

Bibliothèque numérique

medic@

Farnarier, Fernand. - La psychose  
hallucinatoire aiguë

1899.

*Paris : Impr. de la Semaine  
médicale*



(c) Bibliothèque interuniversitaire de médecine (Paris)  
Adresse permanente : <http://www.biium.univ-paris5.fr/histmed/medica/cote?69999x135x06>

69499-t.135-n-6

LA

# PSYCHOSE HALLUCINATOIRE

## AIGUË

PAR



**Le docteur F. FARNARIER**

Licencié ès sciences.

Ancien externe et interne prov. des hôpitaux de Marseille.  
Médaille de vermeil (épidémie de variole 1895-96) des mêmes hôpitaux.  
Interne des asiles d'aliénés de la Seine:-

---

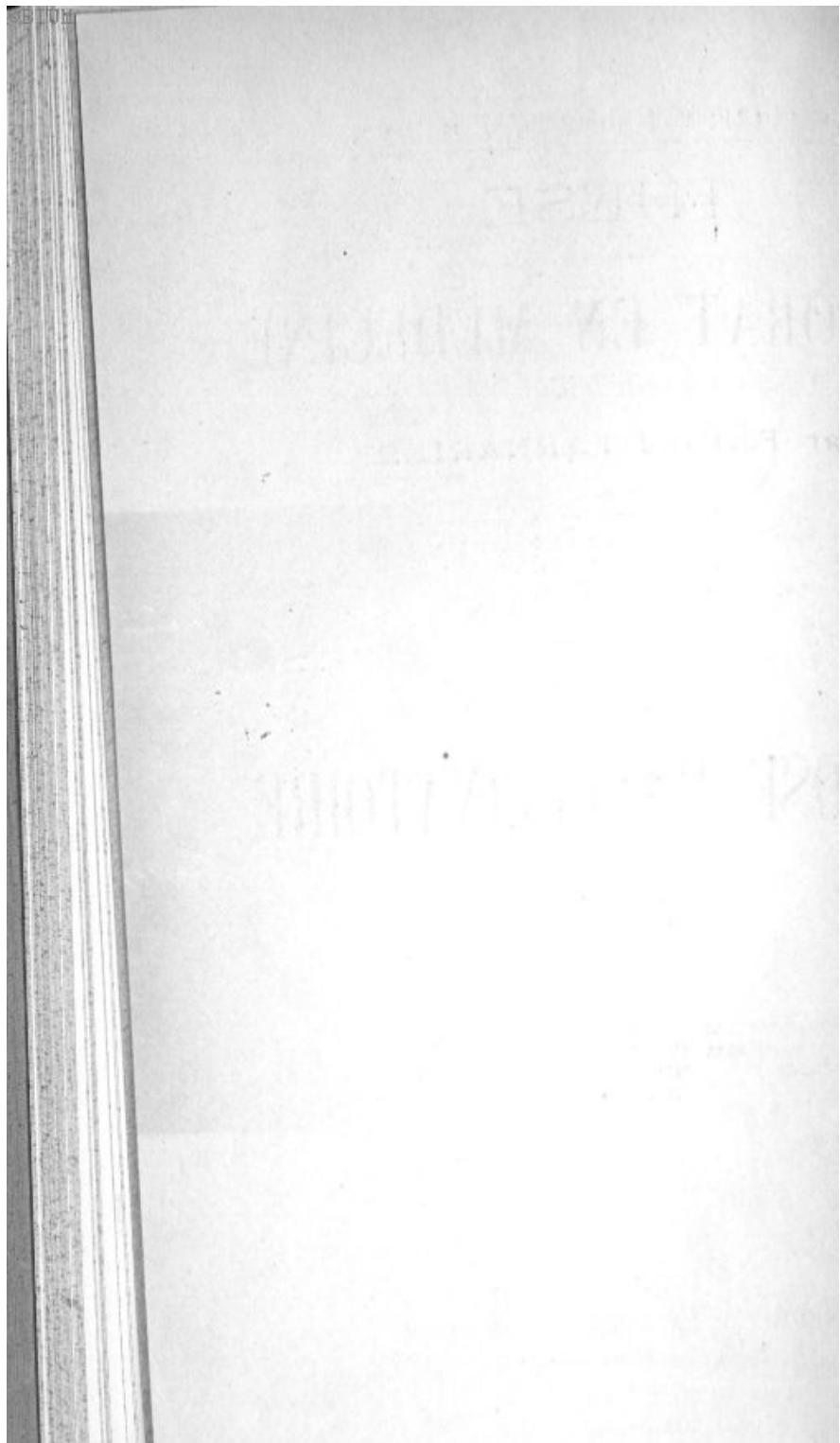
PARIS

IMPRIMERIE DE LA SEMAINE MÉDICALE

51, rue Croix-des-Petits-Champs, 51

—  
1899





69999-t.135 n°6.

Par monsieur le Docteur Chaslin, un médecin aliéniste  
de l'hopital, l'honneur et respectueux

Dr Flanary

Ville d'Orad (S. et. O.) 22 Decembre 18



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

## THÈSE

N°

POUR LE

## DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le jeudi 21 décembre 1899, à 1 heure.***Par Fernand FARNARIER**

Né à Marseille, le 9 février 1875.

Licencié ès sciences.

Ancien externe et interne prov. des hôpitaux de Marseille.

Médaille de vermeil (épidémie de variole 1895-96) des mêmes hôpitaux.

Interne des asiles d'aliénés de la Seine.



LA

## PSYCHOSE HALLUCINATOIRE

AIGUË

Président : M. JOFFROY, professeur.

Juges { MM. CORNIL, professeur.  
BRUN { agrégés.  
DUPRÉ }

PARIS

IMPRIMERIE DE LA SEMAINE MÉDICALE

31, rue Croix-des-Petits-Champs, 31

1899

## FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... M. BROUARDDEL.  
 Professeurs..... MM.

Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	R. BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....	HUTINEL.
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE.
Histologie.....	CORNIL.
Opérations et appareils.....	MATHIAS-DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale.....	BERGER.
Thérapeutique.....	POUCHET.
Hygiène.....	LANDOUZY.
Médecine légale.....	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BROUARDDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.....	BRISSAUD.
Clinique médicale.....	CHANTEMESSE.
Clinique des maladies des enfants.....	POTAIN.
Clinique des maladies syphilitiques.....	JACCOUD.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	HAYEM.
Clinique des maladies nerveuses.....	DIEULAFOY.
Clinique chirurgicale.....	GRANCHER.
Clinique ophtalmologique.....	FOURNIER.
Clinique des voies urinaires.....	JOFFROY.
Clinique d'accouchements.....	RAYMOND.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUX.
	TERRIER.
	PANAS.
	GUYON.
	PINARD.
	BUDIN.

## Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DUPRÉ.	LERAGE.	THOINOT.
ALBARRAN.	FAURE.	MARFAN.	VAQUEZ.
ANDRÉ.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	VARNIER.
BONNAIRE.	GILLES de la TOURETTE.	MÉNÉTRIER.	WALLICH.
BROCA (AUG.).	HARTMANN.	MÉRY.	WALTHER.
BROCA (ANDRÉ).	HEIM.	ROGER.	WIDAL.
CHARRIN.	LANGLOIS.	SEBILEAU.	WURTZ.
CHASSEVANT.	LAUNOIS.	TEISSIER.	
DELBET (PIERRE).	LEGUEU.	THIÉRY.	
DESGREZ.	LEJARS.	THIROLOIX.	

Chef des travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

— 1 —

les liens qui unissent le délire et la psychose sont de nature tout à fait différente. Il existe des formes de délire qui sont essentiellement des symptômes d'une maladie mentale, et il existe des formes de délire qui sont essentiellement des symptômes d'une maladie physique. Ces deux types de délire sont très différents entre eux.

## INTRODUCTION

Nous voudrions aborder ici l'étude d'une question, qui, à peu près résolue en Allemagne, a été à peine effleurée dans notre pays; il s'agit de ces affections mentales où l'agent pathogène manifeste son influence tout d'abord par la production d'hallucinations, sans que la conscience du sujet, non plus que son état d'esprit, soient sensiblement troublés. Certes, ces cas de délire hallucinatoire ont été observés par tous les aliénistes, et leur connaissance est déjà ancienne; mais, longtemps confondus en Allemagne dans le groupe des paranoïas, encore englobés en France sous la désignation de mélancolie avec hallucinations ou de délires des dégénérés, leur autonomie ne paraît pas à tous indiscutable; aussi nous semble-t-il qu'il y a là tout un nouveau chapitre de pathologie mentale à ajouter à nos traités et pensons-nous que l'on peut décrire une psychose hallucinatoire aiguë (1), ayant une symptomatologie propre, un diagnostic bien net, un pronostic particulier; seule, l'étiologie est encore entourée de bien des obscurités; mais cette lacune existe dans l'histoire de presque toutes les affections mentales.

Il y a cependant toute une catégorie de délires hallucinatoires dont l'étiologie est bien fixée; n'est-il pas évident en effet que certains délires toxiques (délire alcoolique) traduisent uniquement la réaction du sujet contre des troubles sen-

---

(1) Nous préférons désigner cette affection sous le nom de *psychose hallucinatoire*, plutôt que sous celui de *délire hallucinatoire*; le terme de délire nous paraît en effet s'appliquer plus légitimement aux formes chroniques et systématisées.

soriels très intenses? Au point de vue purement clinique, il est incontestable qu'il s'agit là de délires hallucinatoires; en l'absence des commémoratifs, le diagnostic serait souvent bien difficile avec les formes que nous nous proposons de décrire; néanmoins, la réunion sous une étiquette commune de ces deux groupes d'états psychopathiques serait par trop arbitraire; aussi, devons-nous employer une nouvelle épithète pour caractériser les formes que nous allons étudier, et les appeler psychose hallucinatoire aiguë idiopathique.

Voici quel sera le plan de notre travail : après avoir exposé l'historique de la question et discuté la place qu'il convient d'assigner dans la classification à la psychose hallucinatoire, nous en étudierons la symptomatologie, le diagnostic, l'étiologie, le pronostic, enfin le traitement.

Même ainsi limitée, la tâche eût été sans doute encore au-dessus de nos forces, si nous n'avions été soutenus par les excellents conseils de notre maître, M. le docteur Sérieux, médecin de l'asile de Ville-Evrard. Nous sommes heureux de dire ici quelle dette de reconnaissance nous avons contractée à son égard; depuis deux ans que nous avons l'honneur d'être son interne, nous prodiguant ses leçons et ses conseils, nous associant à ses travaux, il a été pour nous à la fois le plus affable et le plus éclairé des chefs; aussi garderons-nous toujours vivace le souvenir de ces mois trop vite écoulés.

Nous n'aurons pas l'ingratitude d'oublier ici nos professeurs de l'Ecole de médecine et des hôpitaux de Marseille; nous leur adressons collectivement l'expression de notre reconnaissance; mais il en est un parmi eux à qui nous devons une mention particulière; que M. le docteur M. Coste, chevalier de la Légion d'honneur, médecin consultant des hôpitaux de Marseille, reçoive l'hommage de notre vive gratitude : elle s'adresse à la fois au maître dont les leçons nous furent si utiles, et au médecin dévoué à qui nous devons sans doute la vie.

Enfin, nous remercions bien vivement M. le professeur Joffroy du grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

## CHAPITRE I

### Etude historique et critique.

La psychose hallucinatoire aiguë, telle que nous l'entendons, ne possède pas d'histoire propre; en effet, si les formes qu'elle représente n'ont pas échappé aux anciens psychiatres, son élévation à la dignité d'entité morbide est de date récente, et encore peu d'auteurs l'acceptent-ils à l'heure actuelle.

Esquirol avait certainement observé les formes qui nous occupent ici; nous possédons de lui une remarquable observation, dont il tire les conclusions suivantes : « Cette observation offre l'exemple d'hallucinations de l'ouïe le plus simple que j'aie observé. Seule l'hallucination caractérisait l'affection cérébrale de ce malade : ses inquiétudes, ses défiances, ses craintes, n'étaient que la conséquence de ce phénomène, qui a persisté pendant plus de deux mois, quoique le convalescent eût recouvré entièrement le libre exercice de l'entendement (1). » La symptomatologie de la psychose hallucinatoire aiguë se trouve fixée en ces quelques lignes, où sont mises en lumière la dépendance étroite du délire vis-à-vis des phénomènes sensoriels, l'intégrité de la conscience, l'évolution rapide, la terminaison favorable.

Mais Esquirol n'est qu'un précurseur; clinicien émérite, il jeta d'une façon définitive les bases de la sémiologie mentale; mais les matériaux lui manquèrent pour grouper les affections qu'il décrivit en édifice nosologique; sa classification ne comprend que quatre grands groupes : manie, monomanie, démence et idiotie; c'est dans le groupe des monomanies qu'il range les cas que nous avons en vue.

Plus tard, Morel substitue le terme de folie systématisée à

---

(1) ESQUIROL. Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal. Paris, 1838. T. I, p. 160.

celui de monomanie (1); mais il ne distingue pas dans ce groupe les cas aigus de ceux à évolution chronique.

Les auteurs qui suivirent, Lélut, Voisin, Falret, Lasègue (2), Ach. Foville (3), Legrand du Saule (4), Baillarger (5), etc., ne font pas avancer la question; ils décrivent comme espèces morbides un délire ambitieux, un délire mystique, un délire des persécutions en se basant uniquement sur le contenu des idées délirantes.

Le traité de Dagonet marque un progrès sensible; cet auteur consacre un chapitre à l'étude de la « paranoïa aiguë ». Reproduisant à ce sujet les idées de Schüle, sur lesquelles nous aurons à revenir, Dagonet admet, en effet, à côté du délire systématisé chronique, tel que l'avait décrit Morel, un délire systématisé aigu, dans la genèse duquel les hallucinations jouent un rôle important. « Ces délires systématisés, dit-il, sont caractérisés par une marche aiguë ou subaiguë, par des hallucinations, par une obnubilation plus ou moins marquée de la conscience. L'humeur est excessivement variable ou quelquefois persistante (elle dépend de la nature des hallucinations) ou bien c'est une indifférence absolue. La conduite du malade est dictée par des hallucinations : c'est une réaction psychique (type mélancolique); ou bien les actes moteurs sont la conséquence directe de l'irritation cérébrale et de l'épuisement nerveux (types maniaque et stupide); un autre groupe est caractérisé par un état spécial de la motilité (*status attonitus*) (6). »

Malheureusement, tout en admettant en principe les nombreuses subdivisions proposées par Schüle pour cette paranoïa aiguë, Dagonet ne leur reconnaît pas d'existence propre, mais les considère, d'après la nature des modifications de l'humeur

(1) MOREL. *Etudes cliniques*. Paris, 1852. — *Traité des maladies mentales*. Paris, 1860.

(2) LASÈGUE. *Du délire des persécutions*. (*Arch. gén. de méd.*, 1852.)

(3) ACH. FOVILLE (FILS). *Etude clinique sur la folie avec prédominance du délire des grandeurs*. Paris, 1871.

(4) LEGRAND DU SAULE. *Le délire des persécutions*. Paris, 1873.

(5) BAILLARGER. *Recherches sur les maladies mentales*. Paris, 1890.

(6) DAGONET. *Traité des maladies mentales*. 2<sup>e</sup> éd. Paris, 1894, p. 350.

qui les accompagnent, comme de simples variétés de la manie, de la mélancolie, de la stupidité.

Mais déjà les doctrines de M. Magnan s'étaient répandues en France; sous l'influence de nombreux travaux de ce maître éminent et de plusieurs de ses élèves (1), le rôle de la dégénérescence mentale, traduisant le plus souvent la transmission de tares héréditaires, apparaît comme essentiel dans la production de nombreuses psychoses. D'une façon générale, peut-on dire, tout individu qui délire est un prédisposé, un dégénéré; mais chez les uns cette prédisposition est faible, et des causes puissantes sont nécessaires pour déterminer l'éclosion de la folie; chez d'autres, au contraire, les fonctions psychiques sont dès l'origine en état d'équilibre instable, le moindre choc suffit à faire apparaître des troubles mentaux, qui présentent, d'ailleurs, des caractères particuliers: à ces candidats perpétuels à la folie, M. Magnan et ses élèves réservent le nom d'héréditaires dégénérés. Tels sont, exposés dans leurs grandes lignes, les principes qui ont présidé à l'établissement de la classification de M. Magnan. Cette classification comprend, sous le nom de *psychoses ou folies proprement dites*, la série suivante, dans laquelle la prédisposition va en s'accentuant, quand on passe d'un terme de la série au terme suivant:

Manie et mélancolie.

Délire chronique à évolution systématique.

Folies intermittentes.

Folies des dégénérés.

Enfin, idiotie, imbécillité, débilité et déséquilibration mentales.

Le groupe important que nous nous proposons de décrire n'a certes pas échappé à M. Magnan, mais il n'est pas isolé par lui comme entité morbide. Prenant pour base unique de sa classification la notion pathogénique de la dégénérescence

(1) Voir notamment :  
MAGNAN. Leçons cliniques sur les maladies mentales. Paris, 1893-1897.  
MAGNAN et LEGRAIN. Les dégénérés. Paris, 1895.  
MAGNAN et SÉRIEUX. Le délire chronique à évolution systématique. Paris.  
LEGRAIN. Du délire chez les dégénérés. (*Th. Paris*, 1886.)  
SAUSY. Etude clinique sur la folie héréditaire. — Les dégénérés. Paris, 1886.

mentale, M. Magnan réunit sous une étiquette commune tous les états dans le développement desquels la prédisposition paraît jouer le rôle essentiel. Mais cette notion d'une même étiologie rend insuffisamment compte, à notre avis, de la diversité des aspects cliniques. Quelque naturel que soit le groupe de la dégénérescence mentale, il nous paraît nécessaire d'y établir des subdivisions, absolument comme en histoire naturelle une famille, même très homogène, comprend un certain nombre de genres distincts, quoique rapprochés par des affinités étroites; il nous semble, en définitive, insuffisamment précis de désigner du même nom de délires des dégénérés des états qui n'ont de commun que le terrain sur lequel ils évoluent, dont les uns sont chroniques et les autres aigus, les uns dépressifs, les autres expansifs, ceux-ci dus à la perversion des facultés logiques et ceux-là provoqués uniquement par des troubles sensoriels.

C'est ainsi que les formes que nous avons entrepris de décrire sont réunies par M. Magnan, sous le nom de délires d'emblée ou bouffées délirantes des dégénérés, à des formes tout à fait distinctes, dans la genèse desquelles les phénomènes sensoriels ne jouent qu'un rôle très effacé.

« L'observation clinique nous apprend, écrit M. Magnan (1), qu'un grand nombre de délires ont pour principal caractère d'apparaître brusquement, sans préparation aucune, au milieu du calme le plus parfait. En quelques jours, en quelques heures, un désordre complet entraîne les malades au sein des conceptions les plus étranges. Toutes les formes de délire peuvent s'observer : maniaque, mélancolique, mystique, érotique, de persécution, ambitieuse. Le délire peut être simple, c'est-à-dire n'être constitué que par une seule de ces formes : le plus souvent il est multiple, polymorphe. Les idées délirantes se succèdent, s'enchevêtrent, s'entremêlent ; les idées ambitieuses sont contemporaines des idées de persécution ; elles les précèdent ou les suivent, puis disparaissent pour reparaître encore ; des idées hypocondriaques, mystiques, etc., s'y joignent

---

(1) MAGNAN. Leçons cliniques sur les maladies mentales, 2<sup>e</sup> série. Paris, 1897, p. 92.

pèle-mêle, sans aucun ordre. Ces délires peuvent être exclusivement intellectuels, sans la moindre trace de troubles sensoriels. *Quand les hallucinations éclatent, c'est presque toujours par bouffées, subitement; dans ce cas, point de systématisation; au contraire, une confusion extrême des idées, secondaire à l'invasion de la conscience par des hallucinations multiples.* »

Ce passage, dans lequel nous avons souligné ce qui se rapporte à la psychose hallucinatoire aiguë, indique bien quels sont les caractères essentiels de cette affection : hallucinations survenant par bouffées, d'une façon tout à fait imprévue, trouble de la conscience *secondaire* aux phénomènes sensoriels, enfin, défaut de systématisation.

« La clinique enseigne, écrit encore M. Legrain à ce sujet (1), qu'un nombre considérable de délires ont comme caractère essentiel d'apparaître avec une étonnante brusquerie, sans préparation aucune. En quelques jours, quelques heures, parfois même d'un instant à l'autre, des idées délirantes se font jour, sans qu'il soit possible de les rattacher quelquefois à quoi que ce soit. Au milieu du calme le plus complet se produit d'emblée une bouffée d'idées délirantes. Dans certains cas, il n'est guère que le délire épileptique dont la brusque apparition puisse être comparée à cette explosion de troubles intellectuels. Toutes les idées délirantes peuvent s'observer dans ces cas. Parfois c'est une idée de persécution; les malades se croient tout à coup l'objet d'une surveillance spéciale, d'un espionnage de la part d'ennemis imaginaires, ou des gens qui les environnent habituellement; ils sont encore persécutés par les prêtres, les jésuites, et sont l'objet d'une sourde machination. Très fréquemment c'est une bouffée de délire ambitieux; ils ont une mission divine, ils se croient Dieu ou Jésus-Christ; ils ont une haute destinée; ils seront rois, empereurs, prophètes; ils ont une immense fortune. Tous ces délires sont exprimés tantôt avec un calme et un sang-froid qui témoignent nettement de la conviction des malades, tantôt avec une exaltation enthousiaste, quand il s'agit d'idées ambitieuses,

---

(1) LEGRAND. *Loc. cit.*, p. 131.

tantôt avec une terreur inexprimable, quand il s'agit d'idées de persécution. D'autres fois, au milieu des occupations journalières, éclate brusquement un accès de manie avec désordre complet dans les paroles, dans les actes et *hallucinations multiples*. D'autres fois, c'est un délire à forme mystique. D'autres fois enfin, ce sont des délires qui sont impossibles à qualifier, et qui sont spéciaux aux dégénérés. Tout à coup, ils ne reconnaissent plus leur entourage, s'étonnent lorsqu'ils s'entendent appeler par leur nom, et soutiennent avec conviction qu'ils n'existent plus. »

On nous pardonnera ces longues citations ; elles nous ont paru nécessaires pour montrer combien sont divers les états psychopathiques réunis sous cette dénomination commune de *délires d'emblée* des dégénérés, et combien il est légitime, tout en reconnaissant les analogies qu'ils tirent du fonds commun sur lequel ils évoluent, de chercher à les distinguer en espèces nosographiques autonomes. Cette tentative nous paraît tout particulièrement indiquée pour la psychose hallucinatoire aiguë, qui constitue peut-être la plus naturelle et la plus homogène de ces variétés.

Actuellement, sous l'influence d'idées importées d'Allemagne, certains psychiatres français tendent d'ailleurs à admettre, comme entités bien délimitées, les formes qui nous occupent ici. Parmi eux, M. Séglas mérite une mention particulière. Il admet un groupe naturel de psychoses qui présente toutes les transitions, depuis les formes les plus accidentelles, les plus aiguës et les plus facilement curables jusqu'aux états essentiellement constitutionnels et à marche chronique (*paranoïas*). Les deux termes extrêmes de cette série sont : d'une part, la *confusion mentale primitive*, caractérisée par un fonds primitif, essentiel, de confusion, sur lequel peuvent venir se greffer des hallucinations et des idées délirantes, toujours contingentes et secondaires (1). — D'autre part, la

---

(1) MM. Séglas et M. Chaslin admettent une forme hallucinatoire de la confusion mentale; même dans ce cas, et malgré l'importance énorme qu'acquièrent les phénomènes sensoriels, ceux-ci sont toujours secondaires, l'élément confusion étant le phénomène essentiel de la maladie. — Nous verrons d'autre part que dans certains cas, une confusion mentale secondaire vient compliquer la psychose hallucinatoire aiguë; il faut reconnaître que la dis-

*paranoïa aiguë*, affection qui ne se distingue que par sa marche de la paranoïa chronique, ou délire systématisé chronique; elle est donc caractérisée comme cette dernière par un délire primitif, traduisant, en les exagérant, les tendances habituelles du sujet, en outre de caractère égocentrique, c'est-à-dire faisant de la personnalité du malade le centre même autour duquel pivote tout le système délirant; enfin, entre ces deux psychoses (confusion mentale et paranoïa aiguë), M. Séglas serait disposé à admettre un *délire hallucinatoire* idiopathique, dans lequel le phénomène primitif, essentiel, serait non plus la désorientation, comme dans la confusion mentale, ni le délire, comme dans la paranoïa aiguë, mais bien les troubles sensoriels: « il n'y a même pas de délire, car on ne peut guère appliquer ce nom aux interrogations que se pose le malade à propos de ses hallucinations (1). »

En somme, pour résumer dès maintenant cette doctrine que nous adoptons à peu près sans restrictions, mais qui ne sera pleinement intelligible qu'après l'exposé des travaux allemands, nous pouvons dire que ces trois états morbides : confusion mentale primitive, psychose hallucinatoire et paranoïa aiguë peuvent présenter les mêmes éléments — hallucinations, confusion des idées, conceptions délirantes — mais qu'ils se distinguent entre eux par la prédominance et l'antériorité de l'un de ces trois facteurs.

Enfin, M. Chaslin, dans son excellent ouvrage auquel nous ferons plus d'un emprunt, partage complètement les idées de M. Séglas, au moins en ce qui concerne la psychose hallucinatoire, puisqu'il indique les signes diagnostiques qui permettent d'en différencier la confusion mentale primitive (2).

---

tinction est bien difficile, et un peu artificielle, entre ces cas de confusion primitive à forme hallucinatoire et de psychose hallucinatoire avec confusion secondaire; peut-être, comme nous le dirons plus loin, y aurait-il lieu de réunir tous ces cas sous le nom de *confusion hallucinatoire*, sans tenir compte de l'antériorité, un peu théorique, de la confusion sur les hallucinations, ou réciproquement.

(1) SÉGLAS. Leçons cliniques sur les maladies mentales. Paris, 1895. 14<sup>e</sup> leçon, p. 383-457.

(2) CHASLIN. La confusion mentale primitive. Paris, 1895.

Mais c'est surtout en Allemagne qu'ont été étudiées jusqu'ici les formes que nous aurons en vue dans notre description; on nous pardonnera par suite de nous étendre un peu plus longuement sur cette partie de l'historique (1).

Quelques mots d'abord sur l'histoire de la paranoïa, si intimement liée à celle de la psychose hallucinatoire que nombre d'auteurs considèrent encore aujourd'hui comme une paranoïa aiguë.

C'est à Snell (2) que revient l'honneur d'avoir décrit le premier en Allemagne, dès 1865, une forme de folie systématisée, se développant d'une façon primitive en dehors de la manie et de la mélancolie, et à laquelle il donna le nom de « *primäre* » ou « *eigentlicher Wahnsinn* ». Griesinger (3) en 1867, adopte l'opinion de Snell, mais substitue au mot de *Wahnsinn* celui de *Verrücktheit*. L'année suivante, Sander (4) décrit la forme de *Wahnsinn* primitif qu'il appelle « *originare* », forme qui se rencontre uniquement chez les sujets prédisposés, et dont l'apparition coïncide avec les premières manifestations de la vie psychique. En 1874, Samt (5) décrit à cette forme originale de Sander une variété *hallucinatoire*, qui comprend elle-même deux sous-variétés, l'une *dépressive* et l'autre *exaltée*.

Enfin, Westphal (6) le premier, en 1878, décrit une forme aiguë et tente une classification de la *Verrücktheit*, qu'il

(1) On trouvera des renseignements très complets sur ce point de l'histoire dans les deux travaux suivants :

SÉGLAS. La paranoïa. (*Arch. de neurol.*, 1887, T. XIV, p. 62, 221 et 393.)

KÉRAVAL. Les délires plus ou moins cohérents désignés sous le nom de paranoïa. (*Arch. de neurol.*, 1894, T. XXVIII, p. 475 et 1895, T. XXIX, p. 25, 91, 187 et 274.)

(2) SNELL. Ueber Monomanie als primäre Form der Seelenstörung. (*Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 1865, T. XXII, p. 368.)

(3) GRIESINGER. Vortrag zum Eröffnung der psychiatrischen Klinik zu Berlin, 2 mai 1867. (*Arch. f. Psych.*, 1867, T. I, p. 148.)

(4) SANDER. Ueber eine specielle Form der primären Verrücktheit. (*Arch. f. Psych.*, 1868-69, T. I, p. 387.)

(5) SAMT. Die naturwissenschaftliche Method in der Psychiatrie. Berlin, 1874; p. 38 et seq.

(6) WESTPHAL. Ueber die Verrücktheit. (*Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 1878, T. XXXIV, p. 252.)

divise en quatre groupes : 1<sup>e</sup> forme *hypocondriaque* ; 2<sup>e</sup> forme *chronique* (avec idées de persécution prédominantes et idées de grandeur ne survenant que plus tard) ; 3<sup>e</sup> forme *originale* de Sander ; 4<sup>e</sup> forme *aiguë*, caractérisée par l'explosion subite d'hallucinations, surtout de l'ouïe, souvent terrifiantes, s'accompagnant d'idées de persécution ; à l'acmé de la maladie, l'incohérence est telle qu'on croirait à un délire fébrile ; dans certains cas, il y a des impulsions, dans d'autres, au contraire, anéantissement complet : aussi Westphal fait-il rentrer dans ce groupe beaucoup de cas de mélancolie avec stupeur et les catatoniques de Kahlbaum. Ces délires aboutissent graduellement ou brusquement à la guérison.

Nous avons insisté sur le quatrième groupe de Westphal ; dans ses *formes aiguës*, cet auteur range à la fois, en effet, les cas de psychose hallucinatoire que nous avons en vue dans cette étude, et des cas ressortissant à ce qui a été décrit depuis sous le nom de confusion hallucinatoire ; la séparation de ces deux groupes morbides, d'ailleurs bien distincts, ne devait s'opérer que beaucoup plus tard.

Les idées de Westphal sont partagées par Feaux (1), qui, la même année, dans sa thèse, décrit un « *Wahnsinn hallucinatoire* » correspondant aux formes aiguës de *Verrücktheit* décrites par Westphal.

C'est cette expression *hallucinatorische Wahnsinn* qui devait être employée par Krafft Ebing dès la première édition de son traité (2). Cet auteur sépare très nettement cette forme de la paranoïa, et il place même ces deux affections très loin l'une de l'autre dans sa classification : tandis que la paranoïa (dont il admet une forme originale et une forme tardive) est une *dégénérescence psychique*, le délire hallucinatoire est une *psychonévrose*, c'est-à-dire un trouble accidentel ; et comme tel il se range à la suite de la manie, de la mélancolie et de la démence aiguë. Le professeur de Vienne rejette donc absolument l'hypothèse que le délire hallucinatoire

(1) FEAUX. Ueber den hallucinat. Wahnsinn. (*Th. Marbourg*, 1878.)

(2) KRAFFT EBING. Lehrbuch der Psychiatrie. Stuttgart, 1879. — Nous nous sommes servi, pour la rédaction de ce qui suit, de la 3<sup>e</sup> édition allemande (Stuttgart, 1888), ainsi que de la traduction française (Paris, 1897) faite par M. E. Laurent d'après la 5<sup>e</sup> édition allemande.

n'est qu'une forme aiguë de la paranoïa : « Je n'ai jamais observé, dit il, la transformation de ces délires en paranoïa systématique chronique. »

Il définit le Wahnsinn une psychonévrose qui repose, comme la stupeur dont il ne diffère que par l'intensité des phénomènes, sur l'épuisement fonctionnel du système nerveux (*psychose asthénétique*). D'ailleurs, les phénomènes d'excitation, dans le délire hallucinatoire, se manifestent presque exclusivement dans les centres sensoriels, très rarement dans les centres psycho-moteurs.

Quoique le Wahnsinn soit une affection du « cerveau développé et sain », Krafft Ebing admet que la prédisposition joue un rôle assez important dans l'apparition des troubles ; néanmoins, la cause occasionnelle doit être encore assez active ; elle est représentée le plus souvent par une maladie physique grave (impaludisme chronique, rhumatisme articulaire fébrile prolongé, convalescence de fièvre typhoïde, etc.) ou par toute autre cause d'affaiblissement (hémorragie abondante, inanition). Les cas décrits sous le nom de *délire des prisonniers* ressortissent pour une grande part au groupe du Wahnsinn hallucinatoire. Enfin, Krafft Ebing admet que les délires alcoolique, hystérique, épileptique ne sont que des Wahnsinn secondaires, et qu'on peut rencontrer des Wahnsinn épisodiques au cours de la paranoïa, de la manie, de la mélancolie, épisodes dus alors à l'épuisement cérébral qu'entraîne la psychose primitive.

Une pareille conception nosographique est très acceptable ; nous ne ferons qu'un reproche au psychiatre de Vienne : c'est de ne pas avoir séparé les cas où la confusion est primitive et où les hallucinations, quelque nombreuses qu'elles puissent être, ne sont que secondaires, de ceux où l'on observe la succession inverse ; ces derniers seuls seront retenus par nous comme psychose hallucinatoire, les autres constituant la confusion mentale primitive, telle que l'a décrite en France M. Chaslin.

Signalons un travail de Scholz (1), à la même époque, dans

---

(1) SCHOLZ. Ueber primäre Verücktheit. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1880.)

lequel cet auteur sépare nettement ce que l'on appelait paranoïa aiguë des formes chroniques de la même affection, en se basant sur les différences qui séparent le mécanisme psychologique mis en œuvre dans les deux cas; voici, d'après M. Séglas (1), le résumé de la théorie de Scholz : « On ne peut expliquer l'origine des délires systématisés sans tenir compte de la vie psychique inconsciente. Si, dans les conditions physiologiques, la sphère de l'inconscient est le fondement sur lequel s'organisent les processus psychiques élémentaires, dont les résultats finaux entrent ensuite dans le domaine de la conscience, ainsi, dans les maladies qui nous occupent, les représentations mentales doivent être le résultat définitif des activités inconscientes du cerveau, avec cette différence cependant que ces activités dérivent d'anomalies moléculaires des cellules nerveuses. Le mécanisme psychique est alors guidé par de fausses prémisses, et si l'appareil logique fonctionne régulièrement, c'est que sans doute il n'y a pas de modifications anatomiques profondes. Dans la forme aiguë, au contraire, l'inconscient n'a rien à voir; la genèse de la maladie est due aux perceptions morbides, qui, pour Scholz, ne se développent pas dans les centres corticaux, mais dans les appareils périphériques ou les voies conductrices. Mais il faut toujours un cerveau disposé pathologiquement à transformer en fausses perceptions l'excitation première. Aussi, le délire hallucinatoire se développe-t-il le plus souvent dans la convalescence des affections fébriles. A la suite des hallucinations apparaît alors le délire. » Cette citation résume admirablement les différences pathogéniques qui séparent les délires à base purement intellectuelle des délires d'origine sensorielle, les «combinatorische Formen» des «phantastische Formen», comme disent les Allemands; les premiers, dont la base pathologique est une perversion congénitale des facultés logiques, sont de véritables stigmates de l'état de dégénérescence; le type peut en être cherché dans le délire des persécutés-persécuteurs; alors que les seconds, conséquence naturelle, logique, de fausses perceptions, exigent pour se développer une prédis-

---

(1) SÉGLAS. La paranoïa. (*Arch. de neurol.*, 1887, T. XIV, p. 72.)

position bien moindre : telle nous paraît être la psychose hallucinatoire aiguë.

Avec Kröpelin (1), nous trouvons une conception qui rappelle d'assez près celle de Krafft Ebing, puisque ces deux auteurs séparent très nettement les psychoses hallucinatoires aiguës de la paranoïa ; mais qui en diffère en ce que Kröpelin classe tout à fait à part du Wahnsinn, sous le nom d'états aigus d'épuisement (*acuten Erschöpfungszustände*) les cas généralement considérés aujourd'hui en France comme confusion mentale primitive (2). Voici en quels termes, dans la 4<sup>e</sup> édition de son traité (p. 318), Kröpelin délimite le Wahnsinn : « entre les psychoses jusqu'ici décrites (manie et mélancolie, confusion mentale) et l'affection constitutionnelle spéciale désignée sous le nom de Verrücktheit (paranoïa), existe un groupe assez considérable d'affections mentales qui se distinguent des premières par l'importance des idées délirantes coordonnées et des troubles sensoriels, de la seconde par la coexistence d'états émotifs, le développement plus rapide et le pronostic plus favorable. »

Le Wahnsinn comprend deux grands groupes : le Wahnsinn hallucinatoire, avec les variétés simple, anxiostupide, progressive et labile, et le Wahnsinn dépressif, état très voisin de la mélancolie pure (3) : « c'est avec celle-ci la psychose typique de la ménopause. » Le premier groupe seul ressortit à notre sujet (4).

(1) KRÖPELIN. Psychiatrie; ein kurzes Lehrbuch. 4<sup>e</sup> éd.; Leipzig, 1893. — Die Abgrenzung der Paranoïa. (*Alg. Zeitschr. f. Psych.*, 1894, T. L, p. 1080.)

(2) Les idées de Kröpelin sont défendues dans diverses publications de son élève G. Ilberg. Voir notamment :

G. ILBERG. Le délire systém. haluc. d'orig. toxique. Congrès de Carlsruhe. (*Arch. neurol.*, 1894, T. XXVIII, p. 63.) — Le délire hallucinatoire. Congrès de Dresde. (*Arch. neurol.*, 1895, T. XXX, p. 263.) — Le manuel de psychiatrie du professeur E. Kröpelin. (*Annales médico-psycholog.*, 1895, T. II, p. 275.)

(3) Pour Kröpelin, le type de la mélancolie-psychose devrait être recherché dans la mélancolie sénile, forme caractérisée par de la dépression sans délire, ou avec idées délirantes et hallucinations rares et éparses, révélant l'affaiblissement intellectuel du sujet. Quant aux autres formes de mélancolie, elles ressortiraient soit au « Wahnsinn », soit aux psychoses périodiques, qui constituent pour Kröpelin un groupe extraordinairement compréhensif.

(4) Telle était du moins l'opinion du professeur de Heidelberg, exprimée

Mendel (1) admet une paranoïa simple et une paranoïa hallucinatoire, toutes deux possédant des formes aiguës et des formes chroniques ; il méconnaît donc l'autonomie des formes aiguës, qui ne sont pour lui qu'une modalité de la paranoïa. Mayser (2) au contraire admet que « *hallucinatorischer Wahnsinn* diffère essentiellement de *paranoïa* », mais il préférerait un terme autre que celui de *Wahnsinn*, qu'il trouve équivoque.

Citons encore Schüle (3) qui dans son traité sépare de la façon la plus nette *Wahnsinn* de *Verrücktheit* ou *paranoïa*, mais qui a le tort de multiplier les subdivisions à l'infini. Dans un travail plus récent (4) cet auteur admet : 1<sup>o</sup> une *paranoïa aiguë*, qui n'est qu'une *paranoïa chronique* en raccourci ; 2<sup>o</sup> un *Wahnsinn hallucinatoire aigu* (dans lequel se rangent les folies puerpérale, phthisique, infectieuse, etc.) où le trouble mental est sous la dépendance étroite des hallucinations ; 3<sup>o</sup> la *confusion mentale* où c'est l'incohérence qui domine la scène.

Nous ne voulons pas continuer cette énumération déjà trop longue des différentes opinions émises en Allemagne sur la question qui nous intéresse ici ; nous préférons, avec M. Séglas (5), classer en quatre groupes les opinions sur ce sujet :

1<sup>o</sup> Certains auteurs, à la suite de Westphal, décrivent à côté

---

dans les quatre premières éditions de son traité; dès la cinquième, par contre (Leipzig, 1896), il modifie complètement sa classification, pour laquelle il prend comme base, non plus la clinique, mais la pathogénie. Par suite, le groupe, cependant si homogène, du *Wahnsinn hallucinatoire* disparaît, et les cas auxquels il s'appliquait sont rattachés soit aux folies toxiques, soit aux folies périodiques, dont le domaine est encore étendu. La sixième édition, parue tout récemment (Leipzig, 1899), est conçue dans le même esprit que la cinquième, dont elle ne diffère que par quelques détails. Nous avouons regretter beaucoup la classification ancienne de Kröpelin, qui nous avait toujours paru un modèle de clarté et de vérité clinique; le procès des groupements basés uniquement sur la pathogénie, encore si incertaine, des affections mentales a été fait trop de fois pour que nous le recommandions ici.

(1) MENDEL. (*Eulenburg's Encyclopedie*, nov. 1883.)

(2) MAYSER. *Hallucinatorischer Wahnsinn*. (*Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 1885, T. XLII, p. 1.)

(3) SCHÜLE. *Klinische Psychiatria*. 3<sup>e</sup> éd. Leipzig, 1886. — Cette édition a été traduite en français par MM. Dagonet et Duhamel (Paris, 1888).

(4) SCHÜLE. *Beitrag zur Lehre der Paranoïa*. (*Allg. Zeitschr. f. Psych.*, T. L, 1 et 2.)

(5) SÉGLAS. *Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses*. Paris, 1895, p. 386 et seq.

de la paranoïa chronique, typique, une forme aiguë. Merklin (1), Schœfer (2), adoptent à cet égard les idées de Westphal (3). C'est aussi l'opinion la plus généralement admise en Italie, comme nous le verrons plus loin; l'opinion de M. Magnan s'en rapproche aussi, puisque cet auteur englobe tous les cas aigus qui ne sont ni de la manie ou de la mélancolie, ni des délires toxiques ou névrosiques, sous le nom de délires d'emblée et polymorphes.

2<sup>e</sup> D'autres auteurs, avec Krafft Ebing, n'admettent pas l'existence d'une forme aiguë de paranoïa, et décrivent sous un nom commun — variable selon les auteurs — toutes les formes aiguës : tels Mayser (4), Fritsch (5), Meynert (6), Koch (7), etc.

3<sup>e</sup> Une troisième opinion admet une distinction dans les formes aiguës : ainsi Kirchoff (8) admet, à côté de la paranoïa chronique, un Wahnsinn, forme aiguë mais cohérente et une Verwirrtheit ou confusion (9). Ziehen (10), Schüle (11), Kröepelin (12) soutiennent une opinion assez analogue.

(1) MERKLIN. *Studien ueber die primäre Verrücktheit.* (*Th. Dorpat*, 1879.)

(2) SCHŒFER. *Ueber die Formen der Wahnsinn.* (*Allg. Zeitschr. f. Psych.* T. XXXVII.)

(3) KOPPEN, dans un travail récent, dont nous ne connaissons malheureusement qu'une analyse (Ueber acute Paranoia, *Neurol. Centr.-Bl.*, 15 mai 1899, p. 434, analysé in *Rev. neurol.*, 1899, p. 672) semble partager les idées des auteurs de ce premier groupe, et ne distingue pas la paranoïa aiguë des délires hallucinatoires.

(4) MAYSER. *Zum sogenan. hallucin. Wahnsinn.* (*Allg. Zeitsch. f. Psych.*, 1885, T. XLII.)

(5) FRITSCH. *Zur Frage der primären Verrücktheit.* (*Jahrb. f. Psych.*, 1879, T. I.)

(6) MEYNERT. *Die acuten Formen des Wahnsinns.* (*Jahrb. f. Psych.*, 1881, T. III.)

(7) KOCH. *Beitrag zur Lehre von der primären Verrücktheit.* (*Allg. Zeitsch. f. Psych.* T. XXXVI.)

(8) KIRCHOFF. *Lehrbuch der Psychiatrie.* Leipzig, 1892.

(9) Cette opinion se trouve exposée très clairement dans un travail de CRAMER (Abgrenzung und Differential Diagnose der Paranoia, *Allg. Zeitschr. f. Psych.* T. LI). Cet auteur admet en effet trois groupes : d'une part, les *folies émotions* (manie et mélancolie) ; d'autre part l'*anoïa* (stupeur ou démentie aiguë) caractérisée par l'arrêt aigu des fonctions psychiques ; et, entre les deux, le groupe des *folies intellectuelles* ou *paranoïas*, comprenant trois genres : le *Wahnsinn* (psychose hallucinatoire aiguë) la *Verwirrtheit* (confusion mentale) et le *Verrücktheit* (délire systématisé chronique).

(10) ZIEHEN. *Ueber Störungen der Vorstellungsablaufs bei der Paranoia.* (*Arch. f. Psych.* T. XXIV.)

(11) SCHÜLE. *Loc. cit.*

(12) KREPELIN. *Loc. cit.* et die Abgrenzung der Paranoia. (*Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 1894, T. L.)

4<sup>e</sup> Enfin, une dernière opinion, plus éclectique encore -- c'est celle à laquelle se rattache M. Séglas, et à laquelle nous adhérons aussi à peu près sans réserves -- admet, à côté de la paranoïa chronique (qui correspond à nos délires systématisés chroniques) trois groupes de cas aigus :

a) La *paranoïa aiguë*, forme à développement rapide reposant sur une base purement intellectuelle — analogue à l'idée obsédante —, tandis que les phénomènes sensoriels, inconstants, ne jouent qu'un rôle épisodique et secondaire; nous donnons plus loin un exemple de cette forme, emprunté à M. Séglas.

b) La *psychose hallucinatoire aiguë* que nous décrivons ici, et qui est caractérisée par son apparition brusque, l'intensité des phénomènes hallucinatoires primitifs qui surprennent le malade en pleine conscience et n'arrivent pas à donner naissance à un délire coordonné, enfin par son évolution rapide et son pronostic relativement favorable.

c) La *confusion mentale primitive* telle que l'a décrite M. Chaslin, avec ses diverses variétés de degré. Peut-être même y aurait-il lieu de faire une entité morbide à part de la *stupeur* telle que nous la connaissons depuis Delasiauve, car dans ce cas il n'y a pas seulement confusion dans les idées, mais bien suspension à peu près absolue de tous les processus psychiques.

Nous ferons remarquer que cette classification nous paraît naturelle, car elle nous mène des formes les mieux systématisées et les plus chroniques, celles qui portent le plus profondément empreinte la griffe dégénérative, à des formes de moins en moins cohérentes et de plus en plus accidentnelles, si bien que nous arrivons par des transitions insensibles à la confusion mentale, affection tout aussi peu constitutionnelle que la manie ou la mélancolie les plus légitimes.

Après ce qui précède, nous pouvons être très bref pour tout ce qui a trait à l'état de la question en Russie, en Italie, en Angleterre.

En Russie, Greidenberg (1) admet une paranoïa hallucina-

---

(1) GREIDENBERG. Contribution à l'étude de la folie aiguë hallucinatoire. (*Messager de psych. et neuropathol.*, 1885.)

## — 20 —

toire aiguë; Rosenbach (1), au contraire, déclare que ces formes ont le même droit d'être classées dans un groupe à part que la mélancolie, la manie et le délire chronique (paranoïa). Il propose de leur donner le nom de folie générale, désignation qui permet de comprendre à la fois les états aigus et les états chroniques qui leur succèdent parfois. De même encore Korsakoff (2) qui les oppose sous le nom de dysnoïa aux paranoïas.

En Angleterre, Bunkill et Tuke (3), en Amérique, Spitzka (4) adoptent la théorie de la paranoïa, sans décrire à part les formes aiguës.

En Italie, la paranoïa fait l'objet de nombreux travaux; nous citerons ceux de Morselli et Buccola (5), d'Amadei et Tonnini (6), de Tanzi et Riva (7), qui tous décrivent une forme aiguë de paranoïa, sans en isoler le délire hallucinatoire, de Salemi Pace (8), qui admet, au contraire, une folie sensorielle, qu'il a le tort de considérer comme délire partiel.

(1) ROSENBACH. Contribution à l'étude de quelques formes aiguës d'aliénation mentale et de leurs rapports avec la paranoïa. (*Annales médico-psychol.*, T. XIII, n° 2.)

(2) KORSAKOFF. Sur les formes aiguës de folie. (*Revue médicale de Moscou*, 1891, T. XXXV, n° 3.)

Citons encore :

ORCHANSKY. Ueber Bewusstseinsstörungen und deren Beziehungen zur Verücktheit und Dementia. (*Arch. f. Psych.*, 1892, T. XX.) — SERISKY. Ueber die acuten Formen von amentia und Paranoïa. (*Allg. Zeitsch. f. Psych.*, T. XLVIII.)

(3) BUKNILL et TUKE. A manual of psychol. medicin., Londres, 1879.

(4) SPITZKA. Manual of Insanity. New-York, 1883. — Insane delusions; their mechanism and their diagnostic bearing. (*Journ. of nervous and mental Diseases*, 1881.) — Citons encore l'ouvrage de HAMMOND (A treatise of insanity. Londres, 1883).

(5) MORSELLI et BUCCOLA. La pazzia sistematizzata. (*Giorn. della R. Acad. di Torino*, 1883, p. 210.)

BUCCOLA. I deliri sistematizzati primitivi. (*Riv. sper. di freniatria*, 1882, p. 80.)

Ajoutons le bel ouvrage de MORSELLI (Manuale di semeiotica delle malattie mentale. Milan, 1885-9\*).

(6) AMADEI et TONNINI. La paranoïa e le sue forme. (*Arch. ital. per le malat. nerv.*, 1883-84.)

(7) TANZI et RIVA. La paranoïa. (*Riv. sper. di freniatria*, 1884-85-86.)  
TANZI. La paranoïa e la sua evoluzione storica. (*Riv. sper. di freniatria*, 1884.)

(8) SALEMI PACE. La classificazione delle frenopatie. (*Il Pisani*, 1885.)

En résumé, et c'est la conclusion que nous tirerons de ce long exposé de doctrines, nous voyons que du groupe de la paranoïa, ou délire systématisé, on a tiré des psychoses, qui, considérées d'abord simplement comme des modes aigus de la paranoïa, en ont été depuis distinguées sous deux rubriques bien distinctes, la *confusion mentale* et la *psychose hallucinatoire*, à côté desquelles il y a peut-être lieu de réservier une place à part pour le délire systématique aigu (*paranoïa aigüe*).

## CHAPITRE II

## Symptomatologie.

Avant de tenter la description clinique de la psychose hallucinatoire aiguë, nous croyons indispensable de présenter quelques observations qui nous semblent réaliser ce type morbide dans sa pureté : « Ce sont les observations bien prises, écrivait récemment M. le professeur Dieulafoy (1), qui donnent la vie aux tableaux morbides ; elles sont le travail d'analyse, sans lequel le travail de synthèse n'aurait aucune valeur. »

Le premier cas que nous rapportons nous a été communiqué par notre maître, M. le docteur Sérieux : il s'agit d'une jeune fille de 23 ans, qui, après avoir présenté durant deux jours des sifflements dans les oreilles, devint très rapidement hallucinée ; tous les sens furent atteints, l'ouïe d'abord, puis la vue, l'odorat, le goût, la sensibilité générale ; moins de trois mois après le début de sa psychose, il ne restait plus trace des phénomènes sensoriels si intenses du début.

T. XLVIII  
OBSERVATION I (Originale) (2).

Une jeune fille de 23 ans, sans antécédents pathologiques héréditaires ni personnels, entre le 19 mars 1890 à l'asile de Vaucluse, dans le service de M. le docteur Boudrie, alors suppléé par M. Sérieux. Les troubles qui ont amené l'internement remontent à 15 jours environ. Après une période de 2 jours pendant lesquels la malade perçut des sifflements dans les oreilles, l'hallucination auditive verbale apparaît subitement ; cette jeune fille entend la voix d'un de ses voisins, auquel elle

(1) DIEULAPY. La pleurésie interlobaire. (*Sémaine Médicale*, 1899, p. 371.)

(2) M. Sérieux a résumé cette observation en quelques lignes dans un mémoire sur « le délire chronique à évolution systématique et les psychoses dégénérées » paru dans le *Bulletin de la Société de médecine mentale de Belgique* en 1891.

pensait depuis quelque temps sans lui avoir jamais parlé; il lui fait des menaces : « on va te tuer », ou « tu vas mourir ». On répète à haute voix tout ce qu'elle fait. « Tiens, elle change de chemise, dit-on pendant qu'elle se déshabille. » On lui demande encore d'accomplir certains actes qu'elle ne voudrait pas faire : de manger du charbon, d'embrasser une pelle à feu, de voler des morceaux de pain. « Tu verras, je te ferai faire tout ce que je voudrai. » Bientôt se font entendre deux autres voix, de femmes celles-ci, et qui prennent la défense de la malade; ce sont les voix de la mère et de la tante du jeune homme qui s'était fait entendre le premier.

La malade appelle l'une de ces personnes « M<sup>me</sup> la somnambule »; elle ne peut ni agir ni parler sans la permission de ce personnage, à qui elle s'adresse à chaque question qu'on lui pose. « Je ne me souviens plus, dit-elle, je vais demander à M<sup>me</sup> la somnambule. » En outre, celle-ci la fait parler « par le cœur »; c'est ainsi qu'elles conversent ensemble. Le premier jour, cette parole intérieure l'a étonnée; mais actuellement, il lui semble tout naturel de causer ainsi.

Ajoutons à ces troubles sensoriels auditifs l'existence d'hallucinations de la vue assez actives (elle voyait des bêtes qui allaient la dévorer, elle voyait le paradis), d'hallucinations pénibles du goût et de l'odorat (ses aliments ont une saveur désagréable, ont l'odeur des matières fécales), de troubles de la sensibilité générale.

Bientôt, les voix changent de nature; elles deviennent consolatrices, lui font entrevoir des compensations pour ses souffrances actuelles « on vantait son bon cœur, on la récompenserait ». Peu à peu, elles diminuent d'intensité et de fréquence, et moins de trois mois après le début de la maladie, elles disparaissent tout à fait.

La malade quitte l'asile en parfaite santé physique et morale le 17 août, après un séjour de cinq mois.

Notre second malade est un homme de trente-neuf ans; comme on le verra, il avait des habitudes d'intempérance anciennes, et ce fait, joint à l'aspect des troubles délirants qui motivaient son internement, fit porter tout d'abord le diagnostic de délire alcoolique, que l'évolution ultérieure de la maladie ne tarda pas à faire réformer.

#### OBSERVATION II (Personnelle).

1. Joachim, avocat, 39 ans. Entré le 9 décembre 1898, sorti le 3 janvier 1899.

Nous n'avons aucun renseignement sur les *antécédents héreditaires* de ce malade; comme *antécédents personnels* nous n'avons à signaler que des habitudes d'intempérence déjà anciennes; il y a trois ans, notamment, il a commis des excès considérables : il buvait beaucoup de bière et de whisky; à la suite de ces excès, il a eu un accès de delirium tremens; il en a guéri sans encombre, mais a présenté, depuis, à plusieurs reprises, des impulsions suicides et homicides, non suivies d'effet, et de courtes périodes subdélirantes, dues manifestement à l'alcool (1895-96-97). Des troubles gastriques assez graves le forcèrent à la sobriété pendant cinq ou six mois, dans le courant de 1898; mais sitôt rétabli, il se remit à boire, et ces nouveaux excès paraissent avoir joué un rôle assez important dans l'apparition des troubles mentaux actuels.

Au commencement de novembre, le malade commence à devenir inquiet, à présenter quelques interprétations délirantes. « Le lit chante, dit-il. » — Un de ses amis, M. S..., qui vit avec lui, change d'attitude à son égard; un jour le malade l'accuse d'avoir mis des pilules dans sa tasse à café. En même temps, les nuits sont moins bonnes, l'insomnie devient absolue dès le 8 novembre. Le 10, un médecin consulté prescrit un hypnotique; dans la nuit même, les phénomènes hallucinatoires apparaissent avec une intensité extrême : des voix insultent le malade en espagnol (sa langue maternelle), le traitent de « cochon, sale canaille, pédéraste » — « Il n'est pas de mèchancetés ni de grossièretés qu'elles lui épargnent. »

Le lendemain, 11 novembre, des bruits de trompettes et de tambours se font entendre, des insultes poursuivent le malade partout, chez lui comme dans la rue; il se décide alors à fuir et prend le train pour Londres (il habitait une petite localité du comté d'Essex); pendant le trajet, les voix continuent à s'entretenir de lui, d'un wagon à l'autre; on dit qu'il ne sait rien, qu'il est inintelligent, qu'il n'a aucune valeur; dans toutes les gares, à tous les arrêts du train, les injures redoublent; des gamins insultent sa femme, sa petite fille, les traitent de « putains ». Arrivé à destination, on continue à le suivre en l'insultant, si bien qu'il se décide à se rendre dans un bureau de police, où, pour se faire arrêter et passer en justice, il se déclare criminel. On ne l'écoute pas; alors, affolé, il part pour Paris, afin de se mettre sous la protection du ministre de son pays; dans le bateau les injures continuent; puis une voix lui lit un testament, dans lequel on le déclare héritier d'un grand personnage; on disait encore qu'il avait des diamants, qu'il possédait 30,000 millions. On lui fait sentir des odeurs de phosphore et d'acide prussique, on a sans doute mis aussi de ces substances dans ses aliments.

A Paris, il va à la légation de son pays, où on l'engage à

retourner chez lui; on lui donne même un secours de route, car il est parti de Londres sans argent; il se rend alors à la gare Saint-Lazare pour prendre son billet, et en attendant le train, il entre dans un café où il boit de la bière; à ce moment, il entend crier dans la rue « à mort, l'assassin ! »; il croit que c'est de lui qu'il s'agit, cherche à s'enfuir et se fait arrêter (13 novembre). Il est alors conduit à l'infirmerie du Dépôt, où il est l'objet du certificat suivant: « est atteint d'alcoolisme, accès aigu, divagations, assassins imaginaires, turbulence nocturne; tremblement des mains, hallucinations, croit que Paris est en révolution, que le ministre de son pays est assassiné, que des individus s'introduisent la nuit dans son domicile ». Le diagnostic de délire alcoolique est confirmé le lendemain (15 novembre), par M. Magnan, au service de l'admission de Sainte-Anne.

Transféré à Ville-Evrard le 21 novembre, il est d'abord placé, comme alcoolique, dans le service de M. Legrain, qui porte sur lui le diagnostic de « dépression mélancolique avec raptus hallucinatoire, hallucinations de l'ouïe, idées de persécution, idées mystiques; il entend la voix de Dieu, on l'empoisonne avec de l'acide phosphorique. Traces probables d'un délire systématisé récent ».

Enfin le malade est passé à la Maison de santé, dans le service de notre maître M. Sérieux, le 9 décembre; et nous constatons alors que ce prétendu alcoolique présente encore des hallucinations excessivement intenses, après vingt-six jours de séjour à l'asile et d'abstinence. Il ne manifeste plus de craintes d'empoisonnement, mais passe ses journées à écouter ses voix; on l'insulte encore fréquemment, on lui déclare qu'il est fou; par moments, les hallucinations paraissent revêtir une teinte ambitieuse; c'est ainsi qu'on lui déclare « qu'il est la victime innocente d'un plan contre la Belgique, la France et l'Angleterre ». On lui annonce encore qu'il vient d'être nommé gouverneur de son pays, mais que le peuple ne veut pas de lui; on lui énumère alors tous les supplices qu'il va subir.

Toutes ces hallucinations surprennent le malade, dont la conscience reste intacte; il est inquiet de toutes ces menaces, se demande pourquoi on le poursuit ainsi; mais il se contente d'enregistrer ce qu'il entend dire, sans bâtir le moindre système délivrant avec les matériaux ainsi fournis à son esprit.

Au bout de quelques jours, il commence à protester contre son internement; il accepte plus volontiers l'hypothèse que les voix qu'il entend sont le résultat de phénomènes morbides. Les hallucinations persistent encore pendant tout le courant du mois de décembre, mais avec une fréquence et une intensité nettement décroissantes.

Dans les premiers jours de janvier, le malade est transféré à

Londres sur les instances de sa famille; il est alors amélioré, mais non guéri, ainsi qu'en témoigne le certificat suivant de M. Sérieux : « M. I... est atteint de délire hallucinatoire avec prédominance des hallucinations de l'ouïe. Tendances agressives; idées confuses de persécution. Le malade est en voie d'amélioration, mais il est loin d'être guéri et doit être maintenu en traitement dans un établissement spécial. »

Voici maintenant une femme de cinquante-deux ans; après une période prodromique assez indécise, caractérisée surtout par des inquiétudes vagues, le raptus hallucinatoire éclate avec une grande intensité, provoquant l'apparition d'un délire en apparence systématisé, mais où les idées de persécution, érotiques, mystiques, ambitieuses, se coudoient, s'entremêlent, se succèdent sans autre raison que le contenu variable des hallucinations; la guérison est obtenue au bout de huit mois.

#### OBSERVATION III (Personnelle).

M<sup>me</sup> S. Jane, sans profession, 52 ans. Entrée le 6 avril 1899. Nous ne trouvons rien chez cette malade comme *antécédents héritaires*. Dans son *passé pathologique*, nous ne relevons, comme maladie grave, qu'une fièvre typhoïde pendant la jeunesse, avec violent délire. De trois grossesses qu'a eues la malade, la première s'est terminée par une fausse couche de trois mois, la seconde par l'expulsion du fœtus au cinquième mois, la troisième enfin est arrivée à terme, mais l'enfant est mort au bout de quatre ou cinq heures. Ajoutons que la malade, qui a un léger tremblement oscillatoire des doigts, prétend avoir toujours tremblé ainsi, de même que son père.

Trois mois environ avant l'entrée, cette femme, jusque-là bien portante, a présenté de notables modifications de l'humeur; elle est devenue triste, soupçonneuse; on la suivait dans les rues, on disait du mal d'elle, mais il n'est pas possible d'affirmer qu'il y ait eu déjà des hallucinations. Un jour, elle prend un couteau pour protéger son mari qu'elle croit menacé; un autre jour, elle voit sur le boulevard un homme posté derrière un arbre, et qui lui paraît avoir de mauvaises intentions.

Envoyée à Nice pour se distraire, elle y passe deux mois assez calmes; mais à peine revenue à Paris, il y a une quinzaine de jours, elle recommence à délirer; les hallucinations deviennent très actives, maintenant la malade dans un perpétuel état de crainte et d'anxiété, et donnant naissance à un délire polymorphe, avec idées de persécution, mystiques, ambitieuses et érotiques.

A son entrée dans le service, la malade est très hallucinée, et la mobilité de sa physionomie trahit la diversité des sentiments que les voix lui font éprouver. On l'a amenée ici, dit-elle, parce qu'on la fait passer pour folle; d'ailleurs, elle a bien voulu venir, parce qu'ainsi elle sauvera le monde. On l'hypnotise. Celui qui la tourmente de toutes les façons, qui en veut à son honneur, à sa vie, se nomme, d'après les voix, Cesare Ponticoboli; il voudrait l'épouser, mais elle ne veut pas, car c'est un méchant homme, et d'ailleurs elle est mariée avec Louis Vivinc, qui est Dieu. M. S... (son mari) n'est que son frère, que l'on fait passer pour son mari. M. S... n'est pas un assassin, comme on le dit; l'assassin est Cesare Ponticoboli, qui a fait crucifier Louis Vivinc. Le même Cesare Ponticoboli a d'ailleurs commis bien d'autres méfaits; il a mis de la dynamite devant la porte de la malade pour la faire sauter; il voulait aussi la séduire pour « *lui faire un médium entre deux sexes* » (ne sait pas ce que cela veut dire, c'est ainsi que les voix s'expriment).

« Elle a été mariée à 7 ans avec Louis Vivinc, qui était alors chasseur à pieds; elle l'a revu pour la seconde fois à Tunis, il y a quelques années, où il faisait partie de la musique d'un régiment de zouaves; quand elle a quitté Tunis, il est venu jouer de la clarinette devant la maison de son frère; enfin, elle l'a retrouvé tout récemment à Colombes, où il s'était déguisé en garçon pâtissier pour se rapprocher d'elle. » Louis Vivinc n'est d'ailleurs pas son vrai nom; il est *marquis de Cauvin, ambassadeur de Madagascar*.

« Cesare Ponticoboli a tué Louis Vivinc, parce que Louis Vivinc est Dieu et mon mari; je suis la vierge Marie, et nous avons donné le jour à Elizah le Messie qui va sauver le monde... Mon Dieu viendra cette nuit à minuit, et il va sonner le Chofar (le Chofar, c'est la trompe dont on sonne le jour de notre Grand Pardon); c'est pour dire que la journée de pénitence est finie... Quand j'ai quitté Nice, Louis Vivinc m'a demandé un souvenir; j'ai retiré ma cravate et je lui ai « chanté » qu'il la trouverait après mon départ sur mon oreiller; il a demandé à mourir dans mon lit, parce que le soir que je suis partie, il a été circoncis comme un israélite, parce qu'il a dit que c'était la vraie religion, puisque je disais mes prières comme une israélite; après l'opération, on lui a fait un bandage avec ma cravate; c'est ma cravate qui lui a sauvé la vie, donc son sang s'est mélangé au mien, et voilà pourquoi Elizah le Messie est fait de nous deux, Louis Vivinc et Bibi S... »

Elle a fait une tentative d'empoisonnement par absorption de teinture d'iode, parce qu'« elle avait entendu la voix d'un homme qui était à l'hôtel X (à Nice) et qui la déteste parce qu'il a cru qu'elle était une fille, une sale fille ».

Elle converse continuellement avec Louis Vivinc; elle lui chante ce qu'elle a à lui communiquer; il lui répond de même en chantant, parfois en français, souvent en anglais (langue maternelle de la malade).

Les jours suivants, ces hallucinations auditives persistent très intenses; Mme S... est en communications presque constantes avec Louis Vivinc; elle cause avec lui en chantant, il lui répond de même, mais tandis qu'il chante pour lui faire du bien, pour l'encourager, lui dicter sa conduite, une autre voix d'homme chante des paroles injurieuses pour elle, dans le but de lui faire du mal. On lui dit « qu'elle est une petite femme, une petite fille, qu'elle a été séduite à 6 ans par son frère, on lui reproche de se mal conduire ».

Pendant les semaines qui suivent, les phénomènes sensoriels s'atténuent, et le délire, qui est sous leur dépendance étroite, tend à se désagréger. La malade renonce peu à peu à l'idée qu'elle a donné le jour au Messie, qu'elle est la vierge Marie, que Louis Vivinc est Dieu; elle accepte l'idée que M. S... est son mari, et lui fait bon accueil quand il vient la voir.

Néanmoins, le calme n'est pas revenu; la malade se plaint de la nourriture, elle croit qu'on essaye de l'empoisonner; la nuit, elle se barricade dans sa chambre, dans la crainte qu'on s'introduise chez elle pour l'outrager.

Dans le courant du mois d'août, l'amélioration s'accentue; les hallucinations, devenues épisodiques, cèdent le pas, comme importance, aux interprétations: les filles de service la regardent de travers, manquent d'égards pour elle; une porte laissée ouverte le soir pour les besoins du service, un bain qu'on l'invite à prendre, une potion qu'on lui ordonne, deviennent autant de prétextes à des interprétations délirantes dans lesquelles les préoccupations génitales paraissent jouer un rôle prépondérant. L'hallucination fait, d'ailleurs, d'assez fréquents retours offensifs: une nuit, c'est une musique agréable qui se fait entendre dans un coin de sa chambre; une autre nuit, elle voit, dans une sorte de rêve, une des filles du service couchée à demi nue dans son propre lit, et faisant des gestes obscènes; ailleurs, elle prétend qu'on est venu la violer pendant la nuit, grâce à l'engourdissement où nous l'avions plongée par une potion ordonnée à la visite. Mais bientôt la conscience se ressaisit; depuis que l'hallucination est devenue plus rare, l'esprit de la malade s'affranchit de son joug, et admet parfois la morbidité des phénomènes ressentis.

Actuellement, les hallucinations ont complètement disparu depuis plusieurs semaines, la malade est tout à fait calme; son humeur, autrefois hautaine et agressive, est devenue agréable et enjouée; elle reconnaît qu'elle a été malade, traite de fables ridicules les conceptions ambitieuses et mystiques qu'elle a

présentées, et se dispose à retourner guérie chez elle après un séjour dans le service de huit mois. Le poids du corps s'était relevé en même temps que l'état mental s'améliorait; de 59 kilogrammes à l'entrée, il est actuellement de 76 kilogrammes.

Le cas suivant concerne un homme de trente-trois ans, fils d'une mère vésanique; sans cause immédiate appréciable, apparaissent des troubles sensoriels d'une grande intensité, amenant avec eux des idées ambitieuses et de persécution assez bien coordonnées. Au bout de quatre mois, le délire s'effrite en même temps que les hallucinations disparaissent presque complètement, et le malade peut quitter l'asile dans un état très satisfaisant.

#### OBSERVATION IV (Personnelle).

G... Jean-François, 33 ans, tailleur. Entré le 8 avril 1898, sorti le 31 juillet 1898.

*Antécédents héréditaires.* — Ne présentent rien de particulier du côté paternel; la mère, de caractère bizarre, a eu à l'occasion de la naissance du malade un accès délirant dont elle a parfaitement guéri, et sur lequel on n'a pas d'autres renseignements.

Le malade a eu deux enfants, l'un, mort en bas âge de convulsions; le second, encore vivant, présente « quelques secousses nerveuses ». Deux autres grossesses de la femme se sont terminées par des fausses couches.

Rien à signaler comme *antécédents personnels*.

L'état actuel remonte au début de janvier; à ce moment, le malade a commencé à manifester quelques craintes d'empoisonnement; il se plaignait de souffrir de l'estomac et cherchait à se faire vomir, et prétendait aussi qu'on mettait dans ses chaussures « des choses qui devaient le rendre fou ou poitrinaire ».

Au bout de peu de jours, tout paraissait rentré dans l'ordre; mais au commencement de février, le malade recommence à manifester les mêmes inquiétudes; il se plaint encore qu'on a cherché à l'empoisonner, à le faire passer pour fou; il prétend qu'on le suit dans la rue.

Dans les premiers jours de mars, il s'excite à nouveau, commence à proférer des menaces contre sa femme, qu'il paraît rendre en partie responsable des persécutions dont il se croit l'objet. Il présente en même temps une vive excitation génitale, et lui qui jusque-là avait toujours eu une tenue très cor-

recte, il essaye de violenter sa belle-sœur, puis une des ouvrières employées chez lui. L'agitation ne fait que croître; d'autre part, l'animosité contre sa femme augmente : il menace de l'étrangler; il la met à la porte de chez lui, se prétendant divorcé. Enfin, les phénomènes hallucinatoires, préparés par cette longue phase d'inquiétudes et d'interprétations délirantes, apparaissent subitement avec une intensité remarquable : le malade entend constamment la voix d'une de ses clientes, M<sup>me</sup> C..., qui se dit reine des reines, et lui déclare qu'elle le choisit pour son neveu. A ce moment, il se livre à des actes de violence envers sa femme, qui se décide à le faire interner.

A l'infirmerie du Dépôt, où il est mené tout d'abord, il fait l'objet du certificat suivant : « Est atteint d'agitation maniaque qui paraît symptomatique d'un début de paralysie générale; propos déraisonnables, menaces envers sa femme. Appétence sexuelle exagérée. Empoisonnements imaginaires. Hallucinations auditives. Troubles de la sensibilité générale. Attitude bizarre. A essayé de violenter sa belle-sœur. Parle avec M. Félix Faure, etc. »

Il passe le 5 avril à Sainte-Anne, où M. Magnan porte sur lui le diagnostic « de dégénérescence mentale avec hallucinations, troubles de la sensibilité générale, prédominance d'idées de persécution : on lui dit des sottises, on lui fait prendre du poison, *il se sent ballotté comme dans un navire* ».

A son entrée dans le service, le 18 avril, le malade présente surtout des idées de persécution, provoquées par des hallucinations multiples, particulièrement auditives. Il est toujours persuadé que sa femme a tenté de l'empoisonner; au début, il trouvait mauvais goût à ses aliments, il se doutait bien qu'on cherchait à lui faire du mal, mais il ne savait pas d'où ça venait. Ce qui l'a mis sur la voie, c'est qu'un jour sa femme lui fit mettre des bottines qu'il avait déjà portées plusieurs fois sans rien remarquer d'anormal; sitôt dans la rue, son pied tourna; il n'y attacha d'abord pas d'importance, mais le même accident s'étant reproduit aussitôt plusieurs fois de suite, il fut bien obligé d'en conclure que sa femme cherchait à lui faire du mal; d'ailleurs, des voix lui expliquèrent que le mobile qui poussait sa femme à se débarrasser de lui était un projet de mariage avec un bijoutier.

En même temps, M<sup>me</sup> C..., qui se déclare la reine des reines, lui annonce qu'elle le choisit pour neveu; il sera François I<sup>r</sup>; du reste, ne s'appelle-t-il pas Jean-François? Sous l'empire de ces révélations, il est allé « faire François I<sup>r</sup> » devant le ministère des finances, et le planton lui a présenté les armes.

M<sup>me</sup> C... lui dit encore qu'il sera roi de France, comme étant

son héritier; il sera en même temps inspecteur des magasins du Louvre. D'autres fois, les voix lui déclarent qu'il doit sauver la France, en prenant la place de Dreyfus.

Au bout de quelques jours, le malade se déclare satisfait d'être dans le service: ici, du moins, il est à l'abri des tentatives criminelles de sa femme. Il continue à entendre de nombreuses voix, celle de sa femme, celle de M<sup>me</sup> C..., celle de la « somnambule » qui lui dit bien des choses, mais lui défend de les répéter.

Pendant les semaines suivantes, l'état ne se modifie pas sensiblement; le malade est toujours très halluciné, il est en communications presque continues avec M<sup>me</sup> C... et avec la somnambule; il se croit en sûreté ici, on ne cherche plus à l'empoisonner, mais il pense toujours que sa femme a cherché à le faire disparaître.

Vers la fin de mai, les troubles sensoriels ont beaucoup diminué d'intensité; le malade commence à reconnaître qu'il s'est peut-être trompé en accusant sa femme; mais il accepte toujours sans contrôle ce que lui disent ses voix.

Ces derniers troubles s'effacent peu à peu, et dès la fin de juin, le malade accepte assez volontiers l'hypothèse que les voix qu'il entend encore ne sont que des phénomènes morbides; peu après, sa famille, le trouvant suffisamment guéri, le retire de la Maison de santé, bien qu'il présente encore quelques hallucinations de l'ouïe, auxquelles il n'attache d'ailleurs plus d'importance.

Notre cinquième observation concerne une femme de quarante-trois ans, ayant déjà eu un accès délirant post-typhique dans sa jeunesse, et dont les deux frères auraient eu aussi des troubles mentaux. Brusquement apparaît chez cette femme un raptus hallucinatoire très intense, avec idées de persécution et de grandeur. Au bout d'un mois, la malade quitte le service, très améliorée, sinon guérie.

#### OBSERVATION V (Personnelle).

M<sup>me</sup> C... Françoise, sans profession, 43 ans. Entrée le 18 octobre 1899; sortie le 16 novembre 1899.

Nous n'avons que des renseignements très incertains sur les antécédents, tant héréditaires que personnels, de cette malade. D'après ce que nous écrit le médecin habituel de la famille, « la malade aurait déjà été internée vers sa vingtième année à Sainte-Anne, elle avait eu précédemment une fièvre

typhoïde; ses deux frères auraient aussi été pensionnaires de maisons d'aliénés; elle a deux enfants en bonne santé ». Il nous a été impossible d'obtenir des renseignements plus précis sur ces divers points.

Le 6 octobre, après une phase d'inquiétude de deux ou trois jours de durée, avec lassitude, maux de tête, sentiment d'un état maladif, des phénomènes hallucinatoires d'une grande intensité font leur apparition : la malade entend téléphoner (on avait posé peu de temps auparavant des fils téléphoniques sous ses fenêtres); elle entend des cloches, le tambour, des coups de feu; elle se figure qu'on se bat, que son beau-frère, soldat à Paris, est blessé. En même temps, se développe un état semi-maniaque; la malade ne dort plus, passe ses nuits à chanter et à déclamer, déchire son édredon, casse des carreaux, sort dans la rue en vociférant. Elle trouve mauvais goût à son lait, croit qu'on veut l'empoisonner, et déclare finalement à son frère qu'elle va épouser un empereur; en même temps elle fait des scènes de jalouse à son mari, l'accusant de la tromper.

Le 18 octobre, au moment de l'entrée, la violence de cette crise hallucinatoire est déjà un peu atténuée; la malade paraît légèrement obnubilée, fait répéter toutes les questions qu'on lui pose, reste assez longtemps avant d'y répondre. Elle se prête d'ailleurs mal à l'interrogatoire, se montre réticente, fait des réponses ambiguës. Elle déclare cependant que depuis une douzaine de jours, elle entendait parler sans bien comprendre ce qu'on disait; le téléphone la tracassait; M. G... et M<sup>e</sup> C... disaient des « quolibets » sur son passage; elle a entendu parler de princesse en Espagne, de proclamations, de duchesse, « un tas de calembours auxquels elle ne comprend rien ». D'autres fois, on l'appelait p..., salope; tout le monde est sorcier, on l'a ensorcelée; « c'est lancé dans tout le monde ».

Elle ne sait pas pourquoi on l'appelait princesse en Espagne, il est possible qu'elle possède en effet quelque chose en Espagne. « Tu seras reine en Bretagne avec ton charretier », disait-on encore; mais elle ne le croit pas. On lui parlait aussi de 2 ou 3 millions; il n'est pas impossible qu'elle les possède, car son mari gagne 40,000 francs par an. Elle est d'une famille princière, disent encore les « quolibets »; son grand-père, qui était un meunier, aurait été seigneur d'Allemagne, d'après les voix.

Les hallucinations ont parfois un caractère pénible; nous avons déjà dit qu'on l'insultait; « les sorciers lui tournent un tas de bricoles, ceci, cela ». On a essayé de l'empoisonner; le lait qu'on lui a présenté avait mauvais goût; elle croit aussi qu'on avait jeté de mauvaises choses dans son puits; on lançait encore chez elle des ordures, ça sentait mauvais. Enfin, la

nuit, on faisait parfois passer devant ses yeux des scintillements, des globes de feu.

La conscience est un peu obnubilée; la malade se croit en prison; elle nous offre son porte-monnaie, sa bague pour que nous la laissions partir; elle déclare ne pas savoir ce qu'on lui veut, ni ce que signifient les voix qu'elle entend : « je n'y comprends pas grand'chose, à tout ça ».

Les urines, examinées au moment de l'entrée, contiennent des traces d'albumine; cette albuminurie, disons-le tout de suite, avait complètement disparu après trois jours de régime lacté exclusif.

Le lendemain (19 octobre), elle complète ces renseignements; au début, les hallucinations auditives étaient élémentaires, c'était des bourdonnements, des sons de cloche, puis plus tard des mots qu'elle ne comprenait pas; il y avait des voix de toutes sortes, d'hommes et de femmes. Pour elle, les voix et les bruits venaient de Paris par le téléphone; c'était un tumulte, comme s'il y avait une révolution; « c'était un roulement continu ».

Chez elle, elle a eu aussi des communications avec le ciel; la sainte Vierge lui disait qu'elle devrait se faire petite sœur des pauvres, au lieu de rester chez elle. Elle a vu la Vierge au milieu des nuages; elle portait une robe blanche, mais c'était très confus, c'était « comme les nuages qui changent ». Les « quolibets » lui parlaient aussi d'une mission qu'elle aurait à remplir à Paris; mais elle ne se rappelle pas très bien, « tout ça n'est pas bien clair ».

Au bout d'une dizaine de jours, la malade, quoique encore réticente, paraît très améliorée; elle reconnaît qu'elle a été malade, et que c'est pour ça qu'on l'a amenée ici. Elle nous confirme tout ce qui précède relativement aux hallucinations de l'ouïe, qui ont disparu, dit-elle, deux ou trois jours après son arrivée dans le service. Elle donne quelques renseignements complémentaires sur le début de sa maladie, qui paraît avoir été marqué par une crise hallucinatoire d'une intensité extrême: c'est ainsi qu'elle se figurait voyager en chemin de fer; tous les paysages qui l'avaient frappée pendant un voyage déjà ancien dans le Midi repassaient devant ses yeux; elle voyait les Pyrénées, la mer Méditerranée avec des bateaux dessus, les marais salants de la côte provençale. Par moment, elle voyait aussi des étincelles, et se figurait que le feu était à la maison.

Le 15 novembre, le calme est tout à fait revenu; la malade est toujours peu communicative et se montre réticente pour tout ce qui touche à son délire; elle hausse les épaules quand on lui rappelle les idées de grandeur qu'elle avait manifestées, et déclare qu'il fallait qu'elle fût bien malade pour raconter

des choses pareilles; elle reconnaît d'elle-même le caractère morbide de ses hallucinations et ne croit plus qu'on ait voulu l'empoisonner. Néanmoins l'humeur ne paraît pas redevenue normale, et il existe encore des préventions injustifiées contre certaines personnes.

Malgré avis défavorable du médecin, la malade sort le 16 novembre, très améliorée mais incomplètement guérie.

Enfin, voici un sixième cas, dans lequel il s'agit d'un homme de trente-deux ans, sans antécédents héréditaires, qui fut pris à l'occasion d'une période de vingt-huit jours (peut-être sous l'influence du surmenage) d'une crise de délire hallucinatoire, encore en pleine évolution au bout de quatre mois.

#### OBSERVATION VI (Personnelle).

M... Georges, brasseur, 32 ans. Entré le 5 septembre 1899.

Rien à signaler comme *antécédents héréditaires*; dans les *antécédents personnels*, on ne signale que des habitudes professionnelles d'intempérance, n'ayant jamais provoqué jusqu'à présent de troubles apparents de la santé.

L'affection actuelle a débuté au mois de juillet, pendant que M... faisait ses vingt-huit jours à Vernon. Il fut pris brusquement de délire dans la nuit du 15 au 19, avec fièvre, hallucinations de l'ouïe et de l'odorat. Renvoyé chez lui presque immédiatement, il resta dans cet état pendant quelques jours; puis l'état physique s'améliora, la fièvre disparut, mais sans que les troubles sensoriels diminuassent d'intensité.

A son entrée dans le service, le malade est très halluciné; malgré ses réticences, on arrive à lui faire avouer qu'il entend presque continuellement une voix qui lui parle de choses qu'il ne comprend pas du tout; on lui dit, par exemple « tu ne communieras pas pendant que les autres communieront »; une voix dit « nous sommes la presse », une autre : « je suis la voix du supérieur ». On parle de l'Allemagne, on dit qu'il veut se faire Allemand, trahir son pays; on l'accuse d'avoir volé, d'avoir couché avec des femmes, d'avoir une maladie vénérienne; on l'entretient aussi de l'affaire Dreyfus; il est question de frein hydraulique, d'espions allemands; il suppose qu'on l'a peut-être bien fait enfermer parce qu'il n'a pas voulu parler d'une machine à frein hydraulique dont il a approché pendant ses vingt-huit jours. Tous ces reproches, ces insinuations, ces menaces, ne laissent pas que de le surprendre fort; il se demande ce qu'on lui veut, il cherche qui est ainsi acharné après lui; la seule chose dont il soit sûr, c'est qu'on veut lui faire du mal; on va le tuer — les voix le lui annoncent d'ail-

leurs — ; il demande qu'on en finisse tout de suite sans le torturer plus longtemps.

Il présente aussi quelques hallucinations de l'odorat et du goût (on cherche à l'empoisonner, il sent parfois de mauvaises odeurs) et des troubles de la sensibilité générale (secousses électriques dans les membres, on le magnétise, on l'hypnotise). Tous ces troubles entretiennent un état d'esprit excessivement pénible; le malade pleure souvent, il a essayé de se noyer dans son bain; à d'autres moments, il devient violent, casse les carreaux, se bat avec ses compagnons de salle. Il est d'ailleurs très déifiant, plein de réticences, et se prête très mal à l'interrogatoire.

Actuellement (15 novembre), l'état physique est très satisfaisant, mais l'état mental s'est peu modifié depuis l'entrée. La voix le fatigue toujours beaucoup, la nuit surtout, car elle l'empêche de dormir; c'est comme une voix de femme, il semble même qu'on cherche à imiter la voix d'une femme avec qui il a eu des relations autrefois. Il est persuadé qu'on se sert d'une machine pour cela, d'une sorte de phonographe, car, dit-il, jamais un homme ne pourrait parler aussi vite que ça. Enfin, il cherche à expliquer le long martyre auquel on le soumet, mais il ne peut faire que des suppositions à ce sujet; il se rattache actuellement à l'hypothèse suivante, qu'il a consignée sur un carnet qui ne le quitte jamais : « J'ai fait un drôle de rêve lorsque j'étais à l'hôpital de Vernon; j'ai rêvé de la tante Pétronille, la sœur de papa qui était religieuse aux environs de Strasbourg; une voix semblait me dire qu'elle avait un secret, et si elle avait pu me voir afin de me confier son secret, nous aurions été riches à 40 millions. On aurait appris à Vernon que je ferais l'héritage de 40 millions, et c'est de là qu'on m'aurait fait enfermer. »

Nous pouvons maintenant, nous semble-t-il, aborder légitimement notre travail de synthèse, et chercher les lois générales qui se dégagent de faits que nous venons d'exposer.

*Début.* — Le mode d'invasion de la psychose hallucinatoire est assez variable; généralement, la maladie est annoncée par une phase prodromique de durée variable, de quelques jours à quelques mois. Ce qui caractérise habituellement cette période, c'est l'inquiétude, la tristesse, l'abattement, quelquefois des malaises physiques : inappétence, mauvaises digestions, insomnie, souvent la sensation d'un état morbide; il n'est pas rare que, dès cette période, des interprétations délirantes annoncent le trouble des fonctions psychiques : les malades témoi-

gnent de la méfiance envers leur entourage, ils surprennent des regards hostiles, des signes bizarres, parfois dénaturent les paroles qu'ils entendent pour les appliquer à leur situation. D'ailleurs, d'une façon générale, l'interprétation délirante paraît préparer la voie à l'hallucination ; elle apparaît avant celle-ci, de même qu'elle lui survit, à la période de convalescence. Il semble que les sensations réelles soient d'abord perçues d'une façon inexacte par les centres sensoriels, avant que ceux-ci aient acquis l'automatisme nécessaire à l'apparition, dans la conscience, de sensations forgées de toutes pièces.

Cette phase de début de la maladie peut manquer, ou du moins avoir une durée remarquablement courte ; souvent, en effet, l'affection éclate en pleine santé physique et morale, sans que rien puisse faire prévoir une telle éventualité, et en deux ou trois jours, parfois moins, le raptus hallucinatoire s'installe avec toutes ses conséquences.

*Période d'état.* — Quel que soit d'ailleurs le mode de début, la maladie, une fois constituée, a un aspect assez uniforme, qui justifie bien la constitution d'une entité morbide. Ce qui caractérise, en effet, essentiellement la psychose hallucinatoire, c'est l'*apparition primitive de troubles sensoriels* dans une conscience jusque-là intacte. Brusquement ou insidieusement, la bouffée hallucinatoire éclate ; le plus souvent auditive, l'hallucination est d'abord élémentaire. Le malade entend des bruits confus, des roulements, des siffllements ; puis, ces bruits se précisent : ce sont des cloches qui sonnent, le tambour qui bat, la fusillade qui éclate, la populace qui gronde ; enfin, un pas de plus, et l'hallucination auditive verbale est constituée ; on prononce des mots, d'abord indistincts, à voix basse, puis très haut et très distinctement ; au début, ce sont surtout des injures, des grossièretés, parfois simplement des moqueries ; ailleurs, on lit la pensée du malade, on lui annonce ce qu'il va faire, on répète à haute voix ce qu'il lit ou écrit. Le plus souvent, le contenu des hallucinations est variable ; au début, nous le répétons, ce sont les injures ou les menaces qui dominent ; et dans bien des cas, cet état se poursuit sans modifications, donnant au malade la physionomie d'un persécuté ; mais habituellement, à côté de ces hallucinations à contenu pénible, en

apparaissent d'autres qui consolent le malade, lui font entrevoir qu'il aura des compensations à ses maux actuels ; et même dans bien des cas, on assiste à l'éclosion d'un vrai délire ambitieux : les voix annoncent au malade qu'il est roi, ambassadeur, investi des plus hautes dignités ; il hérite d'un grand personnage, il a des millions ; ou bien, il a une mission à remplir, il va sauver son pays, racheter les péchés du monde, etc. D'une façon schématique, on peut dire que l'hallucination de l'ouïe, la plus fréquente de toutes et la première en date, tient sous sa dépendance étroite l'idée de persécutions et l'idée de grandeurs. Nous sommes portés à croire que cette dernière révèle le plus souvent une prédisposition plus forte que la première ; au reste, n'est-ce pas une loi à peu près constante en pathologie mentale que l'idée de grandeur trahit la faiblesse du fonds intellectuel, et n'est-elle pas caractéristique de la paralysie générale, comme de l'alcoolisme chronique, comme de beaucoup de délires des débiles ?

Nous croyons donc que les hallucinations de l'ouïe sont de beaucoup les plus fréquentes dans les formes qui nous occupent ici, nous pensons même qu'elles sont constantes ; mais le plus souvent plusieurs sphères sensorielles sont intéressées, et parfois même tous les modes de sensibilité, tant générale que spéciale, deviennent prétexte à hallucinations. C'est ainsi que nous avons rencontré chez presque tous nos malades des hallucinations du goût, au moins épisodiques : leurs aliments, leurs boissons, ont une saveur extraordinaire ; pour peu qu'il s'y joigne quelques troubles de la sensibilité viscérale, l'idée d'empoisonnement ne tarde pas à prendre naissance avec ses conséquences habituelles : dépression, refus d'aliments, réactions violentes, etc.

Outre les hallucinations de l'ouïe et du goût, nous avons noté fréquemment celles de la sensibilité générale ; le plus souvent, les sensations anormales perçues par les malades sont attribuées par eux à des manœuvres hostiles : on les hypnotise, on les magnétise, on leur fait ressentir des secousses électriques. Souvent, la sensibilité spéciale des organes génitaux est mise en jeu, et le délire prend une teinte érotique manifeste : s'agit-il d'un homme, il se plaint qu'on vienne le mas-

turber, qu'on cherche à le rendre fou en lui faisant perdre son sperme; s'agit-il d'une femme — et le cas est beaucoup plus fréquent — les ennemis imaginaires pénètrent chaque nuit dans la chambre pour se livrer sur la malade aux pires débauches; parfois encore on observe la croyance à une grossesse imaginaire ou à un accouchement surnaturel.

L'hallucination visuelle nous a paru beaucoup plus rare que les précédentes; on la rencontre cependant dans certains cas, et généralement elle fait revêtir au délire une teinte mystique: une de nos malades (obs. V) avait vu ainsi la sainte Vierge au milieu des nuages; mais peut-être s'agissait-il là d'une simple illusion; une autre, dont nous rapportons l'observation plus loin (obs. VIII) voyait des croix, des anges. Ce qui est plus fréquent, c'est l'hallucination visuelle élémentaire: les malades perçoivent alors des étincelles, des scintillements, ou bien les objets leur paraissent changés de couleurs (bleus, jaunes, etc.).

Il n'est pas exceptionnel non plus de noter des hallucinations de l'odorat, le plus souvent associées à celles du goût et contribuant avec elles à la formation d'idées d'empoisonnement; les malades se plaignent alors qu'on leur envoie de mauvaises odeurs, qu'on leur fasse respirer du soufre, du phosphore, qu'on jette chez eux des ordures puantes.

Enfin, il est une dernière sorte d'hallucinations beaucoup plus rares que les précédentes: nous voulons parler des hallucinations motrices verbales. Il y en a comme une ébauche dans notre observation I; la malade conversait « par le cœur » avec son interlocuteur imaginaire. Mais le phénomène est beaucoup plus net dans une très belle observation de M. Magnan que nous croyons devoir reproduire presque *in extenso* à cause de son haut intérêt; l'hallucination psychomotrice, en effet, qui trahit habituellement des états essentiellement chroniques, est un symptôme très rare dans une affection aussi aiguë que la psychose hallucinatoire.

## OBSERVATION VII (Magnan) (1).

*Dégénérescence mentale; hallucinations visuelles, auditives, psycho-motrices, troubles de la sensibilité générale.*  
— *Délire polymorphe, prédominance d'idées de persécution. — Guérison au bout de 8 mois.*

P... Louise-Berthe, veuve M..., âgée de 46 ans, entre à l'admission de Sainte-Anne, le 4 novembre 1893.

Nous n'avons que des renseignements peu précis sur ses antécédents héréditaires; nous savons seulement que son père et sa mère se livraient tous deux à des pratiques religieuses exagérées. Une sœur, aujourd'hui âgée de 50 ans, est demeurée pendant quatorze ans dans un couvent, puis tout à coup a jeté le voile pour devenir institutrice laïque : une autre sœur a eu, à 22 ans, un accès de délire mystique qui guérit au bout de 18 mois. Quant à notre malade, elle a toujours été peu expansive, concentrée en elle-même, soumise à d'inexplicables alternatives de dépression et d'excitation. Livrée à une dévotion étroite et superstitieuse, hantée de scrupules futile, elle s'est laissé, malgré tout, aller à des écarts de conduite ; elle eut à vingt ans une fille, en dehors des liens légitimes, et, le père disparu, elle essaya de supprimer le fruit de sa faute.

Le délire qui l'amène à l'asile a débuté au mois de mars 1893; il fut caractérisé tout d'abord par des interprétations délirantes et des illusions, qui amenerent la malade à penser que l'abbé R..., vicaire de sa paroisse, s'occupait particulièrement d'elle.

Au bout de quelques jours, le 4 avril, apparurent, au milieu d'une extrême lassitude physique, les seules hallucinations de la vue qu'elle ait eues. Elle voit défiler devant elle, comme dans un tableau, une foule de prêtres, en tête desquels marchait R..., les mains croisées sur la poitrine. Une *voix intérieure* se fait entendre qui lui ordonne de distinguer les bons des mauvais. Dès lors, cette voix (hallucination motrice verbale) ne la quitte plus; *c'est une voix qui parle dans l'estomac, voix sans bruit extérieur, distincte cependant; chaque fois qu'elle se fait entendre, la langue de la malade remue; mais chaque fois que la malade arrête le mouvement de sa langue ou se met à parler elle-même très fort, la voix se tait.* Cette voix lui fait des révélations sur la tache originelle qu'elle explique par un coït du diable et de la sainte Vierge, sur la création, etc.

---

(1) MAGNAN. Leçons cliniques sur les maladies mentales, 2<sup>e</sup> série; Paris, 1897, p. 112.

La malade s'imagine qu'elle est en butte à « une sorte de magie », qu'elle est suggestionnée, ensorcelée, possédée. Elle écrit à sa sœur, l'institutrice, qui lui répond : « Je ne suis pas étonnée de ce qui arrive; un de ces prêtres a dû essayer sur toi une des sciences nouvelles (hypnotisme). » Un jour, au marché, comme elle passait devant l'église, la voix se met à dire : « Viens, ma fille! » Elle entre : R..., disait la messe; il se retourne, le ciboire à la main, et aussitôt les flammes des cierges se dirigent vers elle.

Dès lors, le persécuteur se met à parler continuellement, à tort et à travers, si bien qu'elle se dit un jour : « Mais je deviens folle! » — « Non, lui dit à l'oreille une voix claire, distincte, c'est moi, R..., qui te parle. » A partir de ce moment, la certitude s'impose : c'est bien R..., qui l'a ensorcelée; à partir de ce moment aussi, les deux voix, extérieure et intérieure, se font entendre simultanément. La voix extérieure, bien articulée, comme une parole humaine, parle quand la voix intérieure se tait : la langue alors demeure immobile.....

R... la prenait aussi par les sens ; il la chatouillait, l'électrisait, lui travaillait les parties : il lui appliquait par exemple sur la fesse une plaque brûlante dont la chaleur s'étendait jusqu'aux organes génitaux. Elle avait parfois la sensation d'un corps dur, comme la verge d'un homme, introduit dans son vagin. Tous ces troubles, hallucinations auditives, psychomotrices, troubles de la sensibilité générale, idées mystiques et de persécution n'ont pas mis plus de 3 semaines à se développer. Dès la fin d'avril 1893 ils étaient complets, et depuis ils sont restés tels sans changer. Mais ils ont amené des réactions ; à deux reprises (juillet et octobre) elle accosta le prêtre dans la rue et le menaça. « Si vous continuez, lui dit-elle la dernière fois, je vous souffletterai. » — La voix répondit aussitôt : « Je ne l'aurai pas, ton soufflet! »

A l'asile, elle a pendant quelque temps encore des hallucinations et des troubles de la sensibilité générale ; mais peu à peu les phénomènes disparaissent, la malade reconnaît l'absurdité de son délire, elle est la première à en rire. « Etais-je assez bête, dit-elle, et fallait-il que j'aie l'esprit dérangé! » Elle sort guérie de son accès le 25 janvier 1894 ; cet accès avait duré 8 mois.

En résumé, nous voyons que des hallucinations de toutes les sphères sensorielles peuvent être observées dans la psychose hallucinatoire aiguë; il est rare cependant qu'elles coexistent toutes chez le même sujet; nous croyons qu'on peut les ranger de la façon suivante, en allant des plus communes aux plus

exceptionnelles : hallucinations de l'ouïe, du goût, de la sensibilité générale, de la vue, de l'odorat, psychomotrices.

Les hallucinations nous paraissent donc le phénomène fondamental, caractéristique, de la maladie; souvent, elles en sont presque la seule manifestation, et c'est ainsi que le malade de l'observation VI, halluciné presque constamment, ne présentait aucun trouble de l'intelligence, ne bâtissait aucun système délirant, mais se contentait d'enregistrer ses hallucinations, cherchant, sans y parvenir, à expliquer de façon plausible les tourments auxquels il était en butte.

*Réactions.* — Il est évident que l'état d'esprit d'un individu ainsi poursuivi par des hallucinations multiples ne peut pas rester longtemps normal; aussi les modifications de l'humeur sont-elles constantes chez nos malades. Au début, le trouble sensoriel surprend le sujet qui, tout d'abord, est surtout étonné et cherche l'origine des phénomènes dont il est le siège; mais bientôt, l'hallucination ne faisant qu'augmenter d'intensité et de fréquence, l'état d'esprit se modifie; ce qui domine habituellement, c'est la dépression, avec tous ses degrés, depuis la simple inquiétude jusqu'à l'anxiété la plus vive, depuis la défiance envers l'entourage jusqu'aux réactions les plus violentes; ici en effet comme partout, on rencontre deux catégories de malades : les uns, résignés, présentent le tableau du mélancolique; les autres, combattifs, réagissent à la façon du persécuté. Les unes et les autres opposent d'ailleurs, généralement aux interrogatoires des réticences presque invincibles.

Mais, s'il est vrai que les troubles hallucinatoires sont déprimants dans l'immense majorité des cas, il ne faut pas oublier cependant que parfois les hallucinations sont de nature agréable, et que l'état d'esprit consécutif est alors plutôt gai; ce fait se rencontre notamment dans les cas avec prédominance des idées de grandeur.

D'ailleurs, il s'en faut que les différences soient aussi tranchées en réalité; le plus souvent, pour ne pas dire toujours, l'humeur est essentiellement variable et, selon la nature et l'intensité du phénomène hallucinatoire, on voit le malade passer sans transitions du calme le plus parfait au plus violent désespoir ou à la plus dangereuse excitation : de tels sujets

sont essentiellement des impulsifs. Aussi y a-t-il lieu de redouter avec eux soit les tentatives de suicide (plusieurs sont signalées dans les observations que nous relatons), soit les actes de violence à l'égard de l'entourage, peut-être même le meurtre.

A côté de ces troubles de l'humeur, il importe d'étudier les *troubles de l'intelligence*; ceux-ci se manifestent eux-mêmes de deux façons différentes : par la *confusion*, par le *délire*.

Il est exceptionnel que le malade, sous l'influence de ses troubles hallucinatoires, ne soit pas au moins un peu désorienté; même dans les cas où la symptomatologie est le plus simple, le sujet se demande la cause des troubles qu'il ressent, des menaces qu'on lui fait, des apparitions qui troublent son sommeil; et cet étonnement peut être considéré déjà comme un faible degré de confusion ; mais en somme il ne s'agit là que de modifications légères, n'entrant que bien faiblement les processus idéatifs et le pouvoir de synthèse.

Parfois, cependant, les choses vont plus loin ; sous l'influence d'hallucinations plus intenses, et surtout, semble-t-il, grâce à une moindre résistance cérébrale, l'obscurité se fait complète autour du malade; il vit dans un monde imaginaire, en contact avec des êtres fantastiques, sous l'empire de menaces qui le glacent d'effroi ou de visions qui le plongent dans l'extase : en un mot la confusion de l'esprit est absolue, et dans des cas analogues, le diagnostic devient fort difficile à faire entre ces psychoses hallucinatoires avec confusion secondaire, et la forme hallucinatoire de la confusion mentale primitive. Peut-être même la distinction est-elle bien arbitraire entre ces deux groupes de faits, et y aurait-il lieu de considérer comme intermédiaires entre la psychose hallucinatoire et la confusion mentale ces cas dans lesquels il y a à la fois un haut degré de confusion et des troubles hallucinatoires intenses. On pourrait réunir ces cas sous la dénomination de *confusion hallucinatoire*, sans se préoccuper d'établir quel est celui des deux phénomènes qui est primitif.

Nous rapportons immédiatement l'observation très intéressante d'une malade que nous avons suivie pendant 8 mois, et dont le cas présentait de semblables difficultés. L'anté-

riorité des hallucinations sur la confusion nous porte malgré tout à le considérer comme une psychose hallucinatoire.

#### OBSERVATION VIII (Personnelle).

Mme D..., Louise, sans profession, 30 ans. Entrée le 13 avril 1898; sortie le 30 novembre 1898.

Rien à signaler *au point de vue héréditaire* du côté paternel; du côté maternel, au contraire, hérédité névropathique très chargée :

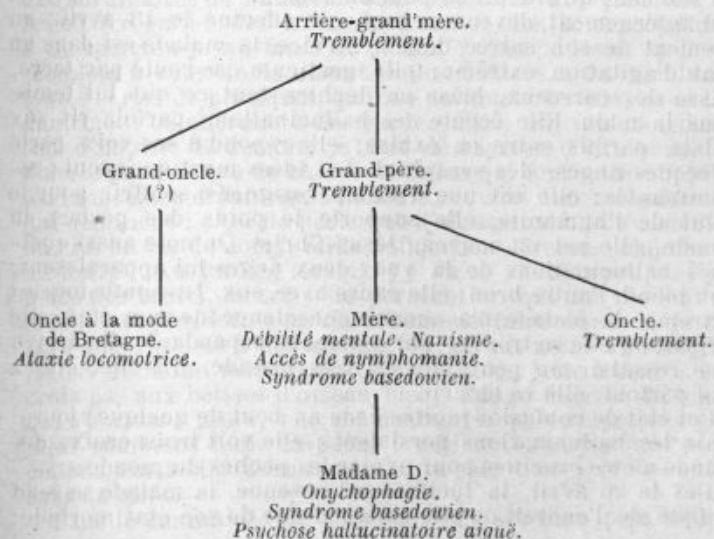
La mère est une débile, de petite taille, présentant le syndrome basedowien au complet : goître, tachycardie (pouls à 120), tremblement; elle a eu, pendant sa vie sexuelle, de véritables crises de nymphomanie; maintenant, elle désespère son mari par d'incessantes scènes de jalousie sans motif.

Un oncle maternel de la malade est également affecté de tremblement depuis l'enfance; un oncle à la mode de Bretagne (cousin germain de la mère) est tabétique.

Enfin, le grand-père maternel de la malade, de même que la mère de celui-ci, ont été, eux aussi, des trembleurs.

Signalons, dès à présent, que la malade présente un corps thyroïde assez volumineux (le cou aurait grossi depuis sept ans environ), une tachycardie notable (pouls voisin de 100) et un léger tremblement. Elle est, de plus, onychophage.

Nous résumerons cette hérédité dans le tableau suivant :



La malade n'a pas eu de maladies graves. Mariée à dix-sept ans, elle a eu aussitôt une grossesse : accouchement très laborieux suivi de métrite avec pertes abondantes; il y a trois ans, nouvelle grossesse également terminée par des couches très difficiles, à l'occasion desquelles la malade a eu des phénomènes toxiques dus au sublimé.

Depuis cette dernière puerpéralité, le caractère de Mme D... s'était modifié; d'abord triste, obsédée par la crainte de mourir, elle était devenue peureuse, voyait partout des présages funestes; peu après, elle devint, au contraire, expansive, se jeta à corps perdu dans le tourbillon des fêtes mondaines; il y a quelques mois, nouveau changement d'humeur; elle s'humilie, apprend la couture; à l'occasion du carême, elle suit avec assiduité les exercices religieux, prend le monde en horreur, devient mystique; elle témoigne de l'aversion pour sa mère, qu'elle aimait bien jusqu'alors, et se livre même à des voies de fait à son égard. Enfin, à l'occasion du jeudi saint, les troubles délirants s'accentuent; la malade ne sent plus son corps, on lui envoie des flèches au cœur (elle souffrait de palpitations depuis trois ans déjà). Quelques jours après, un accès violent d'agitation éclate, caractérisé par de l'insomnie et des idées mystiques liées à des hallucinations auditives; elle entend de la musique, des chants, des bruits de cloche; elle voit Satan; elle va monter au ciel; l'agitation est à son comble, elle se lève la nuit, veut tout briser, cherche à mordre les talons de son mari qu'elle prend pour un démon.

L'internement, devenu urgent, est effectué le 13 avril; au moment de son entrée dans le service, la malade est dans un état d'agitation extrême; elle gesticule, se roule par terre, casse des carreaux, brise ou déchire tout ce qui lui tombe sous la main. Elle écoute ses hallucinations, parfois rit aux éclats, parfois entre en extase; elle répond à ses voix, parle avec des anges, des séraphins. Les idées mystiques sont prédominantes: elle est une victime résignée à souffrir pour le salut de l'humanité, elle supporte le poids des péchés du monde, elle est un nouveau Jésus-Christ. On note aussi quelques hallucinations de la vue: deux anges lui apparaissent, l'un blond, l'autre brun; elle cause avec eux. La confusion est extrême, la malade n'a aucune conscience de son état, elle ne sait où elle se trouve; par moments, cependant, elle arrive à se ressaisir un peu: elle est très malade, dit-elle, elle a mal partout, elle va mourir.

Cet état de confusion agitée cède au bout de quelques jours; mais les hallucinations persistent: elle voit trois croix, demande à être crucifiée pour expier les péchés du monde.

Dès le 26 avril, la lucidité est revenue, la malade se rend compte de l'endroit où elle est ainsi que de son état morbide;

néanmoins les hallucinations persistent très intenses, surtout la nuit; l'insomnie est absolue, l'alimentation présente de grandes difficultés, le poids du corps baisse rapidement.

L'état demeure à peu près stationnaire pendant tout le mois de mai, avec des alternatives de calme et d'agitation. Les hallucinations persistent; la malade néanmoins commence à se soustraire à leur influence; elle ne veut pas être martyre, comme le lui disent ses voix (6 mai), cependant elle n'est pas comme tout le monde, elle sait qu'elle est prédestinée. Les interprétations délirantes et les illusions semblent prendre le pas sur les hallucinations: tout le monde la regarde de travers, on fait des signes autour d'elle, elle ne sait pas ce que c'est que cette maison, ni qui nous nommes. Il semble toujours persister un peu de confusion. L'alimentation se fait toujours mal, le poids du corps a baissé de 7 kilos en moins de deux mois.

Dès le mois de juin, une amélioration notable se manifeste; le délire est surtout fait d'interprétations; la malade est méfiante, refuse les médicaments qu'on lui présente; elle croit reconnaître ses enfants dans le jardin, elle entend par moment la voix de son mari, de ses parents qui l'appellent.

Pendant les mois suivants, on ne note pas grandes modifications de l'état mental; par contre, l'état général est satisfaisant, et le poids suit une courbe régulièrement ascendante. Quelques extraits des lettres de la malade montreront quel est son état d'esprit pendant cette période, quelles variations extraordinaires de l'humeur sont produites brusquement par le jeu irrégulier des hallucinations et des interprétations: « Qu'aperçois-je au fond du jardin? Des rideaux qui ressemblent à ceux de la chambre des enfants... on s'adonne à toutes sortes de pratiques qui me fatiguent le cerveau et l'organisme... on cherche à me rendre folle, on veut me mettre sous l'empire du démon; je suis désespérée d'être sous l'influence pernicieuse de chiens de Satan qui font mille supplices à d'innocentes créatures. » Ailleurs, ce sont les hallucinations qui dominent: « On ne parle que d'assassinats... on nomme et on cite un tas de noms; mille influences diverses cherchent à me nuire... Au jardin, lorsque j'y vais, j'ai des peurs et j'entends des bruits, des cris de persécution qui me rendent malade... » et plus loin « on cherche à me faire damner, je t'assure que j'assiste à des massacres; on me mène au bord de la rivière et on me montre des enfants qu'on jette à l'eau... Je ne crois pas aux bêtises d'oiseau bleu, d'ange *bogé* et de tout ce qui s'ensuit. » Enfin, par moments, les préoccupations génitales semblent tenir la scène: « Je ne suis pas née pour le célibat, écrit-elle à son mari... tu sais bien que les enfants sont de toi. »

Dans le courant de novembre, l'état est bien plus satisfai-

sant, tant au moral qu'au physique ; le poids du corps, qui au début était tombé de 64 kilos à 57, est maintenant remonté à 71.

A ce moment, M. Sérieux, pour donner satisfaction à la famille, autorise un essai de mise en liberté ; il rédige la note suivante : « La malade est atteinte de délire hallucinatoire aigu en voie de disparition ; elle est calme, lucide, mais conserve encore des hallucinations de l'ouïe et de l'odorat, accompagnés d'une légère confusion et de désorientation. La malade reconnaît par moments avoir été malade, mais sans conviction. » Tout cela est pour elle un mystère, on a cherché à la faire passer pour une autre ; les aliments ont un goût exécrable, il y a des odeurs de phénol. Son sommeil n'est pas naturel (la malade ne prend pas de médicaments). » Hier, elle a entendu *des voix amies* ; elle croit que la maison est habitée par des amis (elle a cru longtemps que son mari et ses enfants habitaient l'établissement).

L'interrogatoire est malaisé ; tant par réticences volontaires que par imprécision des idées, la malade répond rarement à la question ; elle avoue difficilement ses hallucinations. Souvent une mimique très expressive (rires, clignements d'yeux, froncements de sourcils) tient lieu de réponse ; la malade parle souvent seule, à voix basse, même pendant qu'on l'interroge.

L'humeur est très mobile ; le plus souvent enjouée, gaie, riant volontiers, la malade est parfois sombre et pleure ; elle n'a jamais présenté d'idées de suicide. Les sentiments affectifs sont très développés ; elle n'a aucun ressentiment contre son mari, qui, pour elle, a été trompé en la mettant ici. Elle parle souvent de ses enfants dont elle semble parfois croire l'existence compromise.

L'état général est bon. »

La malade est retirée par sa famille le 30 novembre 1898, et emmenée dans le Midi. Tout d'abord son état demeure satisfaisant, l'amélioration semble même se poursuivre ; mais brusquement, au mois de janvier, une rechute se produit sans autre cause apparente que le retour des règles.

Au mois de mars, M. le docteur G..., qui donne ses soins à la malade, nous communique les nouvelles suivantes : « J'ai vu la malade ces jours derniers et je la suis régulièrement. Elle est encore comme en un rêve vague où la réalité et l'illusion se mélangent, sans se distinguer nettement ; elle est étonnée, ne sait pas, ne se rend pas compte. A certains moments, on dirait que l'amélioration se fait et marche rapidement, d'autant plus que la santé générale et l'aspect deviennent également meilleurs ; mais tout d'un coup, sans raison aucune, le visage pâlit et blêmit, et la pauvre malade se replonge à nouveau dans le chaos, répondant à peine, pleurant sans motifs, marmottant des choses inintelligibles. »

Il nous reste, pour en avoir fini avec la description des troubles intellectuels qui marquent la période d'état de la psychose hallucinatoire, à dire quelques mots des *troubles délirants proprement dits*. A dire vrai, ces troubles ne jouent souvent qu'un rôle bien effacé dans la symptomatologie, et dans certains cas, ils paraissent même faire entièrement défaut; comme le fait observer M. Séglas, on ne peut guère en effet appliquer le nom de délire aux interrogations que se pose le malade à propos de ses hallucinations. Un fait caractéristique à ce sujet est fourni par le peu de créance que le malade accorde bien souvent à ses hallucinations, surtout quand elles sont à contenu ambitieux (voir notamment à ce sujet nos observations V et VI). Il faut noter aussi que bien souvent les malades craignent de devenir fous, se plaignent qu'on cherche à leur faire perdre la tête; ces craintes, qui trahissent une certaine conscience morbide, nous paraissent avoir quelque importance pour le diagnostic, car elles éloignent très nettement nos malades des délirants chroniques à la deuxième période.

Mais ce sont là des cas en quelque sorte schématiques de l'affection que nous décrivons; le plus souvent, on assiste à l'éclosion d'un délire diffus, sans cohésion, sans consistance, où, comme le dit M. Magnan « les idées délirantes se succèdent, s'enchevêtrent, s'entremêlent; les idées ambitieuses sont contemporaines des idées de persécution, elles les précèdent ou les suivent, puis disparaissent pour reparaître encore; des idées mystiques, hypocondriaques, etc., s'y joignent pèle-mêle, sans aucun ordre » (1).

Ces délires sont donc essentiellement polymorphes; ce sont habituellement les idées de persécution et de grandeur qui en font la base.

Parfois, cependant, l'hallucination se précise; le malade reconnaît la voix qui lui parle, ou bien son interlocuteur se nomme lui-même; un pas de plus; et l'hallucination dévoile au malade le but des machinations dont il est l'objet, des hautes destinées qui l'attendent. En un mot le délire paraît se systématiser; mais cette systématisation est toujours bien précaire,

---

(1) MAGNAN. Leçons cliniques, etc. 2<sup>e</sup> série, Paris, 1897, p. 92.

elle disparaît comme elle a apparu, au gré des hallucinations.

Notre observation III est un bel exemple de cette pseudo-systématisation : on y voit un délire assez bien coordonné pour qu'on ait pu songer un instant au délire chronique à évolution systématique s'effondrer en quelques mois sans laisser de traces dans la conscience de la malade.

M. Magnan et ses élèves estiment que l'état du corps ne subit aucune atteinte pendant l'évolution des délires d'emblée. Certes, ce serait exagérer l'importance des *troubles physiques* que l'on note parfois dans le cours de la psychose hallucinatoire aiguë que de les décrire à part; cependant, il est exceptionnel que le poids du corps ne subisse pas une assez forte diminution au début de la maladie pour se relever ensuite, souvent même au-dessus de son état primitif, pendant la convalescence. Nos observations III et VIII sont particulièrement probantes à cet égard. S'agit-il là d'une sorte de complication, due à l'agitation, à l'insomnie, à l'alimentation insuffisante, ou bien faut-il considérer cet amaigrissement comme un trait propre du tableau morbide, c'est ce que nous ne saurions affirmer; le fait ne nous en a pas moins paru digne d'être signalé.

*Convalescence.* — Quelle qu'ait été la durée de cette période d'état, on assiste bientôt, dans les cas favorables — disons tout de suite que ce sont les plus nombreux — à la disparition graduelle des troubles. Ce qui caractérise le plus souvent cette entrée en convalescence, c'est le sentiment qu'éprouve le malade de son état morbide; c'est dire que les idées délirantes, s'il y en a eu, s'effritent et ne tardent pas à disparaître complètement : *le malade ne croit plus à ses hallucinations*. Celles-ci, néanmoins, persistent souvent encore un temps fort long. Mais petit à petit elles s'espacent, sont aussi moins intenses, semblent s'éloigner; quand le malade se décide enfin à les considérer comme des phénomènes pathologiques, la guérison est proche. Cependant, même après la disparition des hallucinations, il est rare que l'humeur redevienne aussitôt normale; habituellement le malade demeure un certain temps déifiant, inquiet, irascible : il est fréquent de voir les interprétations délirantes, qui, nous l'avons déjà dit, ont souvent

préparé l'éclosion des hallucinations, réapparaître quand celles-ci sont en décroissance pour marquer enfin par leur disparition le retour à la santé.

*Passage à l'état chronique.* — Mais il faut savoir que la guérison n'est pas la terminaison fatale de la psychose hallucinatoire aiguë. Celle-ci peut encore passer à la chronicité et à l'incurabilité : on voit alors les hallucinations persister, tout en perdant généralement de leur richesse ; le délire, sans mieux se systématiser pour cela, se cristallise en quelque sorte et ramène toujours à la surface les mêmes conceptions fausses. Il n'est pas douteux que de pareils cas doivent verser dans la démence, au bout de longues années.

Nous donnons ici le résumé d'une observation de M. Magnan, qui montre bien ce passage de la psychose hallucinatoire à l'état chronique.

#### OBSERVATION IX (Magnan) (1).

L..., valet de chambre, est âgé de 47 ans. Sa grand'mère maternelle, morte à 80 ans, a eu des attaques pendant toute son existence. Deux oncles maternels sont buveurs. Le père, ivrogne, est mort hydropique. Son frère aurait des crises d'épilepsie.

Quant à lui, il n'a pas eu de convulsions dans l'enfance ; il a fréquenté l'école jusqu'à onze ans ; il sait lire et écrire. Quinze jours avant son entrée, il a été pris d'accidents alcooliques, d'hallucinations nocturnes pénibles ; il ne dormait plus, des fils noirs passaient devant ses yeux, il apercevait un incendie, il voyait sur le balcon des gens armés qui voulaient l'assassiner. Ces hallucinations ont duré peu de jours, il était plus calme et paraissait convalescent de son accès de délire alcoolique, lorsqu'il s'est imaginé qu'une femme avait été assassinée dans la maison de son maître. Il prétend que C..., chenapan de la pire espèce, lui aurait demandé, quelques jours avant, si cette femme avait de l'argent ; qu'il serait venu une heure avant lui dans la maison. Il s'imagine encore que sa maîtresse a été raconter partout cet assassinat et que tout le monde le soupçonne. Les chuchotements des uns et des autres lui ont fait connaître qu'on l'accuse d'avoir fait le coup ; il jure ses grands dieux et répète à chaque instant « qu'il a toujours été honnête, qu'il n'a jamais fait de mal à personne, qu'il est trop

---

(1) MAGNAN. Leçons cliniques, etc. Paris, 1893, p. 356.

poltron pour cela, etc... » Il croit que l'on a profité de son absence pour passer le jugement de l'assassinat commis par C... sur son compte et qu'on l'a endormi avec toute espèce de bouteilles et de médicaments qui l'ont rendu idiot. Les voix lui disaient : « Il y a un crime commis. » Il se demande alors : est-ce que l'on disait que c'est moi ? Cette phrase, comme une obsession, lui revenait sans cesse à l'esprit ; il se rend parfaitement compte que les voix qu'il entendait n'étaient pas « les voix du peuple », mais celles de rêves. On disait aussi : « Tu as assassiné ton maître pour le voler. » Depuis, convaincu que tous le considèrent comme un assassin, il croit qu'on le regarde avec curiosité, qu'on lui prépare le châtiment. Il n'ose parler à un infirmier et aux malades qui sont ici, qu'il croit reconnaître et qui se sont trouvés autrefois occupés chez les mêmes maîtres que lui. Un jour, il lit dans le *Petit Journal* un article sur la crémation, et sans cesse il croit qu'il va mourir, il a peur qu'on le brûle, « on lui a dit qu'on allait mettre le feu dans les fourneaux pour le faire crémier ». C'est une femme de Chaillot qui a dit : « C'est malheureux tout de même, il est condamné à la crémation, c'est pour l'éternité », c'est une crémation qui fait souffrir dans toute l'éternité. Il veut hâter la fin de ses tourments et va au-devant de la mort ; il se frappe la tête contre les murs et les angles des meubles, il se l'est frappée également avec un fer à repasser oublié à sa portée. Puisqu'il faut mourir, mieux vaut en finir tout de suite. A son arrivée à l'infirmière de l'admission, il a cru qu'on voulait l'empoisonner et a refusé les aliments ; il leur trouvait, assure-t-il, un goût acre, puis on avait l'air de dire de lui : « Ah ! il s'est figuré qu'on lui mélangeait une poudre parce qu'il était assassin. Ici, c'est le dernier moment, et aujourd'hui c'est son dernier jour, ce sera pire qu'une exécution » ; il est convaincu d'être à Beaujon et reconnaît, dit-il, les jardins.

Les idées de persécution vont toujours s'accentuant : vous m'avez fait venir, dit-il, dans votre cabinet, afin que les gens d'alentour puissent entendre ce que je dis. « Les malades refusent de lui parler parce qu'il est accusé d'assassinat ; les journaux parlent de son crime : on l'appelle saloperie. Il croit toujours qu'on lui met du poison dans ses aliments, il éprouve des douleurs d'entrailles, des picotements, des tremblements. » « Je vois bien que c'est fini, dit-il avec tristesse, je vais y passer. »

*Formes.* — Il nous paraît difficile de décrire plusieurs variétés à la psychose hallucinatoire aiguë ; nous avons déjà dit que nous considérions la diversité d'aspects du délire comme un des bons signes de la maladie ; la conscience du sujet est

en effet tiraillée sans règle entre les idées de persécution et les idées ambitieuses, les idées mystiques et les idées hypocondriaques; le caprice des hallucinations, variables non seulement d'un sujet à l'autre, mais même d'un moment à l'autre chez le même sujet, est la seule loi qui régit la couleur du délire; celui-ci est essentiellement polymorphe, selon l'expression de M. Magnan; c'est dire que nous ne saurions accepter une subdivision de la psychose hallucinatoire d'après la couleur du délire.

*Durée.* — La durée de la maladie servirait plus légitimement de base à des distinctions, et l'on pourrait, à la rigueur, décrire une forme aiguë et une forme subaiguë. Mais cette délimitation serait elle-même bien arbitraire, car on trouve tous les intermédiaires entre les cas qui durent quelques semaines et ceux qui se prolongent pendant des mois et des années, pour aboutir à l'incurabilité. Rappelons à ce sujet la durée des cas que nous avons observés, ou dont nous rapportons l'observation : la malade de notre observation V a pu retourner chez elle au bout d'un mois, sinon guérie, du moins débarrassée de ses hallucinations (1); la jeune fille de l'observation I fut guérie au bout de 3 mois; notre quatrième malade est repris par sa famille au bout de 4 mois en pleine convalescence; les observations III et VII se terminent par la guérison au bout de 8 mois; de même l'observation VIII, mais avec une rechute 2 mois plus tard. À côté de ces chiffres très faibles qui permettent bien de parler de psychose aiguë, nous pouvons citer comme cas subaigu une observation tout à fait typique d'Esquirol, où la guérison ne survint qu'au bout de 2 ans 1/2 et se maintint d'ailleurs parfaite (2). Les cas de ce genre ne doivent pas être exceptionnels, et montrent que l'on ne doit pas désespérer d'une terminaison favorable, même au bout de longs mois.

---

(1) Dans une observation de M. Magnan, la guérison survint au bout de 2 mois. (MAGNAN. Leçon cliniques, etc. Paris, 1893, Obs. XXVI, p. 342.)

(2) ESQUIROL. Des maladies mentales, etc. Paris, 1838. T. I, p. 160.

### CHAPITRE III

#### Etiologie et pathogénie.

Kroepelin estime que le Wahnsinn hallucinatoire est surtout fréquent chez les hommes, et de vingt-cinq à quarante ans. Cette influence de l'âge est confirmée par nos observations, puisque pour les neuf malades dont nous rapportons l'histoire, l'âge du début était généralement compris entre trente et quarante ans, avec vingt-trois ans et cinquante-deux ans comme chiffres extrêmes. L'influence du sexe nous paraît plus douteuse, puisque sur les neuf observations que nous rappelons cinq se rapportent à des femmes et quatre à des hommes.

Pour l'école de M. Magnan, avons-nous dit, les formes que nous décrivons sont des délires des dégénérés; la dégénérescence mentale est dans tous les cas leur raison essentielle; les causes extérieures ne servent que de prétextes à délirer à ces candidats à la folie que sont les dégénérés.

En Allemagne, le rôle de la prédisposition est généralement estimé moins exclusif. Krafft Ebing, par exemple, l'admet considérable, mais il s'agit pour lui de prédisposition acquise plus souvent qu'héréditaire. « La cause qui rend ce type morbide autonome, dit-il, réside probablement dans les prédispositions particulières du cerveau atteint de troubles généraux de la nutrition (fièvre, processus d'inanition (1). Néanmoins, cette « constitution névropathique » est parfois héréditaire, plus souvent congénitale et liée, comme le veut Meynert, à l'hydrocéphalie rachitique. Quant aux causes qui agissent habituellement sur un tel terrain pour déterminer l'éclosion du Wahnsinn hallucinatoire, ce sont, pour Krafft Ebing, les affections fébriles, les maladies chroniques débilitantes, les grossesses répétées, les hémorragies, le surmenage, etc.

(1) KRAFFT EBING. Traité clinique de psychiatrie. Traduct. franç. Paris, 1897, p. 412.

Le rôle de la prédisposition est apprécié d'une façon analogue par Krœpelin (1); pour cet auteur, il faut évidemment un terrain favorable à l'éclosion du Wahnsinn, mais il faut aussi que des moments étiologiques puissants agissent sur ce terrain; ces causes déterminantes sont représentées le plus souvent par des excès alcooliques répétés.

G. Ilberg, élève de Krœpelin, a trouvé de son côté que, sur 40 cas « un tiers des patients étaient des héréditaires; la maladie s'était rencontrée chez des sujets jusque-là normaux; parmi les facteurs étiologiques on note : un état physique défectueux (anémie, embarras gastrique), des causes dépressives (soucis, deuils), le surmenage, l'isolement en cellule (psychose des prisonniers) » (2).

Pour nous, la prédisposition joue assurément un rôle capital dans l'apparition de la psychose hallucinatoire aiguë, et nous estimons que cette affection ne frappe que des cerveaux à force de résistance amoindrie. Nous acceptons donc volontiers qu'on range cette psychose parmi les psychooses des dégénérés; mais il nous semble, comme le prétendent Krafft-Ebing et Krœpelin, qu'il s'agit de dégénérescence acquise plus souvent que de dégénérescence héréditaire; et par dégénérescence acquise, nous n'entendons pas seulement faire allusion aux cas où le cerveau a été arrêté dans son développement par une maladie grave de l'enfance et de l'adolescence, mais aussi à ceux dans lesquels le cerveau adulte a acquis une susceptibilité particulière, est devenu *lieu de moindre résistance*, à la suite d'intoxications prolongées ou de maladies infectieuses graves, par exemple. Notre matériel clinique est assurément trop restreint pour que nous nous permettions des affirmations absolues; constatons cependant que sur les 9 cas rapportés jusqu'ici, nous n'en trouvons que 2 (obs. IV et V) où l'hérédité vésanique soit évidente, en l'absence de causes personnelles de quelque valeur; par contre, signalons l'observation VIII, où l'on reconnaît, à côté d'une hérédité très chargée, l'influence de grossesses pénibles, d'une affection utérine ancienne, d'une intoxication mer-

---

(1) KREPELIN. Psychiatrie; 4<sup>e</sup> édit. Leipzig, 1893.

(2) G. ILBERG. Le délire hallucinatoire. (*Arch. de neurol.*, 1895, T. XXX, p. 263.)

curieuse ; l'observation II, où l'on ne constate pas d'hérédité, mais, comme cause de dégénérescence, des abus alcooliques anciens ; de même dans l'observation VI, où le malade, buveur de profession, était de plus surmené par une période de vingt-huit jours; enfin, dans l'observation III, il s'agit d'une malade non héréditaire, mais qui a eu dans sa jeunesse une fièvre typhoïde grave. Ce sont là des causes suffisamment puissantes pour suppléer à l'absence de tares héréditaires.

Comment des facteurs aussi multiples, aussi disparates peuvent-ils agir de la même façon et arriver à produire des résultats identiques? Il nous semble que l'on peut trouver une réponse satisfaisante à cette question, si l'on veut bien considérer que dans tous les cas il s'agit d'actions toxiques : que ce soit par l'alcool (obs. II et VI), par le mercure (obs. VIII), par un poison microbien (obs. III), il s'agit toujours d'intoxication. Dans nombre de cas, il est vrai, on ne saurait retrouver d'une façon évidente l'agent toxique. Mais alors, serait-il bien teméraire de parler d'auto-intoxication? Cette hypothèse, quelle que soit sa valeur absolue, expliquerait parfaitement l'amalgrissement à peu près constant au début de la maladie, les autres troubles physiques fréquents, l'albuminurie transitoire, notamment, signalée dans notre observation V; enfin, elle rendrait parfaitement compte de l'aspect clinique de la maladie, de son évolution, de sa curabilité habituelle, qui rappellent absolument les délires toxiques (1).

Le petit nombre des observations originales dont nous disposons nous interdit évidemment de prolonger cette incursion

(1) Une preuve, qui nous semble péremptoire, de ce rôle de l'intoxication dans la genèse de la psychose hallucinatoire aiguë, c'est l'influence de l'inanition sur la production d'états analogues : il n'est pas douteux que l'inanition agit, sinon exclusivement, du moins en grande partie, par le mécanisme de l'auto-intoxication. Une autre preuve, du même ordre, est tirée de la constatation suivante : M. Magnan a bien décrit certains délires survenant chez des prédisposés à l'occasion de l'intoxication alcoolique; au bout d'un certain temps l'influence de l'alcool a complètement disparu, et cependant le délire persiste, avec des caractères tels que le diagnostic serait impossible, en l'absence des commémoratifs, avec la psychose hallucinatoire aiguë; il s'agit donc là de troubles mentaux en tout analogues à ceux que nous décrivons et qui sont provoqués, on pourrait presque dire expérimentalement, par l'action d'un toxique. Rapprochons de ces délires *para-alcooliques* certaines psychoses hallucinatoires signalées chez les *basedowiens*; là encore nous voyons un trouble mental analogue à celui que nous étudions se manifester sous l'influence de l'auto-intoxication due aux troubles sécrétaires du corps thyroïde. (JOFFROY)

dans le domaine de la pathogénie. Cependant, si nous admettons, au moins à titre provisoire, que la cause immédiate de la psychose hallucinatoire aiguë est une intoxication (exogène ou endogène) s'exerçant sur un cerveau prédisposé, peut-être nous sera-t-il permis de rechercher de quelle façon le toxique agit sur le système nerveux; ici, nous pouvons répondre avec plus de certitude, et il nous semble que les troubles de nutrition de l'écorce peuvent être invoqués dans un grand nombre de cas. Les deux observations suivantes nous paraissent démonstratives à cet égard : dans la première il s'agit d'un homme de cinquante ans, buveur, ancien syphilitique, qui fit, sans motifs apparents, un accès de psychose hallucinatoire qu'on aurait pu croire légitime; au bout d'un certain temps, cet accès guérit, mais l'état des artères de cet homme, et quelques étourdissements passagers qu'il eut pendant et après sa psychose, permettent de considérer celle-ci comme symptomatique d'artériosclérose cérébrale au début. La deuxième observation est peut-être plus probante encore : une femme de cinquante-quatre ans, sans hérédité connue, mais ayant mené une existence assez irrégulière, et ayant contracté la syphilis il y a vingt ans, est atteinte à l'occasion de préoccupations morales assez vives de troubles sensoriels intenses, provoquant un délire hallucinatoire à teinte mélancolique, avec idées de culpabilité et d'auto-accusation; ce délire, comme on pouvait s'y attendre, disparaît en quelques semaines, mais quatre mois environ plus tard survient, en l'absence de troubles sensoriels cette fois, un délire des grandeurs absurde, mobile, incohérent, avec un certain degré d'excitation maniaque; actuellement, un peu de parésie du facial gauche, ainsi que l'absence d'embarras de la parole, font pencher le diagnostic vers l'hypothèse de syphilis cérébrale, plutôt que vers celle de paralysie générale. Dans ce cas encore, les troubles provoqués dans la nutrition de l'écorce par le début d'une affection organique du cerveau se sont donc manifestés tout d'abord par une psychose hallucinatoire.

OBSERVATION X (Personnelle).

J... Emile, 50 ans, artiste peintre. Entré le 15 janvier 1899, sorti le 30 octobre 1899.

*Pas d'hérédité. — Excès alcooliques anciens, syphilis il y a dix ans.*

Le malade fut pris brusquement, au début de janvier, d'un état d'agitation motrice extrême, avec impulsions suicides et homicides sur les siens, liées à des hallucinations très actives : « il a entendu toutes les voix de l'univers », nous dit-il quand il eut recouvré le calme. Ces voix lui disaient toutes sortes d'injures, le déclaraient indigne, portaient contre son honneur les accusations les plus monstrueuses. Il y eut aussi quelques hallucinations de la vue « on le faisait assister à des orgies indescriptibles, auxquelles on lui reprochait ensuite d'avoir pris part ». Sous l'influence de ces troubles sensoriels se développa rapidement un délire très accusé de culpabilité : le malade réclamait la mort, se déclarait indigne des soins qu'on lui prodiguait, demandait qu'on en finît le plus rapidement possible.

Les hallucinations disparurent rapidement, et après elles, le délire s'effrita bientôt ; mais il subsista un état de dépression avec anxiété ; le malade, qui dès le mois de mai demandait sa sortie, croyait qu'on ne le laisserait jamais partir, qu'il était condamné à finir ses jours à l'asile. Dans cette période (de fin juin à fin octobre) il eut plusieurs fois des étourdissements, imputables sans doute à de l'artériosclérose ; les radiales en effet sont indurées, et des habitudes anciennes d'intempérance ont fait de cet homme de cinquante ans un vieillard précoce.

Le malade quitte le service guéri après neuf mois et demi de séjour ; néanmoins les derniers incidents que nous venons de rapporter nous font singulièrement résérer notre pronostic.

#### OBSERVATION XI (Personnelle).

M<sup>lle</sup> C... Marguerite, institutrice, 51 ans. Entrée le 1<sup>er</sup> mars 1899.

Cette malade, sur les *antécédents héréditaires* de laquelle nous n'avons aucun renseignement, a mené une existence fort irrégulière ; ancienne religieuse, elle a quitté le voile au bout de trois ans pour suivre un homme qui l'abandonnait d'ailleurs peu après ; elle a depuis lors mené une existence fort accidentée, exerçant irrégulièrement sa profession d'institutrice, cherchant des ressources dans la prostitution quand elle se trouvait sans place ; elle a ainsi contracté la *syphilis* vers 1878 ou 79 ; elle se serait assez bien soignée.

Elle entre dans le service avec un certificat de M. le docteur Toupet, la déclarant atteinte de « paralysie générale à forme dépressive ». Elle présentait alors un délire hallucinatoire très intense, datant de quelques jours, mais qui avait été précédé d'une période assez longue (quatre mois environ) de dépression

avec inquiétudes, causées par le mauvais état de ses affaires. Il y a peu de jours, elle a commencé à entendre des voix, qui, d'abord imprécises, parlaient de crimes, de châtiments, de femmes tarées, etc., mais qui bientôt se précisèrent, lui reprochant des faits réels de son existence : son inconduite passée, la syphilis contractée il y a une vingtaine d'années, deux avortements qu'elle a provoqués, etc. Ces hallucinations donnèrent naissance à un violent délire de culpabilité : la malade croit qu'elle est une honte pour l'humanité, qu'elle a déshonoré les familles dans lesquelles elle a exercé sa profession d'institutrice, qu'elle va mourir sur l'échafaud, au milieu des supplices les plus affreux, etc. A côté de ces hallucinations de l'ouïe avaient pris place quelques troubles visuels (elle voit des mouches, des cloportes) et de la sensibilité générale (elle est en pourriture, mille bêtes immondes lui rongent les entrailles).

Ajoutons qu'il n'existe pas de signes physiques de paralysie générale, sauf de la dilatation et de la rigidité de la pupille gauche, explicable par une iritis syphilitique ancienne.

A cause des antécédents de la malade, et le délire hallucinatoire qu'elle présentait nous paraissant dû à des troubles nutritifs de l'écorce sous la dépendance de la syphilis, nous instituâmes le traitement mixte; mais dès la première piqûre hydrargyrique (0,10 de calomel en injection profonde à la fesse), un érythème prurigineux des fesses et des cuisses se produisit, qui nous obligea à interrompre l'administration du mercure.

D'ailleurs, l'amélioration survint bientôt ; les hallucinations s'effacèrent, le délire de culpabilité pâlit, l'humeur redevint gaie, et dès la fin du mois de juin, la question de la mise en liberté se posait.

Brusquement, le 19 août, la malade nous déclare à la visite qu'elle est devenue fabuleusement riche. Elle signe ses lettres « princesse Vénus de Médicis », se dit impératrice du monde. Ce délire des grandeurs s'est développé absolument en dehors de tout trouble sensoriel ; la malade n'a pas la moindre hallucination ; « elle a appris, déclare-t-elle, qu'elle était très riche par une sorte d'intuition, c'est une idée qui lui est venue comme ça ». Malgré l'absurdité de ses conceptions délirantes, la malade ne nous produit pas l'impression d'une paralytique : la mémoire est bonne, l'intelligence intacte, il n'existe pas d'embarras de la parole. Une nouvelle piqûre de 0,10 de calomel est pratiquée le 14 septembre ; une salivation abondante s'établit presque aussitôt, et persiste une dizaine de jours ; soit simple coïncidence, soit action curative du mercure, l'état mental s'améliore rapidement ; la malade ne chiffre plus

sa fortune par des « billions de trillions de milliards » comme au début, ne signe plus princesse de Médicis et renonce à tous ses projets mégalomaniques ; elle présente néanmoins encore un peu d'excitation cérébrale, et paraît envisager son existence future avec un optimisme certainement exagéré.

Enfin, nous rapportons brièvement un troisième cas, où un délire hallucinatoire très intense, explicable encore par le mécanisme du trouble nutritif des centres sensoriels, survint épisodiquement chez un malade atteint de ramollissement cérébral.

#### OBSERVATION XII (Personnelle).

P... Louis, 57 ans, représentant de commerce. Entré le 17 avril 1898, décédé le 16 mai 1898.

Il s'agit d'un malade porteur d'une lésion en foyer (ictus il y a quatre ans), qui avait depuis quelque temps des accès fugaces de délire hallucinatoire, particulièrement nocturnes, provoquant de vives réactions, et imputables, sans doute, à des excès professionnels de boisson.

A son entrée dans le service, ce malade ne présentait que de l'affaiblissement intellectuel, avec dépression mélancolique et quelques idées hypocondriaques.

Dès les premiers jours de mai, on note un peu d'agitation, avec insomnie, actes désordonnés, état semi-maniaque.

Le 4 mai, au soir, les troubles sensoriels éclatent brusquement sous forme d'hallucinations de la vue; le malade assiste à des scènes dramatiques, il voit des assassins : « ils l'arrangent bien, s'écrie-t-il, ils sont sept contre un ».

Les jours suivants, les hallucinations persistent, surtout visuelles ; l'excitation augmente ; le malade veut aller à Paris faire lever l'opposition qui, dit-il, frappe ses titres de rente ; il voit du feu autour de lui, crie à l'incendie quand on allume les becs de gaz ; on va lui ouvrir le ventre, le faire brûler ensuite ; il voit le four qui l'attend.

Sous l'influence des hallucinations terrifiantes, un véritable délire panophobique s'établit ; le malade refuse de manger, craignant le poison ; l'insomnie est absolue, l'anxiété très vive ; le patient va et vient, en poussant des cris de terreur à cause de l'incendie qui l'entoure de toute part ; les nuits sont particulièrement mauvaises, et P... trouble le repos de toute la salle. Malgré l'alimentation à la sonde pratiquée deux fois par jour, et des doses croissantes d'extrait thébaïque en injections hypodermiques, l'anxiété et l'agitation ne font que croître ; la

dénutrition est intense, et le malade meurt le 17 mai, sans avoir présenté de phénomènes nouveaux, qu'un peu de dyspnée sans signes stéthoscopiques, et une élévation de la température à 39° le dernier jour.

L'autopsie ne put être pratiquée.

En somme, et pour résumer ce chapitre en quelques mots, nous croyons pouvoir admettre que la psychose hallucinatoire aiguë traduit un état d'infériorité du cerveau, une *dégénérescence mentale* si l'on veut, qui, parfois héréditaire, est souvent acquis, et survient à la suite d'intoxications prolongées, de maladies infectieuses graves. Mais il s'agit là, non plus d'une manifestation toxique ou infectieuse, mais plus exactement para-toxique ou para-infectieuse, dont le mécanisme pathogénique doit être un trouble de nutrition de l'écorce, et plus spécialement des centres sensoriels. Nous ne prétendons pas d'ailleurs que ce mécanisme soit univoque; dans certains cas, il s'agit sans doute d'une action directe du poison sur le neurone; cependant nous croyons qu'en règle générale cette action directe, immédiate, se traduit par de la confusion hallucinatoire plutôt que par la psychose hallucinatoire, ainsi qu'en témoignent les délires toxiques et infectieux (délires alcoolique, urémique, confusion mentale puerpérale, etc., etc.).

## CHAPITRE IV

**Diagnostic.**

Le diagnostic de la psychose hallucinatoire aiguë présente des difficultés très variables selon les cas : alors que parfois il s'impose au seul examen du sujet, dans d'autres cas il ne peut être affirmé qu'après une enquête approfondie auprès de l'entourage. Rappelons que les symptômes qui permettent de l'établir sont : le début le plus souvent brusque, l'apparition primitive des troubles sensoriels, l'établissement secondaire et inconstant d'états de conscience et de délires liés uniquement aux hallucinations, enfin la marche aiguë et le pronostic généralement favorable.

Quelles sont les affections mentales qui présentent dans leur symptomatologie un ou plusieurs traits de ce tableau morbide ? La confusion nous paraît difficile avec les *affections organiques* du cerveau (paralysie générale, lésions en foyers). Il faut seulement avoir toujours présente à l'esprit la possibilité d'un délire hallucinatoire symptomatique, comme on en rencontre parfois au cours de la paralysie générale, comme nous en rapportons des exemples au début de l'artériosclérose (obs. X) ou de la syphilis cérébrale (obs. XI), ou encore chez un malade atteint de ramollissement (obs. XII). Les signes physiques de l'affection organique permettront généralement un diagnostic étiologique précis, dont l'importance est capitale pour l'établissement du pronostic.

Nous n'insisterons pas longuement sur le diagnostic avec la *manie* et la *mélancolie*. Nous estimons en effet avec Kröpelin que les cas légitimes de ces deux affections sont beaucoup plus rares qu'on ne le dit généralement. Nous pensons notamment que les prétendus cas de manie avec hallucinations sont le plus souvent des cas de psychose hallucinatoire avec réaction maniaque ; de même pour la mélancolie, car il nous semble que

l'on devrait chercher le type de cette affection dans les cas caractérisés par de la dépression, sans délire ou avec un délire pauvre et monotone et des hallucinations peu nombreuses, tels qu'on les observe habituellement chez des sujets âgés; nous croyons au contraire que la prétendue mélancolie des jeunes sujets avec son cortège d'hallucinations multiples, son délire polymorphe avec idées de persécution fréquentes, n'est bien souvent, elle aussi, qu'une psychose hallucinatoire aiguë. N'oublions pas d'ailleurs que les psychiatres français qui n'admettent pas pour les formes que nous décrivons la dénomination de délires d'emblée des dégénérés les considèrent généralement comme des cas de mélancolie délirante. Quoi qu'il en soit, la base du diagnostic nous paraît devoir être cherchée dans l'état primitif de l'humeur : nous appellerions volontiers la mélancolie, telle que nous la concevons, une psychose émotive, parce qu'elle est caractérisée essentiellement par des troubles primitifs de la conscience, qui ne sont au contraire que secondaires dans la psychose hallucinatoire.

Des considérations du même ordre permettront le diagnostic avec la *confusion mentale primitive* : ici c'est l'élément confusion qui domine la scène morbide, où il tient le premier rôle et par son importance et par sa priorité; les hallucinations, quand elles apparaissent, ne sont jamais que secondaires; il faudrait renverser les deux termes de cette proposition pour définir la psychose hallucinatoire. Ajoutons que les troubles somatiques sont bien moins accentués dans cette dernière affection que dans la confusion primitive et que la prédisposition y paraît jouer un rôle plus important. Nous croyons devoir néanmoins renouveler nos réserves au sujet des cas où il y a à la fois confusion extrême des idées et hallucinations très intenses, sans qu'il soit facile, ni même bien utile, de rechercher lequel des deux phénomènes est primitif, lequel secondaire. Nous avons rapporté un cas de ce genre (obs. VIII), que nous classerions volontiers dans un groupe intermédiaire, celui de la *confusion hallucinatoire*.

Nous nous étendrons peu sur les *délires névrosiques*, encore qu'ils présentent souvent quelques ressemblances avec la psychose hallucinatoire aiguë. Chez les *hystériques*, les

seuls troubles mentaux qui pourraient prêter à confusion sont les accès délirants intra ou post-convulsifs. Mais leur durée généralement très courte (quelques heures, deux ou trois jours au plus), la prédominance des hallucinations de la vue sur celle de l'ouïe, l'état de rêve dans lequel se trouve le malade, enfin la constatation de stigmates de la névrose rendront le diagnostic généralement facile. Chez les *épileptiques*, ce sont encore les délires post-convulsifs qui pourraient parfois être pris pour la psychose hallucinatoire; la connaissance des crises comitiales lèverait tous les doutes; en l'absence de cet élément, l'inconscience absolue du malade, la durée très courte du délire, l'amnésie complète qui le suit, trancheraient toute difficulté. Disons d'ailleurs, quoique nous n'ayons jamais constaté d'association de ce genre, qu'il ne nous paraît pas défendu à une hystérique ou à un épileptique de faire une psychose hallucinatoire aiguë, indépendante de sa névrose; il serait généralement facile dans ces cas, semble-t-il, de déterminer le rôle respectif des deux affections.

Les difficultés sont certainement plus grandes pour différencier les cas que nous étudions de certains délires toxiques, le *délire alcoolique* spécialement. Sans aller aussi loin que M. Séglas qui considère ce délire comme un délire hallucinatoire secondaire, il nous paraît impossible de méconnaître les rapports symptomatiques qui existent entre les deux affections. Cependant, il y a un élément que nous croyons de la plus haute valeur pour ce diagnostic : c'est la constatation de l'état de confusion qui accompagne toujours le délire alcoolique; celui-ci est une confusion hallucinatoire, plutôt qu'un délire hallucinatoire, symptomatique. Un autre signe de valeur nous paraît fourni par la nature même des hallucinations qui, surtout auditives dans les cas qui nous occupent, prédominent plutôt dans la sphère visuelle, chez les alcooliques. Mais il est une catégorie de faits auxquels ces considérations ne sauraient s'appliquer : nous avons déjà fait allusion à ces alcooliques, prédisposés soit par héritage, soit par acquisition, dont le délire toxique ne guérit qu'imparfaitement; la confusion disparaît, le malade sort du rêve dans lequel il était plongé tout d'abord, mais les hallucinations persistent, avec leurs réac-

tions psychiques (état d'humeur, délire) habituelles. La disparition de la confusion montre bien que l'action du toxique sur le cerveau s'est épuisée; ce qui reste, c'est une psychose hallucinatoire légitime, due à des troubles de nutrition survivant à la cause qui les a engendrés; nous le répétons, ces cas, bien étudiés par M. Magnan, acquièrent pour nous la valeur de faits expérimentaux (1).

Nous devons encore rechercher les signes distinctifs entre la psychose hallucinatoire et les autres *délires des dégénérés*; la tâche sera facile.

1<sup>o</sup> Nous avons soigneusement distingué les cas que nous décrivons de ceux où il existe un trouble mental à évolution aiguë, mais se développant en dehors de tout phénomène sensoriel, se systématisant généralement bientôt, et traduisant, en les exagérant d'une façon morbide, les tendances antérieures de la personnalité; ces cas, confondus avec les précédents par M. Magnan sous le nom de *délires d'embûche*, en sont soigneusement différenciés par M. Séglas qui les appelle, avec de nombreux auteurs allemands, *paranoïa aiguë*. Ils reposent généralement sur un fonds d'illusions ou d'interprétations délirantes, qui traduisent bien la déviation primitive des facultés logiques: l'absence ou l'extrême rareté des hallucinations, qui n'exercent aucune influence sur l'apparition du délire, la rapide systématisation de celui-ci, enfin la connaissance de l'état mental antérieur, le plus souvent défectueux, permettront aisément le diagnostic. Nous résumons ci-dessous une observation empruntée à M. Séglas, et dans laquelle ces caractères distinctifs nous paraissent bien mis en lumière.

#### OBSERVATION XIII (Séglas) (2).

Mme L..., âgée de 36 ans, est entrée le 16 septembre.

Les antécédents héréditaires nous apprennent que la grand'mère paternelle est morte de ramollissement cérébral; que le père est bizarre, original, très emporté, émotif à l'excès.

(1) MAGNAN. Recherches sur les centres nerveux; 2<sup>e</sup> série. Paris, 1898, p. 47.

(2) SÉGLAS. Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses. Paris, 1895, p. 391.

La grand'mère maternelle, très originale, avait des idées érotiques; la mère a eu aussi toute sa vie des idées érotiques, et tenu une conduite assez suspecte; elle paraît n'avoir pas été hystérique. Un frère est intelligent, mais mal équilibré, original, méticuleux, très émotif.

Dans les *antécédents personnels* rien de particulier à noter. Cette dame a toujours manifesté des idées romanesques et vaniteuses, des aspirations vers l'idéal, des sentiments religieux très développés, des scrupules. Elle est devenue veuve il y a trois ans; elle n'a jamais eu d'enfants.

Depuis deux ans, elle avait fait la connaissance d'un certain M. P..., qui, pensait-elle, devait l'épouser; quand elle s'aperçut qu'elle devait renoncer à ce projet (fin août), elle commença à manifester des idées de persécution qui allèrent en s'accentuant jusqu'à son entrée, le 16 septembre. Elle prétendait qu'on s'était moqué d'elle, qu'on lui avait versé un narcotique pour la rendre folle, et lui communiquer la folie amoureuse, qu'un jour où elle avait reçu chez elle la personne en question, on avait placé deux personnes derrière un rideau pour l'espionner; qu'on lui avait fait manquer son mariage avec cet individu, que tantôt elle traitait de misérable, tantôt elle regardait comme le plus parfait gentilhomme, l'ambassadeur du saint-siège, parlant du rang qu'elle eût occupé, de la fortune qui fut devenue la sienne. On voulait la faire interdire; elle se croyait déshonorée, craignait le mépris de sa famille. Elle accusait toutes les bonnes de la maison d'être contre elle; sur son passage on se moquait d'elle et l'on semblait se concerter. Sa propre bonne jouait auprès d'elle un rôle misérable; elle laissait tout en désordre dans l'appartement, afin de faire passer sa maîtresse pour folle; elle faisait toujours son café trop fort dans une mauvaise intention. Une fois, M<sup>me</sup> L... porta chez le pharmacien une bouteille renfermant du lait qu'elle disait empoisonné; elle écrivit à différentes personnes, au procureur de la République pour réclamer, à son confesseur pour lui demander pardon de juger mal ses parents, «alors que c'était elle qui avait tous les torts».

A son entrée, le 16 septembre, elle répète qu'elle n'est pas atteinte de folie amoureuse; qu'il y a un complot monté contre elle, qu'on lui a fait boire un narcotique qui rend amoureuse et qu'elle a joué ainsi la comédie de l'amour. Cet individu, qu'elle pensait épouser, est un misérable. Il a voulu la violer, sans y réussir; mais il avait aposté, derrière un rideau, sa bonne qui l'espionnait, et il y avait, derrière une porte, un médecin qui en faisait autant. Elle a vu, à plusieurs reprises, dans ses aliments, du poison jeté là par sa bonne, qui avait ameuté contre elle tous les domestiques de la maison. On se concertait sur son passage, en «persillait ses paroles». Ses

parents mêmes ont voulu se débarrasser d'elle et lui ont donné un philtre pour lui faire jouer la folie amoureuse devant le médecin qu'ils avaient appelé pour se débarrasser d'elle; c'était, d'ailleurs, un faux médecin, etc., etc. Elle prétend ne pas entendre de voix injurieuses; une fois seulement, sa bonne lui aurait dit: « C'est la vengeance d'un Corse et d'une Allemande. » Une autre fois, dans une de ses fugues, elle aurait entendu deux agents qui la suivaient, déguisés, l'un en employé de chemin de fer, l'autre en noir, dire en la voyant: « C'est inutile, elle rentre chez elle. » Pendant les semaines suivantes, cette dame, bien que plus calme, manifeste toujours les mêmes idées délirantes.

Dans le courant d'octobre, elle est plus calme et abandonne plus facilement ses idées, de moins en moins étroitement associées. Cependant, elle accuse toujours la famille de son père, qui est mal avec celle de sa mère, d'avoir suscité ce M. P... et organisé le complot pour la perdre de réputation.

En novembre, les idées de persécution et d'empoisonnement se dissocient de plus en plus. En revanche, M<sup>me</sup> L... accuse des idées hypocondriaques; elle souffre de partout, elle a peur de devenir folle ou gâteuse.

En décembre, son délire tend à disparaître; elle ne convient cependant pas encore absolument de la fausseté de toutes ses idées, tout en reconnaissant qu'elle jugeait mal les choses, parce qu'elle était souffrante.

En janvier, M<sup>me</sup> L... reconnaît sans difficulté qu'elle a été malade, qu'elle a eu un accès de délire; elle peut être considérée comme guérie de cet accès, mais, si les idées délirantes ont disparu, le caractère individuel même dont elles n'étaient en réalité que l'exagération, est resté toujours ce qu'il était autrefois.

2<sup>e</sup> Parmi les *délires chroniques* des dégénérés, nous avons deux catégories de faits à considérer : a) *des délires systématisés*, et cette systématisation même est un caractère distinctif de haute valeur, qui enlève toute difficulté au diagnostic pour peu qu'on puisse observer le malade un temps suffisant; dans ces cas, qui sont une forme chronique de ceux que nous désignons sous le nom de paranoïa aiguë, les hallucinations ne sont qu'épisodiques, peu intenses; le trouble des facultés logiques est profond, et se manifeste par de nombreuses interprétations délirantes, qui contribuent puissamment à l'édification du système vésanique; b) *des délires polymorphes, sans systématisation*; ils représentent précisément les cas de

psychose hallucinatoire aiguë passés à la chronicité ; c'est dire que rien, sinon leur évolution, ne les en distingue ; ils n'en sont qu'un mode de terminaison, impossible à prévoir dans la majorité des cas.

Enfin, un diagnostic peut encore venir à l'esprit, en présence d'un cas de psychose hallucinatoire : c'est celui de *délire chronique à évolution systématique*, à sa deuxième période. Mais l'erreur sera facilement évitée, si l'on considère qu'un début récent de la maladie, avec phase prodromique courte ou nulle, une systématisation très imparfaite, un délire mobile selon le contenu des hallucinations, enfin l'importance et l'intensité de celles-ci caractérisent la psychose hallucinatoire et doivent faire écarter l'hypothèse de délire chronique. Il existe néanmoins, on ne saurait le dissimuler, des cas de diagnostic très délicat, où l'évolution seule de la maladie lèvera les derniers doutes.

## CHAPITRE V

**Pronostic.**

Le pronostic de la psychose hallucinatoire aiguë, avons-nous déjà dit, est très généralement favorable. Dans la grande majorité des cas, on peut en effet espérer le retour, sinon à l'état normal, du moins à l'état antérieur, souvent lui-même défectueux. Le laps de temps nécessaire pour cette guérison est assez variable; même dans les cas à évolution très rapide, il ne nous semble pas qu'on puisse considérer le malade comme définitivement guéri avant trois mois; mais ce sont là des cas exceptionnels, et le plus souvent la maladie durera de six à huit mois, et jusqu'à un an. Enfin, on peut, quoique plus rarement, voir survenir la guérison au bout d'un temps encore plus long, après deux ans et demi par exemple, dans l'observation d'Esquirol.

Deux catégories de faits empêchent toutefois d'envisager avec une entière confiance l'avenir de nos malades. D'abord, la possibilité de la terminaison par un état chronique, incurable; et malheureusement, il nous semble qu'aucun signe ne permet de prévoir, dès le début, cette redoutable éventualité; nous croyons seulement que les malades à héritéité très chargée, à idées de grandeur prédominantes, avec tendances vers un essai de systématisation, ont moins de chances de guérir que les autres. Quant au bout d'un an la guérison n'est pas obtenue, ces chances diminuent d'ailleurs chaque jour davantage. Par contre, la conscience de l'état morbide, et aussi le relèvement du poids du corps, permettent de prédire une guérison prochaine.

La seconde raison, qui commande quelques réserves pour le pronostic, c'est l'existence, que nous avons démontrée, de délires hallucinatoires symptomatiques de lésions organiques du cerveau, mais précédant ces lésions de plus ou moins loin, de délires hallucinatoires préorganiques pourrait-on dire. La connaissance de ces faits devra faire réservé le pronostic chez les sujets séniles, soit du fait seul de leur âge, soit par infections ou intoxications prolongées (artériosclérose).

## CHAPITRE VI

**Traitement.**

On pourrait envisager, nous semble-t-il, un *traitement prophylactique* de la psychose hallucinatoire aiguë. Il est certain que tout individu qui a présenté des manifestations infectieuses ou toxiques graves devrait, surtout si son héritage n'est pas exempt de tares névropathiques ou vésaniques, se soumettre à l'hygiène morale et physique la plus stricte, s'abstenir notamment avec le plus grand soin de toute nouvelle cause d'infection ou d'intoxication. Il est inutile d'insister sur ce point.

Quant au *traitement curateur*, il sera seulement symptomatique, tant que le médicament spécifique de l'hallucination n'aura pas été découvert (1). Tout d'abord, la nécessité de l'internement ne nous paraît pas discutable; les hallucinés aigus, par la mobilité de leurs conceptions délirantes, par la multiplicité des impulsions que les hallucinations provoquent constamment, sont une source perpétuelle de dangers et pour eux et pour leur entourage. Ajoutons que l'internement, pour produire le maximum d'effet utile, doit être aussi précoce que possible; quelques jours de retard au début de la maladie peuvent se traduire plus tard par des semaines et des mois de prolongation de séjour à l'asile, parfois même par le passage à l'incurabilité. Cependant, l'internement ne nous paraît pas devoir être prolongé outre mesure; quand le poids du corps s'est relevé, quand le malade a conscience de son état pathologique, quand il n'accorde plus créance aux hallucinations qui persistent encore, il nous semble possible, le plus souvent même avantageux, de tenter un essai de retour à la vie normale, avec la garantie d'une surveillance suffisante, bien entendu; il n'est pas rare alors de voir une convalescence qui

---

(1) Nous ne voulons pas insister ici sur les tentatives anciennes de guérison des hallucinations par l'emploi de médicaments « hallucinants », tels que le haschisch, la belladone, le datura, etc. Ces tentatives, basées sur des théories thérapeutiques au moins étranges, sont tombées dans un juste oubli.

semblait devoir traîner indéfiniment à l'asile, évoluer rapidement et aboutir à la guérison complète, par le retour au milieu familial.

A l'asile, le traitement sera surtout hygiénique; nous recommandons particulièrement la *suralimentation* par le lait et les œufs, pour lutter contre les phénomènes d'épuisement; l'*abstinence absolue de toute boisson alcoolique*, même de doses modérées de vin aux repas; enfin l'*alitement*, dont nous avons exposé ailleurs les règles avec notre maître M. Sérieux, et qui permet seul de donner à de tels malades le repos physique et psychique dont ils ont le plus grand besoin (1). En dehors de ces indications générales, nous croyons qu'il faut être sobre de médicaments, ces « moyens chimiques de contention » comme on les a justement appelés. Contre l'*agitation* et l'*insomnie*, nous préférerons les bains tièdes prolongés, l'emploi du drap mouillé, au chloral ou au bromure; en cas de *dépression* et surtout d'*angoisse*, on utilisera avec avantage la méthode de Krafft Ebing, ce puissant tonique du cerveau (2).

Enfin, au moment de la convalescence, l'hydrothérapie froide pourra rendre de grands services; c'est alors aussi qu'il sera bon d'accorder au malade des congés d'essai.

(1) SÉRIEUX et FARNARIER. Le traitement des psychoses aiguës par le repos au lit. (*Semaine Médicale*, 11 oct. 1899, et Société médico-psychol., 30 oct. 1899.)

(2) Krafft Ebing préconise dans les états de dépression avec angoisse l'emploi de doses croissantes d'opium en injections hypodermiques. Il formule ainsi :

Extrait d'opium.....	2 gr. 50 centigr.
Glycérine .....	5 grammes.
Eau .....	Q. S pour 50 c.c.
F. S. A. — 1 c. c. représente 0,05 d'extrait d'opium.	

On injecte le premier jour 1 c.c. le matin, le lendemain 1 c.c. matin et soir, et on augmente ainsi progressivement de 1 c.c. par jour jusqu'à atteindre 10 et même 15 c.c. *pro die*; on diminue de même les doses petit à petit quand l'anxiété a disparu.

## CONCLUSIONS

I. Il y a lieu de décrire à part, parmi les *délires des dégénérés*, une forme dans laquelle la prédisposition est acquise ou héréditaire, la symptomatologie réduite parfois à des troubles hallucinatoires, le pronostic favorable, l'évolution aiguë; nous proposons de nommer cette forme *psychose hallucinatoire aiguë*.

II. Au point de vue clinique, le symptôme capital de cette affection est l'apparition, dans une conscience jusque-là normale, d'hallucinations multiples, de tous les sens, mais plus fréquentes dans la sphère auditive, entraînant à leur suite un délire à systématisation nulle ou du moins très imparfaite où les idées de persécution, de grandeur, mystiques, hypocondriaques, etc., s'entremêlent sans ordre, au gré des hallucinations. Il existe parfois un certain degré de confusion mentale, mais épisodique et secondaire.

III. La cause de cette affection doit être recherchée dans un état de faiblesse irritable du cerveau, qui, parfois héréditaire, est souvent acquise, à la suite d'infections graves ou d'intoxications prolongées; cette psychose est ainsi d'*origine*, mais non plus de *nature* toxique. L'élément toxique ou infectieux agit parfois par le mécanisme d'un trouble circulatoire localisé, ou au moins prédominant, dans les centres sensoriels, ainsi qu'en témoignent les psychoses hallucinatoires symptomatiques préorganiques. Il peut encore agir, dans d'autres cas, par influence directe sur la cellule nerveuse.

IV. Le diagnostic doit être fait avec la manie et la méianolie, avec la confusion mentale primitive, les délires toxiques et névrosiques, la paranoïa aiguë (délire aigu des dégénérés reposant sur des illusions et des interprétations délirantes, et trahissant une perversion congénitale des facultés logiques), avec les délires systématisés chroniques des dégénérés, avec le délire chronique à évolution systématique.

V. Le pronostic est le plus souvent favorable; habituellement, la guérison survient dans le cours de la première année; parfois, mais rarement, plus tard. La maladie peut encore se terminer par le passage à l'état chronique ou à un état incurable d'affaiblissement psychique.

VI. Le traitement a pour base l'internement; il comprend, en outre, l'emploi systématique de l'alimentation et de la suralimentation, éventuellement des bains tièdes prolongés, des calmants, de la cure opiacée de Krafft Ebing.

## INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- AMADEI et TONNINI. La paranoïa e le sue forme. (*Arch. ital. per le mat. nerv.*, 1883-84.)
- BAILLARGER. Recherches sur les maladies mentales. Paris, 1890.
- BALL. Leçons sur les maladies mentales. Paris, 1880-83.
- BALLET (G.). Les psychoses (*in* Traité de médecine de Charcot, T. VI).
- BECQUET. Du délire d'inanition dans les maladies. (*Arch. gén. de méd.*, 1866.)
- BUCCOLA. I delirii sistematizzati primitivi. (*Riv. sperim. di freniatr.*, 1882.)
- BUCKNILL et TUKE. A manual of psychological Medicin. Londres, 1879.
- CHASLIN. La confusion mentale primitive. Paris, 1895.
- CRAMER. Abgrenzung und Differential-Diagnose der Paranoia. (*Allg. Zeitschr. f. Psych.*, T. LI.)
- DAGONET. Traité des maladies mentales. 2<sup>e</sup> édit. Paris, 1894.
- ESQUIROL. Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal. Paris, 1838.
- FEAUX. Ueber den hallucinatorischen Wahnsinn. Th. Marbourg, 1878.
- FOVILLE (Ach.). Etude clinique sur la folie avec prédominance du délire des grandeurs. Paris, 1871.
- FRITSCH. Zur Frage der primären Verrücktheit. (*Jahrb. f. Psych.*, 1879.)
- GREIDENBERG. Contribution à l'étude de la folie aiguë hallucinatoire (en russe). (*Messager de psych. et neuropathol.*, 1885.)
- GRIESINGER. Traité des maladies mentales. Trad. fr. par Doumic. Paris, 1865.
- GRIESINGER. Vortrag zum Eroffnung der psych. Klinik zur Berlin. (*Arch. f. Psych.*, 1867, T. I.)
- HAMMOND. A treatise of Insanity. Londres, 1883.
- ILBERG. Le délire systématisé hallucinatoire d'origine toxique. (Commun. au Congrès de Carlsruhe, *in Arch. de neurol.*, 1894, T. XXVIII.)
- ILBERG. Le délire hallucinatoire. (Commun. au Congrès de Dresde, *in Arch. de neurol.*, 1895, T. XXX.)
- ILBERG. Le manuel de psychiatrie du professeur E. Krapelin (en franç.). (*Ann. médico-psychol.*, 1895, T. II.)

- KERAVAL. Les délires plus ou moins cohérents désignés sous le nom de paranoïa. (*Arch. de neurol.*, 1894, T. XXVIII, et 1895, T. XXIX.)
- KIRCHOFF. Lehrbuch der Psychiatrie. Leipzig, 1892.
- KOCH. Beitrag zur Lehre von der primäre Verrücktheit. (*Allg. Zeitschr. f. Psych.*, T. XXXVI.)
- KOPPEN. Ueber acute Paranoia. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 15 mai 1899. — anal. in *Rev. neurol.*, 1899, p. 672.)
- KORSAKOFF. Sur les formes aiguës de folie (en russe). (*Revue méd. de Moscou*, 1891, T. XXXV.)
- KRÖPELIN. Psychiatrie, ein kurzes Lehrbuch für Studirende und Aerzte. 4<sup>e</sup> éd. Leipzig, 1893. 5<sup>e</sup> éd. 1896. 6<sup>e</sup> éd. 1899.
- KRÖPELIN. Die Abgrenzung der Paranoïa. (*Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 1894, T. L.)
- KRAFFT EHING. Lehrbuch der Psychiatrie. 3<sup>e</sup> éd. Stuttgart, 1888. trad. fr. de la 5<sup>e</sup> éd. par E. Laurent. Paris, 1897.
- LASÈGUE. Du délire de persécution. (*Arch. gén. de méd.*, 1852.)
- LEGRAND. Du délire chez les dégénérés. Th. Paris, 1886.
- LEGRAND DU SAULLE. Le délire des persécutions. Paris, 1873.
- MAGNAN. Recherches sur les centres nerveux. Paris, 1876. — 2<sup>e</sup> série, Paris, 1893.
- MAGNAN. Leçons cliniques sur les maladies mentales. Paris, 1893. — 2<sup>e</sup> série, Paris, 1897.
- MAGNAN et LEGRAND. Les dégénérés. Paris, 1895.
- MAGNAN et SÉRIEUX. Le délire chronique à évolution systématique. Paris (sans date).
- MAYSER. Zum sogenan. hallucinat. Wahnsinn. (*Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 1885, T. XLII.)
- MENDEL. Paranoïa. (*Eulenburg's Real Encyclopædie*, 1883.)
- MENDEL. Delirium hallucinatorium. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 1894.)
- MENDEL. Le délire hallucinatoire (en franç.). (*Méd. scientif.*, 1894.)
- MERCKLIN. Studien über primäre Verrücktheit. Th. Dorpat, 1879.
- MEYNERT. Die acuten (hallucin.) Formen des Wahnsinns, und ihr Verlauf. (*Jahrb. f. Psych.*, 1881, T. III.)
- MOREL. Etudes cliniques. Paris, 1852.
- MOREL. Traité des maladies mentales. Paris, 1860.
- MORSELLI. Manuale di semeiotica delle malattie mentale. Milan, 1885-94.
- MORSELLI et BUCCOLA. La pazzia sistematizzata. (*Giorn. del R. Acad. di Torino*, 1883.)
- ORCHANSKY. Ueber Bewusstseinsstörungen und deren Beziehungen zur Verrücktheit und Dementia. (*Arch. f. Psych.*, 1889, T. XX.)

- RÉGIS. Manuel pratique de médecine mentale. 2<sup>e</sup> éd. Paris, 1892.
- ROSENBACH. Contribution à l'étude de quelques formes aiguës d'aliénation mentale, et de leurs rapports avec la paranoïa. (*Ann. médico-psychol.*, T. XIII.)
- SALEM-PAGE. La classificazione delle frenopatie. (*Il Pisani*, 1885.)
- SAMT. Die naturwissenschaftliche Method in der Psychiatrie. Berlin, 1874.
- SANDER. Ueber eine specielle Form der primären Verrücktheit. (*Arch. f. Psych.*, 1868-69, T. I.)
- SAURY. Etudes cliniques sur la folie héréditaire. Les dégénérés. Paris, 1886.
- SCHAFFER. Ueber die Formen der Wahnsinn. (*Allg. Zeitschr. f. Psych.*, T. XXXVII.)
- SCHENTHAL. Ueber die acute hallucinatorische Paranoïa. (*Allg. Zeitschr. f. Psych.*, T. XLVIII.)
- SCHOLZ. Ueber primäre Verrücktheit. (*Berl. klin. Wochensch.*, 1880.)
- SCHULE. Klinische Psychiatrie. 3<sup>e</sup> éd. Leipzig, 1886. Trad. franç., par Dagonet et Duhamel. Paris, 1888.
- SCHULE. Beitrag zur Lehre der Paranoïa. (*Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 1894, T. L.)
- SÉGLAS. La paranoïa; étude critique et historique. (*Arch. de neurol.*, 1887, T. XIV.)
- SÉGLAS. Leçons cliniques sur les maladies mentales. Paris, 1895.
- SERESKY. Ueber die acuten Formen von Amentia und Paranoïa. (*Allg. Zeitschr. f. Psych.*, T. XLVIII.)
- SÉRIEUX. Le délire chronique à évolution systématique, et les psychoses des dégénérés. (*Bull. de la Soc. de méd. ment. de Belgique*, 1891.)
- SNELL. Ueber monomanie als primäre Form der Seelensstörung. (*Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 1865, T. XXII.)
- SPITZKA. Insane delusions; their mechanism and their diagnostic bearing. (*Journ. of nerv. and ment. Diseases*, 1881.)
- SPITZKA. Manual of Insanity. New-York, 1883.
- TANZI. La paranoïa (delirio sistematizzato) e la sua evoluzione storica. (*Riv. sper. di freniat.*, 1884.)
- TANZI et RIVA. La paranoïa; contributo alla storia delle degenerazioni psichiche. (*Riv. sper. di freniat.*, 1884-85-86.)
- WERNER. Die paranoïa. Stuttgart, 1891.
- WESTPHALL. Ueber die Verrücktheit. (*Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 1878, T. XXXIV.)
- WILLE. Die Lehre von der Verwirrtheit. (*Arch. f. Psych.*, 1888, T. XIX.)
- ZIEHEN. Ueber Störungen des Vorstellungsablaufs bei der Paranoïa. (*Arch. f. Psych.*, T. XXIV.)

## TABLE DES MATIÈRES

---

<b>INTRODUCTION.....</b>	3
<b>CHAPITRE I. <i>Etude critique et historique.....</i></b>	5
<b>CHAPITRE II. <i>Symptomatologie .....</i></b>	22
<b>CHAPITRE III. <i>Etiologie et pathogénie.....</i></b>	52
<b>CHAPITRE IV. <i>Diagnostic.....</i></b>	60
<b>CHAPITRE V. <i>Pronostic.....</i></b>	67
<b>CHAPITRE VI. <i>Traitemennt.....</i></b>	68
<b>CONCLUSIONS.....</b>	70
<b>INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.....</b>	71