, par sa subordination au *moi* ou, si l'on veut, aux centres corticaux, persiste intact le tonus volontaire. Mais dès que l'équilibre est rompu en sa faveur, l'impulsion devient pathologique.

Il y a donc des *impulsions normales* et des *impulsions morbides*, celles-ci consistant dans la rupture du tonus volontaire avec tendance au retour vers le réflexe originel.

L'impulsion sera *constitutionnelle* ou *accidentelle* suivant que la propension à l'automatisme sera elle-même innée ou acquise, suivant que le tonus volontaire n'aura pu arriver à s'organiser ou, après son développement, se sera altéré ou affaibli. De même le degré de la tendance au réflexe à s'imposer marquera le degré de l'impulsion morbide. Si bien que l'impulsion type, absolue, maxima, sera représentée par le réflexe spinal direct ou purement moteur, et l'impulsion la plus légère ou minima par l'obsession impulsive, dans laquelle la tendance au réflexe et les résistances du *moi* se tiennent réciproquement en échec.

Il suit de là que le cadre de l'impulsion morbide ne doit pas être limité, ainsi que cela a lieu souvent, à l'impulsion consciente et *obsédante*, mais doit être étendu à tout l'ensemble des propensions pathologiques de l'activité volontaire vers le réflexe, depuis l'impulsion aveugle et automatique, qui en constitue la manifestation extrême, jusqu'à l'obsession impulsive qui représente sa forme la plus atténuée, en passant par la gamme, à transitions insensibles, de ses nombreux intermédiaires.

Malgré l'opinion de certains auteurs, nous pensons que le mot *impulsion*, en nosologie, doit s'appliquer à la sollicitation motrice

involontaire vers un acte et non à cet acte lui-même, dont l'exécution peut manquer.

Pour nous, en effet, l'impulsion n'en est pas moins une impulsion, qu'elle soit ou non suivie d'effet. Si nous en revenons à la comparaison qui nous a servi de base, nous voyons que le réflexe, processus nerveux, peut exister sans production du mouvement terminal. Lorsque, par exemple, nous percutons le tendon rotulien d'un individu, il se produit un courant centripète, excitateur, suivi d'un courant centrifuge, moteur. Mais, par une intervention volontaire et au moyen d'une attitude spéciale, le sujet peut annihiler la brusque extension de la jambe, c'est-à-dire le mouvement. Le phénomène du réflexe, bien qu'arrêté dans sa manifestation ultime, n'en a pas moins eu lieu. Il en est exactement de même dans beaucoup d'obsessions impulsives où, au prix d'une lutte et d'un effort plus ou moins intenses, l'acte final peut être évité : il n'y en a pas moins eu processus d'impulsion.

En résumé, et pour fixer dans ses divers éléments la terminologie du sujet, nous dirons que :

L'impulsion morbide est, dans le domaine de l'activité volontaire, la tendance impérieuse et souvent même irrésistible au retour vers le pur réflexe ;

L'impulse ou acte impulsif, l'aboutissant, non fatal et non constant, de l'impulsion ;

L'impulsif, le malade sujet aux impulsions ;

L'impulsivité, enfin, la disposition plus ou moins accentuée aux impulsions.

**2° Caractères généraux.** — Les impulsions se distinguent, d'après MORSELLI, par les caractères généraux suivants : 1° elles sont *endogènes*, c'est-à-dire dérivées de motifs exclusivement internes ; 2° elles sont *fortes, impérieuses*, d'où leur immission violente et subite dans la voie de la décharge motrice ; 3° elles sont *aberrantes*, c'est-à-dire contrastant avec le caractère de l'individu et avec les exigences de la vie sociale en commun ; 4° elles sont le plus souvent *conscientes* et *involontaires*, en d'autres termes, représentées à la conscience avec plus ou moins de

précision, mais impossibles à inhiber : elles peuvent même être entièrement *inconscientes* et naturellement *involontaires*.

Quand, dit MORSELLI, un acte est accompli avec cette séméiologie caractéristique, qu'il existe ou non une folie confirmée, c'est un acte impulsif morbide.

Ces divers attributs, pris dans leur ensemble, caractérisent en effet l'impulsion et les actes impulsifs. Et ils nous paraissent à peu près complets, à condition d'insister davantage sur la *rapidité* habituelle du processus impulsif, parfois presque foudroyant ; sur la *répétition* fréquente de l'impulsion sous la même forme, par paroxysmes ou par accès ; enfin sur le manque de parallélisme pouvant exister entre le degré d'*inconscience* et le degré d'*amnésie* dans une impulsion.

Dans les états seconds, par exemple, au moment où un acte impulsif s'exécute, le sujet peut en avoir parfaitement conscience et peut même, dans une certaine mesure, résister. Cependant, revenu à lui, il ne conserve aucun souvenir, le plus souvent, de ce qui s'est passé.

**3° Types ou degrés principaux.** — Les nombreux caractères généraux des impulsions sont loin d'avoir la même valeur. Celui qui les domine tous, à n'en pas douter, car il constitue l'essence même de l'impulsion, c'est le caractère involontaire ou de contrainte, c'est-à-dire celui qui tend à soustraire la sollicitation initiale aux processus cérébraux d'inhibition pour l'actualiser sous forme de pur réflexe.

C'est pourquoi nous pensons que le meilleur moyen de diviser les impulsions et de les classer à leur rang dans l'échelle psychopathologique, entre la décharge motrice spontanée et la volition normale, c'est de prendre pour base cet élément fondamental et non, comme on l'a surtout fait jusqu'ici, leur degré de conscience ou d'inconscience, ou leur prépondérance dans l'une des sphères intellectuelle, émotive, automatique ou instinctive.

Nous admettons donc trois types ou catégories d'impulsions :

1° *Les impulsions motrices pures* ou à *réflexe direct*, dans lesquelles l'acte suit fatalement et immédiatement la stimulation, sans aucune action inhibitoire intermédiaire ;

2° *Les impulsions psycho-motrices* ou à *réflexe retardé*, dans lesquelles l'acte suit fatalement mais non toujours immédiatement la stimulation, avec intermédiaire émotify ou idéo-émotify, mais sans action sérieuse d'inhibition ;

3° *Les impulsions psychiques* ou à *réflexe interrompu*, dans lesquelles entre la stimulation et l'acte, qui n'est ni immédiat ni même fatal, s'interpose un intermédiaire idéo-émotify long, compliqué, douloureux, accompagné d'une lutte d'inhibition souvent victorieuse.

1° L'*impulsion purement motrice* est un réflexe réduit à sa plus simple expression. « C'est une vraie convulsion qui ne diffère de la convulsion ordinaire que parce qu'elle consiste en mouvements associés et combinés en vue d'un résultat déterminé étranger à la vie du malade ». (A. FOVILLE).

Le type de ce genre d'impulsion est celle de l'*idiot*, de l'*imbécile*, de l'*épileptique* qui, sous l'influence d'une sollicitation soit interne, soit externe, sensorielle, hallucinatoire, délirante, émotive ou instinctive, exécutent aussitôt, comme mus par un ressort qui se détend ou dans une sorte de déclanchement automatique, l'acte en rapport avec cette sollicitation, sans qu'interviennent ni réflexion, ni jugement, ni compréhension, souvent même sans émotion, conscience, ni souvenir.

2° *Les impulsions psycho-motrices* diffèrent des précédentes en ce qu'elles répondent à un circuit moins simple, moins direct, moins rapide, empruntant des voies déjà plus longues et s'accompagnant d'un processus idéo-émotify (DALLEMAGNE).

Ici, en effet, la sollicitation à l'acte, si elle aboutit toujours à son exécution, n'en comporte pas moins, à un degré plus ou moins marqué, en même temps que la *conscience* et le *souvenir*, l'*idée* et l'*émotion* de cet acte ainsi que la *notion* de ses conséquences possibles. Seules font défaut les opérations conatives, efficaces, celles qui se résument, en fin de compte, dans le pouvoir d'inhibition. Ce pouvoir n'existant pas ou n'existant plus, il n'y a même pas essai de lutte, et l'acte, bien qu'apprécié, est fatalement accepté et exécuté.

Cette variété d'impulsion est représentée par les réactions excentriques, violentes, destructives de certains *dégénérés*, sur-



tout *psychasthéniques*, des *hystériques*, des *épileptiques* en dehors des accès, des *maniaques agités*.

3° Les *impulsions psychiques* représentent le degré le plus atténué de l'impulsivité, celui où la tendance au réflexe est combattue, souvent victorieusement, par le pouvoir d'inhibition. BALL les appelait déjà fort judicieusement des « impulsions intellectuelles ».

Ce qui caractérise donc cette impulsion, ce qui en fait l'intérêt psychologique et clinique, c'est ce conflit de forces opposées dont le champ cérébral est le théâtre, c'est la lutte anxieuse, indécise entre le pouvoir d'inhibition, plus ou moins affaibli, et la sollicitation anormale vers le réflexe.

Ici les caractères constitutifs de l'impulsion existent encore, mais ils se rapprochent déjà de ceux de la volition physiologique, notamment au point de vue de la durée, quelquefois fort longue, du processus, qui contraste avec l'instantanéité de la décharge motrice automatique.

Ces impulsions ont pour type l'*obsession impulsive*, car l'obsession proprement dite ne devient une impulsion que lorsqu'elle passe de l'état statique à l'état dynamique, c'est-à-dire lorsqu'elle se manifeste par une tendance à un acte.

Les caractères de l'obsession impulsive se résument en : *conscience lucide, lutte angoissante, irrésistibilité, émotivité, soulagement consécutif* à l'accomplissement de l'acte (MAGNAN et LEGRAIN). Mais il est bien entendu une fois pour toutes, que, pour nous, cet accomplissement de l'acte n'est ni constant, ni fatal.

LINAS (Art. *monomanie* du Dict. DECHAMBRE) avait déjà décrit d'une façon saisissante la crise d'obsession impulsive :

« Ces accès éclatent rarement d'une manière brusque et soudaine. Ils sont ordinairement préparés par une période d'incubation plus ou moins longue, pendant laquelle l'idée fixe, qui deviendra plus tard impulsive, se présente à l'esprit d'une manière fugitive et vague, chassée par la raison, mais revenant par intervalle, avec une obstination toujours croissante qui commence à jeter le trouble et l'anxiété dans l'âme des malades. Ce trouble et cette anxiété augmentent et se traduisent par une impres-

sion de malaise et d'angoisse, des inquiétudes vagues, des appréhensions non motivées, des insomnies, un besoin naissant de se mouvoir, une sorte d'impuissance à fixer l'attention et à assembler les idées. Puis viennent les symptômes précurseurs de l'accès : une céphalalgie intense, un sentiment de vacuité, de pression ou de chaleur dans la tête, des bruits dans les oreilles, une anxiété précordiale extrême, une sensation de feu dévorant à l'épigastre ou dans la poitrine, des spasmes douloureux dans différentes parties du corps. C'est alors que la raison se trouble et que l'idée impulsive prend possession de l'esprit des malades et s'impose à eux sous forme d'une obsession incessante. Ceux-là ont conscience de leur état et comprennent leur triste situation ; ils ont horreur des mauvaises suggestions qui les assaillent, ils en sentent toute l'atrocité, ils en saisissent les affreuses conséquences, ils luttent énergiquement contre elles, ils font des efforts désespérés pour les conjurer ; ils fuient les lieux où elles semblent s'accroître ; ils évitent toutes les occasions qui pourraient les faire succomber ; ils éloignent d'eux les objets, les instruments ou les armes dont ils pourraient se servir pour mal faire. Sentant leur impuissance contre les horribles suggestions auxquelles ils sont en butte, quelques-uns demandent avec instance qu'on les garrotte ou qu'on les enferme, afin de les mettre dans l'impossibilité de nuire. La résistance est plus ou moins vive et plus ou moins prolongée, suivant la violence ou l'opiniâtreté de l'impulsion. Quelques malades arrivent à repousser ces terribles assauts ; mais chez la plupart, la raison impuissante ou affaiblie succombe dans cette lutte inégale et acharnée. Cet ensemble de phénomènes, avec l'acte impulsif auquel ils aboutissent, ne peut être considéré que comme la crise d'un trouble mental particulier qui durait depuis plus ou moins longtemps. Et ce qui vient corroborer cette manière de voir, c'est qu'une fois l'acte consommé, il s'opère, dans l'état de ces malheureux, une sorte de détente et de soulagement, comme si l'accomplissement de l'impulsion était le moyen pour eux de se débarrasser de tourments intolérables ».

4° **Formes cliniques.** — Les impulsions, envisagées au point de vue des manifestations par lesquelles elles se traduisent, sont

innombrables, car elles peuvent avoir pour objet toute tendance à un acte, quel qu'il soit.

Il serait donc impossible d'en donner ici une énumération et une description complètes. Nous nous contenterons d'indiquer celles qui se présentent le plus communément et de résumer sommairement les principales d'entre elles.

A l'exemple de MORSELLI, nous pouvons grouper les impulsions d'après la nature des actes auxquels elles poussent et reconnaître :

- 1° Des impulsions à des tics, gestes, paroles, etc. ;
- 2° Des impulsions à des actes ridicules et bouffons ;
- 3° Des impulsions à des actes stupides et extravagants ;
- 4° Des impulsions à des actes grossiers, répugnants ;
- 5° Des impulsions à des actes ambulatoires ;
- 6° Des impulsions à des actes d'appropriation et de vol ;
- 7° Des impulsions à des actes érotiques ;
- 8° Des impulsions à des actes de destruction ;
- 9° Des impulsions à des actes d'incendie ;
- 10° Des impulsions à des actes de violence contre soi-même ;
- 11° Des impulsions à des actes de violence contre les autres ;
- 12° Des impulsions à s'intoxiquer.

Les plus importantes de ces impulsions, en clinique et en médecine légale, sont celles qui se traduisent par les tendances au suicide, à l'homicide, au vol, à l'incendie, à la boisson, à la fugue, aux actes sexuels. Nous allons résumer les traits essentiels de chacune d'elles, après avoir dit un mot de l'impulsion aux tics.

A. IMPULSION AUX TICS. — *Le tic*, tel que les belles études de BRISSAUD, MEIGE et FEINDEL, PITRES et les travaux importants de GUINON, J. NOIR, GILLES DE LA TOURETTE, GRASSET, CRUCHET, NOGUÈS, etc., l'ont établi, est une véritable impulsion motrice se traduisant par un mouvement, un geste, un acte brusque, coordonnés ou systématiques, exécutés en dehors de la volonté et souvent malgré elle.

Les tics ont les rapports les plus fréquents et les plus étroits avec les névroses et avec les psychoses. On les rencontre le plus souvent avec les *obsessions*, la *neurasthénie*, l'*hystérie*, l'*épilepsie* ;

on les observe aussi dans la *démence précoce*, dans certaines *folies chroniques, généralisées* ou *systématisées* et chez un grand nombre de *dégénérés*, supérieurs ou inférieurs, particulièrement chez les *imbéciles* et les *idiots*.

Les trois types psycho-pathologiques que nous avons admis dans l'impulsion se retrouvent dans ces combinaisons cliniques du tic sous forme de : 1° *tic, impulsion psychique* ; 2° *tic, impulsion psycho-motrice* ; 3° *tic, impulsion motrice pure*.

a. *Tic impulsion psychique*. — Le tic impulsion psychique est celui des *nerveux*, des *déséquilibrés*, des *obsédés*. C'est une vraie obsession du mouvement, susceptible de se traduire par un tic quelconque d'acte ou de parole.

Cette assimilation du tic et de l'obsession, déjà esquissée par CHARCOT, a été nettement mise en lumière depuis, notamment par MEIGE et FEINDEL, GUINON, NOGUÈS, etc. On retrouve en effet, dans cette forme de tic, tous les caractères de l'obsession impulsive : conscience lucide, lutte angoissante, irrésistibilité, émotivité, soulagement consécutif à l'exécution du tic, souffrance extrême, au contraire, lorsque au prix d'un effort, cette exécution se trouve réfrénée.

C'est dans l'obsession-tic que se placent la plupart des cas de ce que l'on appelle la *maladie des grands tics* ou *maladie de GILLES DE LA TOURETTE*, dans lesquels à de brusques décharges de mouvements coordonnés plus ou moins étendus correspond une émission explosive de mots grossiers, orduriers (coprolalie). Ici encore, comme dans toutes les obsessions impulsives, la propension aux mouvements et aux obscénités est d'autant plus forte que le malade voudrait s'en empêcher davantage, en vertu de cette tendance au contraire, au contraste que nous avons indiquée plus haut.

b. *Tic impulsion psycho-motrice*. — Le tic impulsion psycho-motrice ressemble au précédent en ce qu'il se relie à un état mental et qu'il est conscient ; il en diffère en ce qu'il n'est pas obsédant et ne s'accompagne ni de lutte, ni d'anxiété.

C'est ce tic que l'on rencontre le plus fréquemment dans les psychoses, en particulier dans celles des *dégénérés*, de certains paralytiques généraux, chez les *déments précoces* et chez les