

Bibliothèque numérique

medic@

**Dictionnaire des maladies
éponymiques et des observations
princeps : Bonnet (Syndrome de
Charles)**

**De Morsier, G.. - Les automatismes
visuels. Hallucinations
rétro-chiasmatiques**

In : Schweiz. Med. Woch., 1936, pp. 700-703

	Nombre	Dont ont organisé les examens jusqu'en 1936
<i>Etablissements d'Etat</i>		
Suisse allemande	18	13
Suisse romande et italienne	9	4
<i>Etablissements privés</i>		
Suisse allemande	13	8
Suisse romande	9	2
Total	49	27

Jusqu'en avril 1936, 1113 infirmiers et infirmières avaient obtenu le diplôme de la S. S. P. 160 personnes se sont présentées à la session de ce printemps.

Quant à l'organisation de ces examens, elle est dirigée par la Commission dite «Commission des asiles».

Cette dernière est formée de 9 membres nommés par la S. S. P. qui y délègue son président et son secrétaire. Les différentes associations du personnel y envoient en outre des représentants. Cette Commission ainsi étendue s'occupe de tout ce qui concerne le personnel et surtout son instruction. Elle rend compte de son activité à la S. S. P. Il y a deux ans a été créé un secrétariat dénommé «Office central suisse du personnel infirmier pour malades nerveux et mentaux» auquel il est adjoint un bureau de placement. Ce secrétariat est financé exclusivement par les montants des inscriptions aux examens.

La S. S. P. choisit parmi les membres de la commission des asiles le président de la commission d'examen; celui-ci, d'accord avec le secrétaire, organise les examens et nomme les différents examinateurs.

Les candidats sont admis à se présenter aux examens après deux ans de service dans un asile d'état ou une clinique privée reconnue et après avoir suivi les cours d'instruction pendant deux semestres.

Sont exigées les connaissances suivantes:

a) au point de vue théorique: anatomie et physiologie du corps humain, particulièrement du système nerveux, les termes psychologiques usuels hygiène mentale, prévoyance, assistance. Maladies physiques: Connaissances des maladies et soins aux malades. Maladies mentales: connaissance des maladies et soins aux malades.

b) Au point de vue pratiques: les soins à donner aux malades physiques y compris les premiers secours en cas d'accident, les soins à donner aux malades mentaux ainsi que la rédaction d'un rapport sur le comportement et les particularités d'un malade.

On prend la moyenne entre les notes. La «mention finale» notée sur le *certificat d'examen* est déterminée par la moyenne des notes de théorie et de pratique et la note donnée aux candidats par la direction de l'asile pour apprécier son travail journalier.

Quant au *diplôme* lui-même, il s'obtient:

a) après trois ans de service dans un établissement pour malades mentaux.

b) sur la recommandation de la direction de l'établissement.

c) après que l'examen professionnel ait été subi avec succès.³⁾

Il nous reste à énumérer quelques-uns des *buts principaux* de cette formation:

Il s'agit essentiellement d'obtenir une formation aussi étendue et complète que possible.

D'emblée, il fut convenu que l'on chercherait à développer les qualités personnelles autant que les connaissances professionnelles.

Tout en tendant à obtenir une formation aussi uniforme que possible, on a dû tenir compte des particularités cantonales et locales.

Nous voulons encore attirer l'attention sur les points suivants:

1. La formation du personnel devrait être beaucoup plus étendue. D'une part, tous les asiles et cliniques devraient instituer des cours et des examens, d'autre part, le jeune personnel devrait être *obligé* de suivre ces cours, comme c'est le cas déjà dans un certain nombre d'asiles.

2. La formation devrait être non seulement plus étendue mais aussi plus approfondie, en particulier:

a) Par un *choix* meilleur du personnel; il est inutile de tendre à une formation meilleure si le personnel n'est pas apte.

b) Par le développement et l'extension des *cours*. La méthode de travail devrait être perfectionnée de manière à obtenir une collaboration plus active des participants⁴⁾.

³⁾ Ceux qui désirent de plus amples détails au sujet de cette organisation de l'instruction du personnel les trouveront dans la littérature que nous avons mentionnée. «L'office central suisse du personnel infirmier pour malades nerveux et mentaux» à Berne, Murtenstraße 11, fournira en outre tous les renseignements qu'on voudra bien lui demander.

⁴⁾ Morgenthaler: «De la formation professionnelle». Cahier 8 des contributions, éditeur Hans Huber, Berne.

c) Les examens devraient être encore mieux adaptés à l'enseignement et tenter davantage à qualifier les aptitudes personnelles et pratiques des candidats plutôt que la science livresque.

d) Le *diplôme* devrait être obtenu, non seulement après trois ans de service et la réussite des examens, mais en tenant davantage compte des aptitudes pratiques du candidat mises en valeur pendant son stage.

e) Il faudrait aussi vouer plus d'attention au perfectionnement des employés diplômés. Ces derniers, s'ils s'adonnent sérieusement à leur vocation, sentiront eux-mêmes le besoin d'élargir encore leurs connaissances. On peut leur donner satisfaction de différentes manières sans beaucoup de complications, ni de frais. Il suffit que dans chaque asile des médecins cultivés et possédant quelques capacités pédagogiques veuillent bien s'en occuper. Il s'agira essentiellement de chercher à développer encore les facultés morales et spirituelles. Cela s'obtiendra par des leçons en commun et surtout par un contact personnel de maître à élève. Il s'agira aussi de stimuler la culture générale par une instruction qui peut être donnée par des personnes cultivées et pas nécessairement par des médecins. On attachera de l'importance à la tenue, la manière d'être (savoir-vivre, vêtements, hygiène, gymnastique, sports). Enfin on perfectionnera aussi la formation professionnelle proprement dite (encouragement à la lecture, conférences et discussions instructives, travail en commun, introduction à l'assistance sociale, etc.).

3. Le problème d'avenir le plus important est la création d'une *école professionnelle* pour le personnel des asiles d'aliénés.

Celle-ci pourrait être créée dans un asile existant. Les frais en seraient très probablement restreints, car une partie du personnel bien rémunéré serait remplacée par des élèves. Ce projet a déjà été ébauché à plusieurs reprises, mais il se heurte à une méfiance et un manque de compréhension qui en ont empêché jusqu'à présent la réalisation. Il faut que l'on comprenne que cette école professionnelle n'aspire pas à monopoliser la formation du personnel, ce qui serait en contradiction avec nos habitudes régionales.

Le but de l'école professionnelle serait de donner une solide formation à un nombre restreint d'élèves qui y seraient entrés de leur propre initiative ou qui auraient été envoyés par un autre asile. Ces élèves deviendraient ainsi des infirmiers supérieurs et seraient aptes à occuper des postes importants. Les cours donnés dans les asiles ne seraient pas abolis, au contraire ils profiteraient indirectement de cette école professionnelle, car ils en seraient stimulés et enrichis.

Certes, il est bien difficile de créer un règlement uniforme dans une Suisse formée d'états si dissemblables; mais lorsqu'on a surmonté ces difficultés et que le contact s'établit entre les divers asiles, la collaboration devient beaucoup plus fructueuse et vivante. Il s'établit un contact personnel plus fécond et plus naturel. Preuve en soit le développement pris en Suisse ces dernières années par la formation du personnel infirmier des établissements pour malades mentaux.

Les automatismes visuels (Hallucinations visuelles rétro-chiasmatiques)

Par G. de Morsier, Genève

La doctrine de l'automatisme mental comporte avant tout une méthode pour l'étude des phénomènes psychiatriques: chercher à expliquer les mécanismes cérébraux subtils étudiés en psychiatrie en les rapprochant des mécanismes plus grossiers étudiés en neurologie et correspondant à des troubles évidents des différentes fonctions cérébrales. Au contraire, la psychiatrie classique continue à expliquer les mécanismes cérébraux d'après leur contenu par des concepts psychologiques vagues, indéfinissables et stériles, empruntés il y a 150 ans à l'ancienne psychologie philosophique.

Les élèves du Dr. de Clérambault ont continué le travail commencé par le Maître. F. Morel s'est appliqué particulièrement à l'étude des automatismes verbaux dans leurs rapports avec les troubles de la fonction auditive et du langage, dépendant des lésions de la région temporale. Van Bogaert a étudié les rapports entre les lésions pariétales accompagnées de troubles du schéma corporel et les phénomènes d'étrangeté et de dépersonnalisation étudiés en psychiatrie.

L'étude des automatismes visuels, vestibulaires et moteurs, si fréquents dans les psychoses hallucinatoires chroniques, peu-

vent également être abordés soit par l'étude du syndrome connu en neurologie sous le nom d'*automatose* (Zingerle) et constitué par l'association de mouvements involontaires complexes, de troubles vestibulaires et d'hallucinations visuelles, soit par l'étude des hallucinations visuelles apparaissant dans les lésions pédonculaires, dans les tumeurs temporales, et dans certains états de sénilité cérébrale accompagnés le plus souvent de lésions oculaires. Tel est le but de ce travail.

Nous avons eu l'occasion d'étudier au cours de cette dernière année une série de malades et de blessés présentant des hallucinations visuelles accompagnées de troubles d'autres fonctions cérébrales. Nous allons les résumer brièvement. Nous donnons tout d'abord les 4 cas qui rentrent dans le cadre de l'*automatose* de Zingerle, en insistant uniquement ici sur l'élément visuel; les phénomènes moteurs (dyskinésies complexes, enroulement autour de l'axe longitudinal, crises opisthotoniques et oculogyres) devant faire l'objet d'un travail ultérieur.

Cas 1: Marcelle L. âgée de 17 ans. Un frère interné à l'Asile de Cery. Elle-même fait une pleurésie double en 1934. Depuis, on note une *dyskinésie* de la jambe gauche pendant la marche, puis elle *tord le corps à droite en marchant* et fait des mouvements complexes avec les mains. Ensuite, apparaissent des sortes de migraines ophtalmiques avec scotomes scintillant hémianopsiques de côté variable. A l'examen, on constate une légère hyperflexie tendineuse du côté gauche avec hypotonie et hypoesthésie du même côté. En septembre 1935, apparaissent enfin des mouvements involontaires, même à l'état de repos. Sur un fond de mouvements choréiformes continus, apparaissent des crises opisthotoniques, puis des crises d'enroulement autour de l'axe longitudinal, avec crises oculogyres supérieures et hallucinations visuelles. La crise visuelle se produit de la façon suivante: Alors que le regard est tourné vers le haut, elle voit le mur qui se trouve à sa gauche changer de couleur et devenir comme la tapisserie de la chambre qu'elle occupait auparavant, c'est à dire couverte de fleurs roses. Puis elle voit une camisole de force, qu'une infirmière cherche à lui mettre, alors qu'une autre tâche de l'en empêcher. Elle ne voit plus alors les choses réelles. La croyance à la réalité de l'hallucination est complète et elle est prise d'une grande anxiété. L'hallucination se produit sur le mur qui est à sa gauche. Au début et à la fin de la crise hallucinatoire, peuvent s'intercaler une période d'*amblyopie hémianopsique*, avec obscurité de la moitié gauche du champ visuel et une période de *micropsie*. Elle voit alors les choses et les gens très petits, comme si elle les regardait avec le gros bout d'une lunette, puis ils grossissent peu à peu et redeviennent de grandeur normale. La crise est alors terminée.

Les crises visuelles sont strictement parallèles aux crises oculogyres: Dès que la musculature oculaire se détend, la vision redevient normale et l'anxiété disparaît. La crise oculogyre et visuelle apparaît en général au début des mouvements opisthotoniques et d'enroulement autour de l'axe longitudinal. Elles peuvent cependant se produire seules.

Cas 2: Romain W. âgé de 28 ans. Bonne santé habituelle. Pendant une période de service militaire il souffre de douleurs dans le dos et à la tête, de vertiges et d'un état nauséux. Puis apparaissent des *dyskinésies complexes* avec *tremblement rythmé* de la main droite et du maxillaire inférieur et d'un *spasme du membre inférieur droit* avec flexion du genou et hyperextension du pied. Enfin, apparaissent des crises opisthotoniques avec torsion autour de l'axe longitudinal, accompagnées d'hallucinations visuelles. Il voit toutes sortes d'animaux colorés défiler devant ses yeux. Il voit un grand ridau rouge et du sang couler sur son lit. A l'examen, on constate une *agnosie tactile* aux deux mains, plus prononcée à la main droite, avec des troubles du schéma corporel.

Dans ces deux premiers cas, très semblables d'allure clinique et d'évolution, il s'agit d'une *névrite inflammatoire du type sclérose en plaques, avec localisation remarquable des lésions dans la région pariétale gauche*.

Voici maintenant deux cas de syndrome pariétal, avec automatose, consécutifs à un traumatisme cérébral.

Cas 3: Mme T. âgée de 28 ans, a un accident d'automobile le 27 septembre 1935, avec courte perte de connaissance. Dans les jours qui suivent, elle se plaint de fatigue, de maux de tête, de vertiges avec nausées et titubations, d'insomnies, de faiblesse du bras et de la jambe droite, de photophobie, d'hyperacousie et de quelques hallucinations auditives (bruits de cloches, de vaisselles cassées, voix qui prononce son nom dans la rue). Les troubles visuels consistent alors en *amblyopie*, avec vue trouble, comme dans un brouillard blanc ou une fumée. Tous les objets qu'elle regarde sont comme auréolés de blanc. La lecture est impossible, les lettres dansent et bougent comme dans un brouillard.

En Novembre, soit 6 semaines après le traumatisme, apparaissent des crises d'hallucinations visuelles intenses suivies parfois de crises opisthotoniques. Elles voit des papillons bleus, très gros et très beaux, qui voltigent devant elle. Ils sont tous bleus. Elle voit aussi des oiseaux blancs comme des colombes, avec des grands becs bleus. Elle essaie de les attraper, mais ils s'envolent à son approche. Puis elle a vu des personnages de toute petite dimension. Des nains, hauts de 20 centimètres au plus, avec un nez pointu et une barbe jaune. Ils sont chaussés de sabots bretons et tiennent à la main un petit maillet. Ils tournent autour d'elle et cherchent à l'attraper. Il s'agit donc d'un cas typique d'hallucinations *liti-putiennes* (Leroy). Elle a vu également des flammes bleues puis des champs

de neige blanche parsemés de fleurs bleues. Ces visions sont pour la plupart très belles et agréables à voir. Elles n'éveillent pas la crainte.

L'examen neurologique, qui a révélé une *hémianopsie droite* une *hémianesthésie* avec *astéréognosie droite*, une hypotonie et des myoclonies du côté droit sans signes pyramidaux, m'a fait poser le diagnostic de *syndrome pariétal traumatique gauche*, qu'une trépanation pratiquée par le Dr. Fischer est venue confirmer, en montrant un *œdème cérébro-méningé du lobe pariétal*, dont l'évacuation a amené la disparition du syndrome hallucinatoire et la guérison de la blessée.

Le deuxième cas de syndrome pariétal traumatique avec automatose présente un intérêt considérable pour l'étude des mouvements complexes, des crises opisthotoniques et oculogyres et des réactions vestibulaires, mais elle n'est pas riche en hallucinations visuelles parce que la malade perd rapidement connaissance et ne peut que rarement raconter ce qu'elle a vu. Néanmoins, l'interaction des phénomènes vestibulaires et visuels et le passage de l'*amblyopie* à l'hallucination, sont si nets que je tiens à le résumer brièvement.

Cas 4: Suzanne R. âgée de 27 ans. Traumatisme crânio-cérébral le 24 juillet 1934. Elle est violemment projetée contre un mur par un coup de poing reçu dans la figure. Dans les jours qui suivent somnolence, confusion mentale, anxiété et raideur dans les jambes qui gêne la marche. Puis apparaissent des crises de raideur musculaire avec spasmes et secousses des muscles oculaires, troubles visuels et perte de connaissance pendant laquelle elle parle à des êtres imaginaires. Lors de certaines crises, elle a pu préciser qu'avant de perdre conscience ou en revenant à elle a eu comme un voile, un brouillard devant les yeux, puis ont apparu des hallucinations visuelles, des personnages en blanc, des anges, et elles s'écrient: comme c'est beau! La crise a pu être déclenchée par une excitation vestibulaire calorifique.

L'examen neurologique révélant une *apraxie* de gesticulation une *agnosie tactile* plus forte à droite qu'à gauche, des troubles du schéma corporel, un certain degré d'*anosognosie*, un tremblement de la main droite, une hypoesthésie et une hypotonie du côté droit, montrent qu'il s'agit également d'un *syndrome traumatique du lobe pariétal gauche*.

Je n'ai pas observé personnellement d'hallucinations visuelles dans les tumeurs du lobe temporal, aussi j'emprunte à un important travail de Lhermitte leur description: Dans les tumeurs temporales, les hallucinations visuelles ne sont pas rares. Elles peuvent reproduire toutes les variétés des phantasmes depuis les plus élémentaires telles que les images de fumées, jusqu'aux plus complexes, qui s'étagent depuis les figures d'animaux ou de personnages humains, jusqu'aux scènes animées qui groupent de nombreux figurants. Les images hallucinatoires peuvent être cinématographiques, sans épaisseur et même transparentes. Elles surgissent et s'évanouissent avec rapidité et se succèdent sans nulle cohérence. L'hallucination visuelle peut être identifiée et reconnue comme telle, ou duper le sujet en lui offrant tous les caractères de la réalité la moins discutable.

Des hallucinations accompagnant les lésions pariétales et temporales que nous venons de décrire, j'aimerais rapprocher deux autres cas d'allures cliniques bien différentes mais qui présentent, eux aussi, des phénomènes que nous étudions.

Cas 5: Mme. R. âgée de 74 ans, présente par instant depuis une année des phénomènes étranges, qui l'inquiètent et inquiètent son entourage. Elle voit devant elle toute une série de personnages de grandeur naturelle et colorés, qui s'agitent, font des grimaces, lui tirent la langue. Elle voit des troupes d'enfants, des cortèges, des animaux, des chats, des ballons. En regardant par la fenêtre, alors qu'il n'y a personne, elle voit des enfants qui passent, une dame avec des cheveux gris etc. Elle leur parle et parfois les insulte et se fâche, mais ils ne répondent jamais. Elle en veut à ses enfants qui ne chassent pas ces importuns.

Les phénomènes augmentent progressivement, depuis un an. Elle présente aussi des troubles de la mémoire assez importants et une certaine difficulté à trouver les mots. En outre, elle a des lésions oculaires. A l'œil droit un glaucome avec atrophie de la papille; à l'œil gauche, une cataracte juvénile datant de 20 ans.

On reconnaît là un syndrome étudié tout particulièrement à Genève.

Charles Bonnet déjà décrit en 1760 le cas de son aïeul le syndic Lullin qui était âgé de 89 ans, et le cas a été publié intégralement par Théodore Flournoy en 1902. Quelques années plus tard, Ernest Naville a décrit lui-même des hallucinations visuelles semblables qu'il a eu à l'âge de 92 ans, alors qu'il ne présentait aucune lésion oculaire. Et Henri Flournoy a donné en 1923 le résumé d'un cas si remarquable que Mourgue l'a repris et publié en «extenso» dans sa *Neuro-biologie de l'hallucination* (1932).

Concernant la pathogénie de ces hallucinations apparaissant chez les vieillards, deux choses sont acquises: 1. Elles peuvent apparaître sans aucun autre trouble cérébral, chez des vieillards qui n'ont aucun déficit de mémoire ou d'intelligence; 2. Contrairement à la théorie soutenue par les oculistes (Uthoff, Morax, Ter-

son etc.) les lésions oculaires qu'on trouve le plus souvent chez ces vieillards hallucinés ne sont pas la cause de ces hallucinations qui relèvent bien de lésions cérébrales, comme vient de le montrer Lhermitte.

Le dernier cas que j'aimerais citer est un cas typique d'*hallucino-pédonculaire* que j'ai communiqué l'année dernière au Congrès International de Neurologie à Londres 1935.

Cas 6: Il s'agit d'une femme âgée de 54 ans, qui fait en 1932 un ictus avec ptose de la paupière droite, ébauche de Parinaud (paralysie verticale du regard), hémiplegie gauche du type cérébelleux avec quelques troubles de sensibilité du même côté, dysarthrie et titubation. Diagnostic: Foyer de ramollissement de la calotte du pédoncule cérébral droit.

C'est en Mars 1934, soit un an $\frac{1}{2}$ après l'ictus, qu'elle me fait spontanément part des *visions* extraordinaires qu'elle venait d'avoir pour la première fois et qui l'inquiètent un peu. Le soir, lorsqu'elle a les yeux fermés, mais en étant complètement réveillée, elle voit des personnages et des animaux très nettement, bien colorés. Il lui arrive de voir des personnages même pendant le jour et les yeux ouverts (son frère ou bien des animaux fantastiques). En les voyant elle n'éprouve aucune crainte mais une légère émotion qui est agréable quand les images sont belles. Les images se déroulent tout naturellement comme au cinéma. Parfois elles sont d'un blanc brillant, comme phosphorescentes. On ne peut pas les faire venir à volonté. Elles n'ont aucun rapport avec ce qu'on pense. Ces visions naissent toujours à gauche et elles se déplacent de gauche à droit jusqu'à la ligne médiane où elles disparaissent. Elles sont donc hémiplopiques. Elles précisent que ces visions contrastent avec ses pensées, s'y insèrent comme un corps étranger; «ça coupe toutes les pensées, ça prend leur place pendant un instant et après ça laisse quelque chose». C'est absolument comme du cinéma en couleur. Les phénomènes hallucinatoires ne sont pas constants, ils se produisent par périodes non régulières et peuvent cesser complètement pendant plusieurs semaines.

Nous venons de voir des syndromes hallucinatoires visuels en rapport avec des lésions cérébrales diverses: atteintes inflammatoires ou traumatiques des lobes pariétaux, tumeurs des lobes temporaux, atrophie cérébrale sénile et lésion vasculaire du pédoncule cérébral. Il nous resterait à donner quelques exemples d'hallucinations visuelles au cours des *psychoses hallucinatoires chroniques*. Tous les aliénistes connaissant bien ces phénomènes, qui sont beaucoup moins rares qu'on ne le disait autrefois, je me dispenserai pour ne pas allonger cet exposé, d'en donner une série d'exemples. Je me bornerai à rappeler leurs caractères principaux.

Comme le dit Clérambault, les hallucinations visuelles des psychoses chroniques se présentent en séries dénuées de tout rapport avec la pensée actuelle du malade, avec ses pensées ordinaires et le plus souvent avec ses souvenirs. Elles sont le plus souvent dénuées de toute charge affective intrinsèque. Fréquemment elles sont fantasmagoriques. Elles ne coïncident pas avec un état affectif donné, elles ne peuvent être volontairement ni évoquées ni prolongées, les images sont plates, aériennes et transparentes, elles sont placées comme des tableaux et non comme des réalités. Leur projection se fait entièrement sur un seul plan situé à une distance notablement constante. Ces images apparaissent comme imposées du dehors: «On me les fait voir, on me les envoie».

Tout récemment j'ai eu l'occasion d'étudier avec le Dr. Favre, une malade de 45 ans, atteinte d'un syndrome d'*automatisme mental avec prédominance visuelle*, survenant de façon paroxystique et présentant également des automatismes auditifs verbaux, sensitifs, vestibulaires, moteurs et neuro-végétatifs. Le déroulement des crises et les caractères des différents automatismes, ainsi que leur analogie avec les cas que nous venons de voir, montrent bien leur origine mécanique. Ce cas sera publié «in extenso».

Nous pouvons maintenant nous poser cette question: *existe-t-il une différence entre les automatismes ou hallucinations visuelles accompagnant les syndromes neurologiques, que nous venons de voir, et les automatismes ou hallucinations visuelles qu'on rencontre dans les psychoses hallucinatoires chroniques?* Nous sommes fondés à répondre qu'il n'en existe aucune. Les unes comme les autres peuvent avoir les mêmes caractères et apparaissent de façon semblable parce que les unes comme les autres sont d'origine strictement mécanique.

Les différences considérables existant entre les types cliniques que nous venons d'exposer, ne résultent pas d'une différence entre les éléments visuels eux-mêmes, mais résident dans la présence ou l'absence d'autres troubles des fonctions cérébrales qui accompagnent les hallucinations visuelles. Dans les syndromes pariétaux de Zingerle, elles s'accompagnent de troubles moteurs, sensitifs et vestibulaires, très particuliers. Dans les syndromes pédonculaires de Lhermitte, elles s'accompagnent de troubles sensitifs, cérébelleux et oculo-moteurs. Dans les syndromes séniles avec lésions oculo-

lares — le syndrome de Charles Bonnet — elles peuvent être isolées avec intégrité complète des autres fonctions cérébrales. Dans les psychoses hallucinatoires chroniques, ou syndrome de Clérambault, elles s'accompagnent d'automatismes verbaux, idéiques, convictionnels ou cénesthopathiques, qui permettent aux malades d'interpréter leurs hallucinations visuelles et éventuellement de les intégrer dans leur délire; mais à elles seules les hallucinations visuelles ne sont pas génératrices de délire.

Les caractères cliniques des hallucinations visuelles peuvent se retrouver dans n'importe quelle étiologie. *Aucun type d'hallucination visuelle n'est spécifique des psychoses hallucinatoires chroniques*. Ainsi, les hallucinations *micropsiques*, ou liliputiennes, se trouvent dans les états toxiques, les traumatismes cérébraux (notre cas 3) et dans les psychoses hallucinatoires chroniques. Il en est de même pour les hallucinations monochromatiques (cyanopsie, érythropsie).

Le fait d'apparaître au sujet comme réelle ou comme imaginaire (cinéma) est un caractère contingent de l'hallucination, dépendant peut-être de l'intensité ou de l'amblyopie concomitante pour les choses réelles. On ne saurait faire de ce caractère une distinction radicale entre les hallucinations comme l'a fait Claude et son école.

Les rapports des hallucinations visuelles avec d'autres fonctions cérébrales se retrouvent dans les délires hallucinatoires chroniques comme dans les syndromes neurologiques que nous avons rapporté. L'attitude classique de l'halluciné qui a le regard fixe ou dévié et qu'on explique d'habitude par des considérations psychologiques, n'est-elle pas une ébauche de spasme oculo-moteur ou de crise oculogyre en rapport avec ces automatismes visuels?

Les hallucinés chroniques présentent toutes les variétés d'amblyopie et les photopsies que nous avons vus chez nos malades précéder l'hallucination visuelle: brouillard, flou, nuage, voile devant les yeux etc. De même, au cours de l'intoxication mescalinique ou hachischique, le premier degré comporte des amblyopies complexes avec vision trouble, floue, mouvante, chevauchement de lettres à la lecture, avant l'apparition des phantasmes figurés, comme nous l'avons constaté en expérimentant à la Clinique psychiatrique du Prof. Ladame en 1928.

Enfin, les éléments vestibulaires corticaux, les vertiges, que nous avons vus toujours présents dans les syndromes d'automatisme et qui accompagnent les hallucinations visuelles, nous les retrouvons également dans les psychoses hallucinatoires chroniques où ils n'ont jusqu'à présent que peu attiré l'attention. Ils sont cependant très importants et méritent le nom d'*automatismes vestibulaires*. Ce sont des sensations de sol qui se dérobo, de plancher qui s'enfoncé, d'instabilité pendant la marche, des sensations de roulis et de tangage etc. L'association si fréquente des phénomènes visuels (amblyopie, photopsies et hallucinations) avec les vertiges semble venir d'une proximité des voies visuelles et vestibulaires dans le lobe pariétal. Hoff, puis van Bogaert, pensent que dans les lésions du pli courbe (gyrus angularis) il se produit une dispersion d'irritations vestibulaires à la sphère visuelle. Stauder a pu déclencher des micropsies par irritation vestibulaire. J'ai décrit dernièrement le *syndrome vestibulo-visuel des blessés du cerveau*. Notre observation 3 en est un exemple de plus, avec vérification opératoire du siège de la lésion. Cette association se retrouve dans les psychoses hallucinatoires chroniques. Il est curieux de constater que dans le cas que j'ai étudié avec le Dr. Favre, les automatismes vestibulaires sont presque aussi importants que les visuels.

Nous arrivons ainsi à considérer les hallucinations visuelles comme un symptôme neurologique, quel que soit le syndrome au cours duquel il se rencontre. Comme en présence de tout symptôme neurologique, nous aurons à nous demander quelle est sa pathogénie et quelle peut être sa localisation.

La pathogénie sera inflammatoire, infectieuse, néoplasique, traumatique, toxique, vasculaire ou dégénérative. Nous en avons vu des exemples.

En ce qui concerne la localisation, il conviendra tout d'abord de faire le diagnostic différentiel entre les hallucinations *monoculaires* ou *préchiastmatiques* dont il n'a pas été question ici et dont F. Morel a établi les caractères cliniques: scotome central positif, hallucinations ne se produisant jamais dans l'obscurité etc. Elles sont en général dues au delirium tremens. Nous les avons vues

