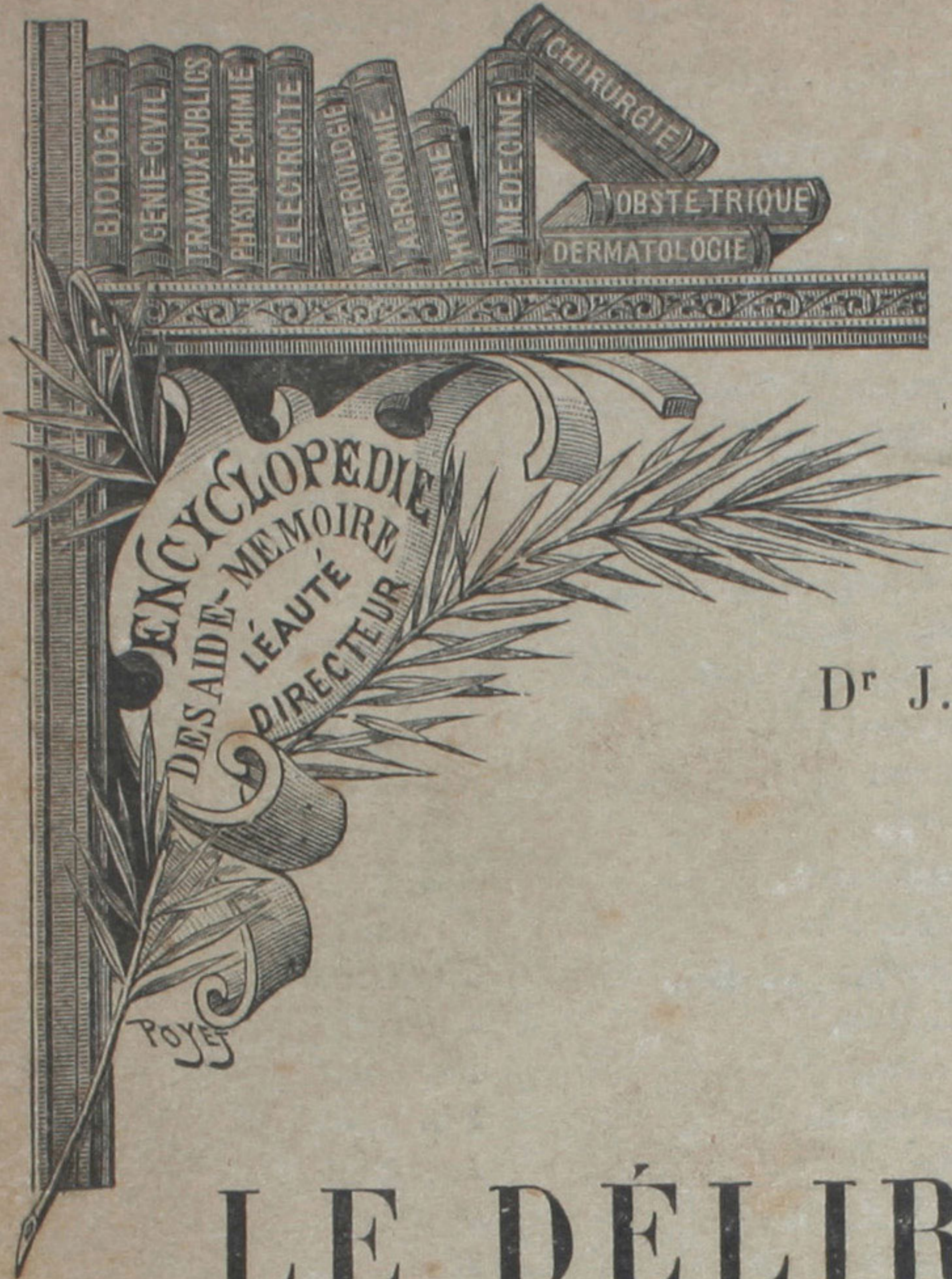


230
Section du Biologiste



D^r J. SÉGLAS

LE DÉLIRE

DES NÉGATIONS

G. MASSON

GAUTHIER-VILLARS ET FILS

ENCYCLOPÉDIE SCIENTIFIQUE DES AIDE-MÉMOIRE

COLLABORATEURS

Section du Biologiste

MM.

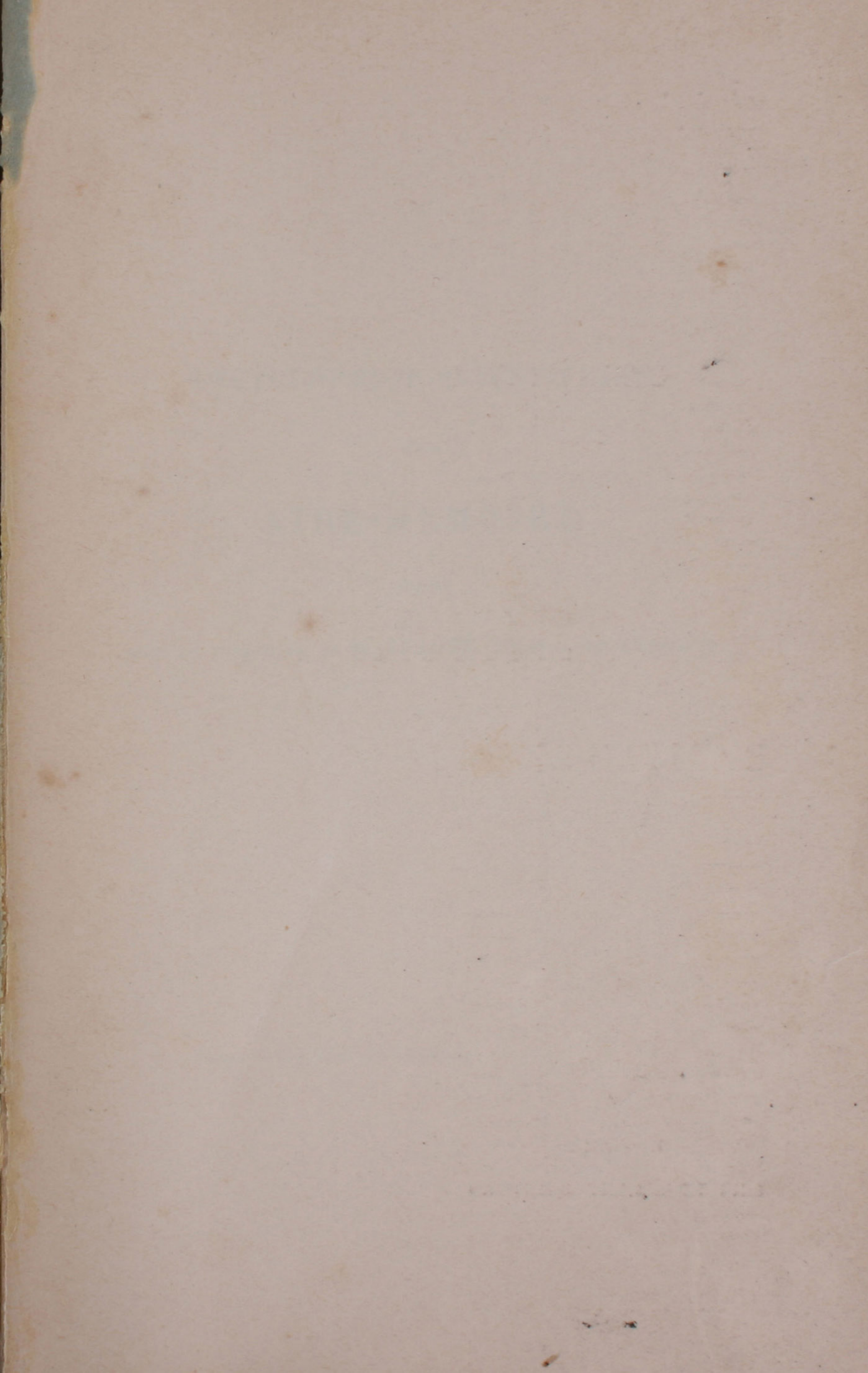
Arloing (S.).
 Auvard.
 Ballet (Gilbert).
 Bar.
 Barthélemy.
 Baudouin (M.).
 Bazy.
 Beauregard (H.).
 Bergé.
 Bergonié.
 Bérillon.
 Berne (G.).
 Berthault.
 Blanc (Louis).
 Blanchard (R.).
 Bonnaire.
 Brault.
 Brissaud.
 Broca.
 Brocq.
 Brun.
 Brun (H. de).
 Budin.
 Castex.
 Catrin.
 Cazal (du).
 Chantemesse.
 Charrin.
 Chatin (J.).
 Cornevin.
 Courtet.
 Critzman.
 Crouzat.
 Cuénot (L.).
 Dastre.
 Dehérain.
 Delorme.
 Demelin.
 Dubois (Raphaël).
 Durand-Fardel.
 Duval (Mathias).
 Etard.
 Faisans.
 Féré.
 Fernbach (A.).
 Feulard.
 Florand.

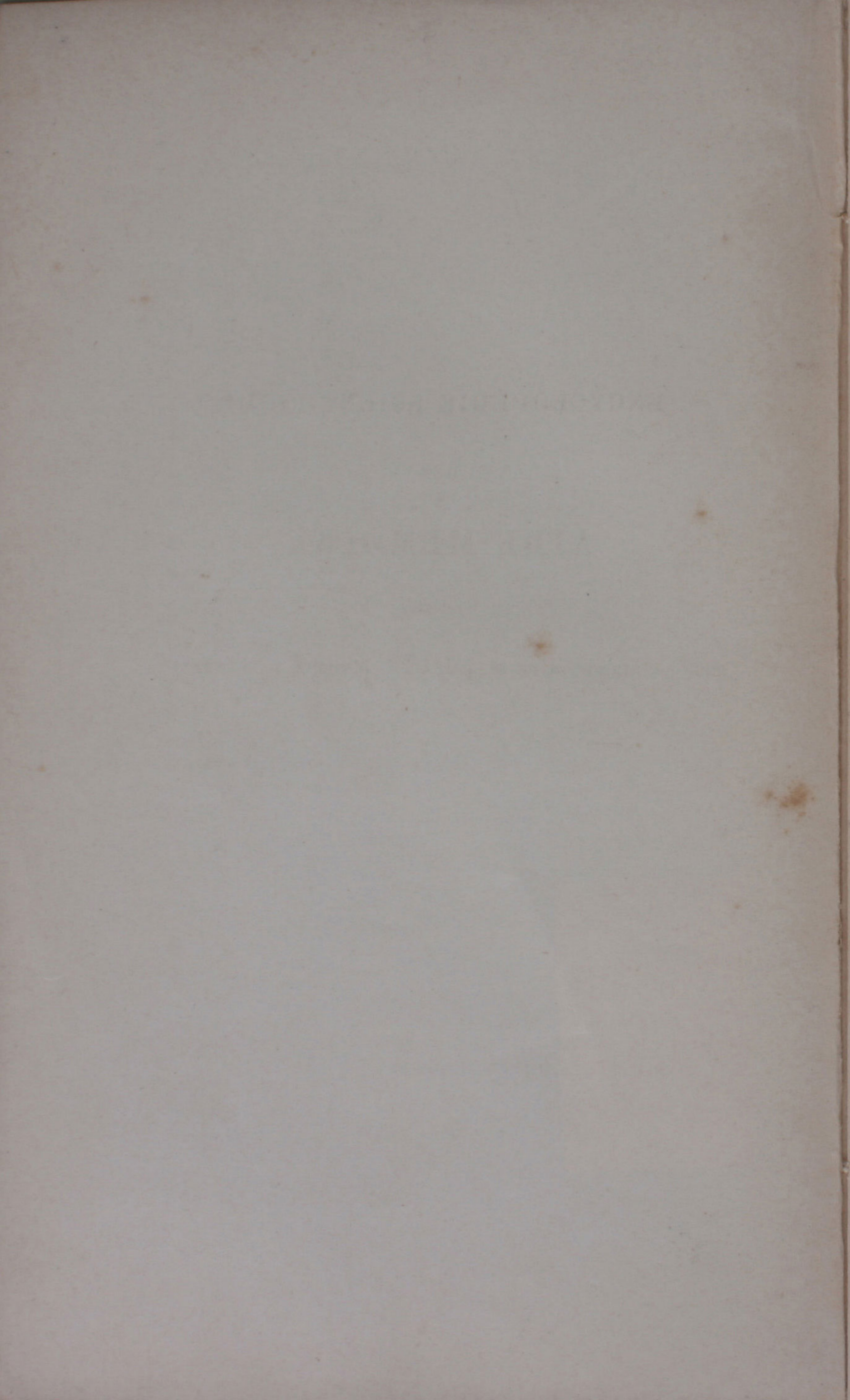
MM.

Filhol (H.)
 Foex.
 François-Franck (Ch)
 Gamaleïa.
 Gariel.
 Gautier (Armand).
 Gérard-Marchant.
 Gilbert.
 Girard (Aimé).
 Girard (A.-Ch.).
 Girod (P.).
 Gley.
 Gombault.
 Grancher.
 Guerne (J. de).
 Hallion.
 Hanot.
 Hartmann (H.).
 Henneguy.
 Hénocque.
 Heydenreich.
 Jacquet (Lucien).
 Joffroy.
 Kayser.
 Köhler.
 Labit.
 Lamy.
 Landouzy.
 Langlois (P.).
 Lannelongue.
 Lapersonne (de).
 Laulanié.
 Lavarenne (de).
 Laveran.
 Lavergne (Dr).
 Layet.
 Le Dentu.
 Legrain.
 Legroux.
 Legry.
 Lermoyez (M.).
 Lesage.
 Letulle.
 L'Hôte.
 Loir (Ad.).
 Magnan.
 Marfan.

MM.

Marie (A.).
 Martin (A.-J.).
 Maygrier.
 Mégnin (P.).
 Merklen.
 Meyer (Dr).
 Monod.
 Moussous.
 Napias.
 Nocard.
 Olivier (Ad.).
 Olivier (L.).
 Ollier.
 Patouillard.
 Peraire.
 Perrier (Edm.).
 Peyrot.
 Polin.
 Pouchet (G.).
 Pozzi.
 Prillieux.
 Quénu.
 Ravaz.
 Reclus.
 Retterer.
 Roché (G.).
 Roger (H.).
 Ruault.
 Séglas.
 Segond.
 Sérieux.
 Spillmann.
 Stanislas Meunier.
 Straus.
 Talamon.
 Testut (Léo).
 Tissier.
 Thoulet (J.).
 Trouessart.
 Trousseau.
 Vallon.
 Viala.
 Viault.
 Weill-Mantou (J.).
 Weiss (G.).
 Wurtz.





ENCYCLOPÉDIE SCIENTIFIQUE

DES

AIDE-MÉMOIRE

PUBLIÉE

SOUS LA DIRECTION DE M. LÉAUTÉ, MEMBRE DE L'INSTITUT

*Ce volume est une publication de l'Encyclopédie
scientifique des Aide-Mémoire ; F. Lafargue, ancien
élève de l'École Polytechnique, Secrétaire général,
46, rue Jouffroy (boulevard Malesherbes), Paris.*

N° 109 B

ENCYCLOPÉDIE SCIENTIFIQUE DES AIDE-MÉMOIRE

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION

DE M. LÉAUTÉ, MEMBRE DE L'INSTITUT.

LE

DÉLIRE DES NÉGATIONS

SÉMÉIOLOGIE ET DIAGNOSTIC

PAR

LE D^r J. SÉGLAS

Médecin de la Salpêtrière
Lauréat de l'Académie de Médecine

PARIS

G. MASSON, ÉDITEUR,
LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
Boulevard Saint-Germain, 120

GAUTHIER-VILLARS ET FILS,
IMPRIMEURS-ÉDITEURS
Quai des Grands-Augustins, 55

(Tous droits réservés)

PRÉFACE

Pour tous ceux qui s'intéressent aux problèmes de la pathologie mentale, le Délire des négations est une question toute d'actualité. Le délire hypocondriaque de non-existence des organes avait bien été signalé jadis par Baillarger dans la paralysie générale, dont il le regardait comme caractéristique; mais ce n'est vraiment qu'en 1880, à la suite des travaux de Cotard, que la question du Délire des négations attira plus particulièrement l'attention des aliénistes. Bien qu'étudié surtout dans ses rapports avec la mélancolie, qui semble particulièrement favorable à son développement, il se rencontre également dans bien des formes variées de psychopathies.

Ce sont ces aspects multiples que nous nous proposons de passer en revue.

Le cadre restreint de cet Aide-mémoire ne nous a pas permis d'intercaler les observations rapportées par différents auteurs, ou les nôtres, déjà publiées ou encore inédites et qui nous ont

servi de base pour cette étude. Nous avons cherché avant tout à mettre un peu d'ordre au milieu du pêle-mêle des faits observés jusqu'ici, et dont la confusion ne peut que nuire à la solution de cette question si intéressante. Malgré tous nos efforts, nous ne nous dissimulons pas que bien des côtés resteront encore dans l'ombre : « Ce sont icy mes humeurs et opinions, je les donne pour ce qui est en ma créance, non pour ce qui est à croire. Je ne vise icy qu'à découvrir moi-mesme, qui seray par adventure aultre demain, si nouvel apprentissage me change ». (MONTAIGNE).

INTRODUCTION

DÉFINITIONS. — CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LES IDÉES DE NÉGATION

Parmi les nombreuses idées délirantes que peuvent émettre les aliénés, il est une variété bien curieuse, encore peu étudiée jusqu'à ces dernières années dans ses manifestations multiples, ce sont les idées de négation.

Cette appellation générale s'applique à deux sortes de manifestations intellectuelles un peu différentes. Tantôt, en effet, la formule négative du langage employée par le malade répond simplement à une tendance morbide à l'opposition, à la contradiction systématique. Tantôt, et le plus souvent, on retrouve sous cette formule une conviction particulière, répondant à l'idée de changement, de destruction, d'absence, de non-existence. C'est là, à proprement parler, ce qu'on entend désigner par le vocable « idées délirantes de négation ».

Ces idées se présentent chez divers malades, sous des aspects assez différents, pour que l'on puisse en distinguer plusieurs variétés, suivant leur objet ou suivant leurs caractères généraux intrinsèques.

Tantôt, en effet, c'est la constitution physique, la structure, les fonctions, l'existence des différents organes du corps qui sont l'objet des idées de négation. Les malades disent que leurs organes ne fonctionnent plus comme avant, le sang ne circule pas, le cœur ne bat pas, etc., ou même sont détruits; ils n'ont plus de sang, de cœur, de langue, d'estomac, de cerveau, etc.

D'autres fois la négation s'étend aux facultés intellectuelles, et ces malades se plaignent de n'avoir plus d'intelligence, de ne pouvoir penser, ni sentir, ni agir.

Dans d'autres circonstances, ce sont les personnes qui l'entourent ou les choses du monde extérieur qui sont l'objet des négations de l'aliéné. Il n'a plus de famille, ses amis ne sont plus amis, il nie les qualités ou l'existence des choses qui l'entourent.

Souvent ces négations n'intéressent pas seulement les objets ou les êtres, mais s'étendent même à des abstractions.

Des distinctions analogues pourraient être faites dans les idées de négation, si l'on considère leurs caractères intrinsèques. Tout d'abord,

elles peuvent n'exister que sous l'une des formes que nous venons de signaler, ou, au contraire, sous toutes à la fois ; et la négation peut ainsi être partielle ou généralisée. D'un autre côté, considérées en elles-mêmes et dans leurs connexions réciproques, elles peuvent se présenter avec un caractère d'absurdité et d'incohérence manifestes, ou, au contraire, avec toutes les apparences d'une véritable systématisation.

Avant d'aborder l'étude du Délire des négations, il nous paraît indispensable, afin d'éviter toute méprise, de donner quelques définitions préliminaires.

Que faut-il entendre par le terme « Délire des négations » ? C'est là surtout qu'il importe d'être explicite, car l'ambiguïté de ce terme peut prêter à des confusions très regrettables.

Que signifiait, pour Cotard ⁽¹⁾ qui l'a créée, cette dénomination ? Cet auteur a commencé par signaler dans certains cas particuliers de mélancolie anxieuse un complexe symptomatique formé de plusieurs éléments, au nombre desquels des idées délirantes de négation. Puis, après un examen psychologique des plus attentifs, il vit que ces idées de négation, avant d'être formulées, étaient précédées d'autres idées délirantes,

(1) COTARD. — *Études sur les maladies cérébrales et mentales*, 1 vol., Baillièrre, édit. 1891.

ayant au fond un même caractère négatif et se développant elles-mêmes sur des modifications intellectuelles premières revêtant toujours ce même caractère négatif. Aussi, considérant l'existence dès le début de l'affection de cette disposition négative, aboutissant dans les cas extrêmes au délire des négations confirmé, il vit dans ce symptôme le phénomène le plus saillant, et proposa le terme de « délire des négations » comme dénomination applicable aux cas de mélancolie qu'il avait en vue.

Mais le vague de cette appellation, séduisante au premier abord, n'était pas fait pour éclaircir les doutes qui accompagnent inévitablement toute nouvelle manière de voir; et cela d'autant plus que Cotard lui-même emploie le terme « délire des négations » pour désigner tantôt les seules idées de négation, tantôt l'affection dans tout son ensemble.

De là les dissensions qui se sont produites parmi les aliénistes : les uns s'en tenant à l'idée maîtresse de Cotard et prenant le terme « délire des négations » dans son sens restreint, les autres le regardant comme l'étiquette d'une nouvelle entité morbide et se refusant dès lors à admettre le bien fondé des vues de Cotard.

Conservé ce terme en lui donnant une valeur toute conventionnelle, c'est s'exposer à prolonger la confusion; — aussi nous semble-t-il préféra-

ble de recourir à des appellations plus précises.

Nous désignerons par exemple sous le nom de *syndrome de Cotard*, (proposé par M. Régis), le complexe symptomatique comprenant les idées de négation, et que cet auteur a étudié spécialement le premier dans la mélancolie.

On pourra, si l'on veut, donner aux cas de mélancolie, dans lesquels on rencontrera le syndrome de Cotard, le nom de *folie des négations*, si l'on envisage l'affection dans son ensemble.

Le terme *délire des négations*, très général, ne doit s'appliquer qu'à un ensemble d'idées délirantes de négation, aussi bien dans la mélancolie que dans les autres formes d'aliénation mentale. Si toutefois on veut le conserver plus spécialement pour les mélancoliques négateurs, il faut au moins ajouter un qualificatif et dire, par exemple, dans ces cas : *délire des négations mélancolique* ou *délire des négations type Cotard*, ou *mélancolie avec délire des négations*.

Le délire des négations d'ailleurs, pris dans sa signification la plus large d'ensemble d'idées délirantes de négation, peut être plus ou moins fixe, cohérent, systématisé. On peut alors, si l'on veut, appliquer plus spécialement le terme *délire des négations* aux cas où il y a une cer-

taine systématisation. Dans ceux où la systématisation manque, on n'aurait affaire qu'à de simples *idées de négation*.

PREMIÈRE PARTIE

DU DÉLIRE DES NÉGATIONS DANS LA MÉLANCOLIE

CHAPITRE PREMIER

ÉTUDE CLINIQUE : SYMPTOMATOLOGIE (SYNDROME DE COTARD)

Pour arriver à avoir une idée nette de ce qu'est le délire des négations mélancolique, type Cotard, le meilleur moyen est, il nous semble, de l'envisager à sa période d'état, sous son aspect le plus complet, alors que l'on est en face d'un délire négatif systematisé.

Cotard a bien signalé les différents symptômes de ce délire des négations une fois constitué, et auquel, pour éviter toute confusion, M. Régis propose de donner le nom de *syndrome de Cotard*.

1. Idées de négation. — Le symptôme le plus caractéristique est la présence des idées spéciales qui ont donné leur nom au délire,

les *idées de négation*. Elles peuvent revêtir tous les aspects que nous avons énumérés au début. La négation peut n'être d'abord que partielle, n'ayant qu'un objet déterminé. C'est ainsi qu'elle peut être relative à la personnalité morale ou intellectuelle du malade, qui se plaint de n'avoir plus de facultés, de pensée, de cœur, de sentiments. Elle peut intéresser sa constitution physique, comme lorsqu'il dit n'avoir plus d'estomac, de langue, de cerveau, de testicules, de sang, de veines. D'autres fois, il nie sa personnalité sociale, son état civil : il n'a plus de nom, plus d'âge, pas de parents.... La négation peut aussi porter sur le monde extérieur, choses ou personnes, qui sont détruites, mortes ou ont perdu leurs qualités caractéristiques. Parfois même elle porte sur des abstractions. Le plus souvent, à cette période, la négation est systématisée, universelle ; il n'est rien que ces malades ne puissent nier. C'est ainsi qu'une de nos mélancoliques prétendait n'avoir plus de nom ; ses parents n'étaient plus ses parents ; tout le monde est mort, la terre ne produit plus rien ; il n'y a plus personne sur terre, plus de blancs, plus de nègres, plus d'Afrique, plus d'Amérique, plus d'étoiles, plus d'arbres, plus de printemps, plus d'hiver, plus de saisons. Les arbres sont bien des arbres, mais ils ne sont plus comme avant ; ils sont morts. Des jours ! Il n'y en a plus. Plus d'années,

plus de siècles ; il n'y a rien, il n'y a qu'elle qui existe (1).

Certains malades vont même encore plus loin et nient jusqu'à leur propre existence.

2. Idée d'immortalité ; délire d'énormité ; idées de grandeur. — Une autre idée délirante que l'on rencontre souvent dans le délire des négations confirmé, et qui mérite une mention particulière, c'est l'idée d'immortalité.

Dans certains cas, cette idée est en quelque sorte logiquement déduite des autres conceptions délirantes. Les malades, par exemple, disent qu'ils ne mourront pas, parce que leur corps n'est pas dans les conditions ordinaires d'organisation ; que s'ils avaient pu mourir, ils seraient morts depuis longtemps ; ils sont dans un état qui n'est ni la vie ni la mort, ils sont morts vivants.

Ces idées d'immortalité s'étayant sur des conceptions élémentaires d'organes détruits, de fonctions abolies, sont bien étroitement liées au délire des négations. « Cette idée de négation de la mort est généralement le corollaire de l'idée de négation de la vie. Les malades disent qu'ils ne vivent plus comme ils affirment ne plus avoir d'os, de chair, de sang, et cependant ils savent qu'ils ne sont pas morts au sens matérialiste du mot. — Ils continuent de souffrir,

(1) SÉGLAS et SOURDILLE. — *Ann. méd. psych.* 1893.

mais la conscience de cette nouvelle existence est tellement différente de celle qu'ils avaient auparavant, que cette survie est pour eux une sorte de mort, et leurs tendances pessimistes leur font croire qu'elle ne se terminera pas. Ils sont donc immortels pour endurer éternellement leurs maux. Cette immortalité n'est déjà plus la vie normale et n'aura jamais le repos de la mort physique (Toulouse).

Cette idée d'immortalité se rencontre surtout dans les cas où l'agitation anxieuse prédomine ; dans la stupeur, les malades s'imaginent plutôt qu'ils sont morts. On en voit même qui présentent alternativement l'idée qu'ils sont morts ou l'idée qu'ils ne peuvent mourir, suivant leurs états alternatifs d'agitation anxieuse ou de dépression stupide.

Dans ces cas, et quelque paradoxal que cela puisse paraître, cette idée d'immortalité n'est donc au fond qu'une idée hypocondriaque sous une étiquette mégalomaniaque ; c'est un délire triste relatif à l'organisme. Ces pseudo-mégalomanes, bien différents des persécutés à idées de grandeur vraies, gémissent de leur immortalité qui les condamne à souffrir éternellement, supplient qu'on les en délivre, réclament à grands cris la mort qui, chez les autres créatures au moins, met un terme aux souffrances et laisse ainsi une porte ouverte à l'espérance.

De ces idées d'immortalité, il importe de rapprocher des idées spéciales que Cotard a groupées sous le nom de *délire d'énormité*.

« Si l'on examine avec un peu d'attention les "immortels," on s'aperçoit que quelques-uns d'entre eux ne sont pas seulement infinis dans le temps, mais qu'ils le sont aussi dans l'espace. Ils sont immenses, leur taille est gigantesque, leur tête va toucher aux étoiles. Ils sont dans l'infini, dans les millions et les milliards, dans l'énorme et le surhumain. Ils millionnent comme des paralytiques ou des mégalomanes, mais ils millionnent dans le sens du délire mélancolique.

« C'est là ce qui les distingue des véritables mégalomanes. Dans leur exagération et leur énormité, les conceptions gardent leur caractère de monstruosité et d'horreur. Bien loin que cette énormité soit une compensation au délire mélancolique, elle en marque, au contraire, le degré excessif. Aussi ces délirants par énormité sont-ils plus que jamais lamentables, gémissent et désespérés ; leur attitude et leur physionomie sont toutes différentes de celles des véritables mégalomanes ».

Notre malade, dont nous avons parlé tout à l'heure, se dit coupable d'avoir effondré le monde, il y a de cela des siècles, des millions, des milliards, des centaines de milliards de siècles. Elle ne mourra jamais, elle s'est damnée pour l'éter-

nité ; elle sera punie « énormément », ira dans le « grand » enfer, dans une « grande » mesure, et souffrira de la damnation « dans des proportions énormes et formidables ».

Mais, à côté des idées pseudo-mégalomaniques, se rencontrent aussi parfois de véritables *idées de grandeur* (Séglas) ⁽¹⁾, Cotard).

« L'hyperbolisme du langage, les idées d'énormité, le sentiment d'une puissance, malfaisante il est vrai, mais surhumaine, s'accordent mal avec une véritable humilité. On aurait presque pu affirmer *a priori*, avant que l'observation clinique nous y eût autorisés, que de véritables idées de grandeur devaient à la fin se développer sur ce terrain. Les idées de grandeur véritables succédant au délire d'énormité ne se rencontrent que dans des cas très chroniques.

« On pourrait se demander si même dans les cas où elles n'existent pas en apparence, les idées de grandeur ne sont pas en quelque sorte latentes chez ces mélancoliques. Le sentiment de puissance intérieure qu'ils attribuent à une possession, acquiert souvent une intensité suffisante pour donner une sorte de grandeur aux idées mélancoliques.

« Le malade croit qu'il est la cause de tout le mal qui existe dans le monde : Il est Satan, il

(1) J. SÉGLAS. — *Progrès médical*, n° 46, 1887.

est l'Antéchrist. Quelques-uns s'imaginent que leurs moindres actes ont des effets incommensurables.

Bien que mélancoliques au fond, ces conceptions se rapprochent par certains côtés de la mégalomanie vraie : les malades se considèrent comme des êtres exceptionnels, uniques dans le monde et s'attribuent, pour le mal il est vrai, une sorte de toute puissance » (Cotard).

Sont-ce là des idées de grandeur ? Est-ce un délire ambitieux que de se croire l'être le plus infâme qui ait jamais existé et existera jamais ? Quoi qu'il en soit de cette interprétation, il n'en est pas moins vrai qu'à côté des idées d'immortalité spéciale et du délire d'énormité, on rencontre chez les mélancoliques négateurs, à une période avancée de la maladie, de véritables idées de grandeur. Cotard en a cité des exemples et nous avons déjà rapporté un fait du même genre dans lequel nous signalions l'apparition d'idées de grandeur à une période avancée de la mélancolie anxieuse.

A côté des idées de grandeur, notons encore des *idées de satisfaction* que l'on peut rencontrer chez les mélancoliques négateurs et qui se présentent avec un aspect assez spécial pour mériter de fixer l'attention.

Ces idées de satisfaction ont trait alors au passé, se rapportent à l'ancienne personnalité du

malade ; c'est une forme du délire rétrospectif. Aujourd'hui qu'il n'est plus rien, il regrette ce qu'il était autrefois et en fait l'éloge.

M. Dagonet a rapporté une intéressante observation dans laquelle on trouve un fait de ce genre. La malade B... aujourd'hui n'est rien, un quart de créature, un monstre, un mannequin ; mais elle ne tarit pas en éloges sur M^{me} B... (celle d'autrefois), qui est gracieuse, charmante, d'une intelligence supérieure ; tout le monde l'aime et en fait l'éloge parce qu'elle est très bien ⁽¹⁾.

3. Délire mélancolique : Idées de damnation ou de possession. — Les différentes idées que nous venons d'examiner ne sont pas les seules conceptions délirantes que formulent les malades : Elles coexistent ou ont coexisté avec l'une ou l'autre de toutes les idées délirantes habituelles aux mélancoliques, telles, par exemple, que les idées d'incapacité, d'indignité, de culpabilité, de ruine.

Cotard a beaucoup insisté sur le principal caractère de toutes ces idées délirantes qui font du malade un auto-accusateur. Plutôt que de décrire l'aspect particulier, la formule diverse de chacune de ces idées pouvant varier suivant le caractère de l'individu, son degré de culture in-

(1) J. DAGONET. — *Bulletin de la Société de Médecine mentale de Belgique*, 1891.

telle que l'éducation antérieure, le milieu social, les événements de son existence, les impressions accidentelles, il nous semble préférable d'exposer les caractères qui leur sont communs. Ces caractères généraux du délire mélancolique permettront mieux de les reconnaître sous l'étiquette particulière que pourra leur donner chaque malade.

On se borne généralement à dire que le délire mélancolique est un délire d'humilité, d'auto-accusation. Cela est vrai; mais ces caractères seuls sont insuffisants à le spécifier et peuvent se rencontrer dans le délire de malades qui ne sont nullement atteints de mélancolie, ainsi que l'ont déjà fait remarquer Westphal, Moeli, etc.

Dans une de nos conférences à la Salpêtrière (1), nous avons essayé de dégager un certain nombre de caractères généraux applicables à toutes les idées du mélancolique, et que nous avons synthétisés, en disant que le délire dans la mélancolie est un délire secondaire, pénible, monotone et fixe, d'humilité, de passivité, de résignation, divergent au centrifuge, d'attente, rétrospectif.

Tout d'abord, et c'est là un fait capital, si l'on envisage l'origine du délire dans la mélancolie,

(1) J. SEGLAS. — *Caractères généraux du délire mélancolique* (Progrès médical, 1889, n° 46).

on voit qu'il est *secondaire* ; il ne naît pas d'emblée. Si la mélancolie s'accompagne, au début, de modifications dans l'exercice des facultés intellectuelles proprement dites, elle ne présente pas du moins de troubles du contenu des idées, même dans les cas les plus complets de la mélancolie avec délire. Les symptômes initiaux de la maladie sont ceux qui caractérisent la mélancolie simple : c'est-à-dire que ce sont, au point de vue psychique, les sphères volontaire et émotionnelle de la vie psychique qui sont les premières intéressées (arrêt psychique, douleur morale) et le délire n'est que le contre-coup des atteintes portées par la maladie dans le domaine des émotions de la volonté. Il procède ainsi des troubles du fonds émotionnel et volontaire ; c'est ainsi qu'il est *secondaire*.

Ce fait est d'ailleurs mis en évidence de la façon la plus nette par l'observation clinique, qui nous montre que le délire ne se présente que lorsque la maladie, une fois constituée, a déjà passé par la période de début, et qu'il n'est, d'un autre côté, comme l'avait déjà dit très bien Griesinger, qu'une tentative d'explication, de la part du malade, de l'état d'anéantissement profond et de douleur morale qui le domine ⁽¹⁾. Nous aurons d'ailleurs à revenir sur ce fait.

(1) ETTMULLER (cité par Esquirol, T. I. p. 105), distin-

Le sentiment de douleur morale, analogue à celui que doit éprouver un criminel après l'accomplissement d'un forfait, provoque chez un malade l'idée qu'il a commis des fautes envers la société, envers Dieu. Se sentant incapable de penser et d'agir, tel autre craint pour l'avenir des siens, se croit ruiné, se voit à charge de tout le monde.

Le délire du mélancolique est donc bien un délire secondaire, et de ce caractère principal découlent tous les autres.

C'est, par exemple, le caractère *pénible* des idées délirantes en rapport avec l'état de douleur morale qui domine le sujet.

Il n'y a de possibles chez lui que des idées douloureuses en rapport avec l'état de la conscience (Krafft-Ebing) qui, finalement ne contient plus rien que l'*idée douleur* (Schuele). — Aussi le délire revêt-il un caractère général de *monotonie* tout particulier, et en même temps de *fixité*, bien différente de la systématisation progressive de certains autres délires. Il y a un abîme entre la litanie du mélancolique et le roman du persécuté. Ajoutons cependant que cela s'applique surtout aux cas aigus ; et que, dans certaines circonstances, lorsque l'affection tend à la chroni-

gue déjà le délire de l'affection mélancolique ; le délire, selon lui, étant secondaire à l'affection mélancolique.

cité, le délire tout en gardant ces caractères, peut revêtir un certain degré de systématisation, assez pauvre d'ailleurs.

Le sentiment de son incapacité, de son indignité, donne de son côté aux idées du mélancolique un caractère marqué d'*humilité*. Il se croit coupable, déchu du reste de l'humanité, indigne de communiquer avec ses semblables ; il ne sert à rien sur terre ; il vaudrait mieux qu'il fût mort.

Les mêmes considérations expliquent aussi les caractères de *passivité* et de *résignation* du délire des mélancoliques qui souffrent, sont dominés, soumis à une puissance invincible ; état bien spécial qui se révèle souvent par des idées de damnation ou de possession. Ils sont d'ailleurs facilement résignés ; ils se sentent incapables de lutter et le sentiment profond de leur indignité les en empêche. Aussi, même anxieux et tout en se lamentant, acceptent-ils et parfois désirent-ils les supplices qui doivent leur faire expier leurs crimes, ou la mort qui débarrassera le monde d'êtres inutiles ou malfaisants tels qu'ils croient être.

D'un autre côté, il est encore bon de noter chez le mélancolique la direction des idées, leur mode de rayonnement qui est en quelque sorte *centrifuge*, le malade étant considéré comme un centre. Le mélancolique, comme on l'a déjà dit

(Guislain), n'accuse pas les autres, il s'accuse lui-même; et si son délire s'étend au monde extérieur, aux personnes qui l'approchent, à sa famille, à la société, ce n'est pas pour les rendre responsables de ses souffrances; c'est, au contraire, qu'il redoute d'être pour tous un être nuisible, d'attirer par ses forfaits et ses crimes, par son incapacité, la ruine, le déshonneur, la mort sur sa famille, sur la société. Le délire a donc en quelque sorte un *caractère divergent*, une *marche centrifuge*, partant du malade pour atteindre ce qui l'entoure.

Les troubles émotionnels primitifs impriment aussi au délire du mélancolique un caractère particulier, au point de vue de la localisation des idées dans le temps. Ces malades présentent, à cet égard, ce qu'on peut appeler un délire d'*attente*.

L'angoisse dont ils souffrent les plonge continuellement dans la crainte d'un malheur qui peut leur arriver ou qu'ils pensent provoquer. Ils ne s'étendent pas, comme les persécutés vrais, en récriminations sur les misères de toute sorte qu'ils endurent ou ont endurées. Ils sont le plus souvent dans le doute, l'incertitude; et n'expriment que des craintes au sujet des supplices ou des châtiments qui leur sont réservés dans l'avenir, et des malheurs dont ils seront la cause. Aussi pourrait-on leur appliquer le mot de La-

sègue et dire que le mélancolique est un prévenu, le persécuté un condamné.

Il se peut cependant que le délire du mélancolique intéresse le passé.

Certains de ces malades, en effet, lorsqu'ils cherchent la cause de l'état moral pénible qui les affecte si profondément, n'en trouvent pas toujours l'explication dans des faits récents. C'est alors qu'ils font un retour sur eux-mêmes, une sorte d'examen de conscience de toute leur vie ; et qu'ils trouvent l'explication de leur douleur présente, de leur crainte pour l'avenir, dans un fait passé, souvent depuis longtemps, une peccadille de leur jeune âge, dont ils n'ont pas, disent-ils, compris toute la portée. C'est une sorte de délire de caractère *rétrospectif*, portant tantôt sur un fait purement imaginaire, tantôt sur un fait réel dont le malade exagère l'importance et la portée.

Tous ces caractères n'ont pas la même valeur ; et, par exemple, à l'encontre des auteurs qui regardent l'humilité, l'auto-accusation comme la caractéristique du délire mélancolique, nous pensons que ces caractères du délire, pouvant se rencontrer en dehors de la mélancolie, ne sont que de second ordre ; tandis que les principaux seraient les premiers, qui sont la genèse secondaire, la peine morale, la monotonie de la fixité.

Parmi les différentes idées mélancoliques que

peuvent présenter les négateurs, il en est deux qui méritent une mention particulière en ce sens qu'on les rencontre souvent (non toujours) chez eux et atteignant parfois un développement très grand ; ce sont les *idées de damnation et de possession*.

Ces idées ne sont guère en fait qu'une formule du délire mélancolique habituel des caractères duquel elles participent toujours dans ces cas.

Il importe de faire une distinction parmi les idées de damnation que l'on rencontre alors. Les unes sont plutôt des *craintes* de la damnation (*damnomanie* de Macario, *démonophobie* de Guislain).

Ces craintes de damnation sont toujours secondaires, tentatives d'explication cherchées par le malade à l'état pénible dans lequel il se trouve. S'il craint d'être damné, c'est qu'il doit expier ses fautes ; il n'est qu'un coupable dont les crimes ont attiré sur lui un châtiment mérité, mais dont l'horreur qu'il en a ne cesse de provoquer ses gémissements. Il sera damné pour ses fautes passées, et ses souffrances présentes ne sont que le prélude des supplices infernaux.

Dans d'autres cas, il s'agit d'une idée de damnation vraie : le malade est lui-même un démon (démonomanie), Satan, l'Antéchrist, etc. Ici encore, on retrouve les mêmes caractères du délire toujours d'origine secondaire, traduisant les dé-

sordres survenus dans la constitution de la personnalité.

Le malade devenu un démon jouit de la puissance malfaisante, attribut ordinaire du démon. Il causera ainsi le malheur de sa famille, de l'humanité et subira le supplice des démons.

Ces dernières idées se confondent presque avec les idées de possession dans lesquelles le malade n'est pas encore lui-même un démon, mais est soumis à une puissance infernale qu'il sent en lui-même, qui habite son corps, domine sa personnalité morale, lui inspire de mauvaises pensées, parle par sa bouche, dirige ses actes (*démonopathie interne*) (1), et peut ainsi lui faire offenser Dieu, ses semblables.

Sans insister plus longtemps, nous voyons que les idées de possession présentent de leur côté les mêmes caractères et puisent leur origine directe dans l'état psychopathique, fondement de la maladie, et dont elles ne représentent qu'un symptôme.

Parmi les idées délirantes de nature mélanco-

(1) Cette *démonopathie interne* doit être bien distinguée de la *démonopathie externe* dans laquelle les malades ont avec le diable des rapports externes. Ceux-ci ne sont pas de vrais possédés, mais ils voient le diable, ils l'entendent, ils le touchent, seulement ils ne le portent pas dans leur corps. Autrement dit, ces démonopathes externes ne sont que des persécutés.

lique que l'on peut rencontrer chez les négateurs, il est encore une variété qui mérite d'être signalée, à cause des confusions de diagnostic auxquelles elle peut donner lieu, ce sont les *idées de persécution*.

Il importe de bien se rappeler que, chez les délirants négateurs que nous avons en vue dans ce Chapitre (type Cotard), les idées de persécution sont de nature mélancolique, présentent les caractères généraux du délire mélancolique.

Le principal caractère, qui servira alors à en faire le diagnostic séméiologique, c'est le caractère divergent ou centrifuge de cette idée qui repose toujours sur le fond d'humilité habituelle à la mélancolie. Aussi le malade regarde-t-il les persécutions qu'il subit comme le résultat des fautes qu'il croit avoir commises. S'il accuse les autres, il s'accuse d'abord lui-même ; les misères qu'il subit se justifient par ses propres fautes. Si la police le recherche, si on lui manifeste de l'hostilité, c'est qu'il est un coupable, qu'il a fait tort à autrui, qu'il mérite d'être surveillé, arrêté, condamné. Chez le persécuté vrai, au contraire, l'idée de persécution repose d'habitude sur le fond d'orgueil habituel à ces malades, qui se croient le centre sur lequel converge l'attention universelle, et qui ne cessent d'accuser les autres de leur nuire, se posant en victimes injustement poursuivies, présentant ainsi

un délire convergent, à marche en quelque sorte centripète.

Cette constatation a bien son importance pour le diagnostic, car nous verrons plus loin qu'on peut rencontrer aussi des idées de négation, même systématisées, chez des malades qui ont également des idées de persécution, mais de caractères tout différents de celles que nous envisageons en ce moment.

Nous ferons remarquer, en passant, combien ces idées de persécution mélancoliques sont voisines des idées de damnation. Au point de vue de l'analyse psychologique, on pourrait même dire que c'est une seule idée sous une étiquette différente due peut-être au milieu, à l'éducation antérieure, au caractère du sujet. Dans un cas, le malade sera réprouvé de Dieu comme un coupable ; ses crimes lui auront mérité les châtiments infernaux. Dans l'autre, si on le poursuit, si on l'espionne, c'est qu'il est également coupable ; on va l'arrêter, l'emprisonner, le supplicier pour lui faire expier ses fautes. Toujours le malade s'accuse, reste un coupable ; mais, dans un cas, c'est de Dieu, dans l'autre, c'est de la société qu'il attend le châtiment expiatoire.

4. Troubles de la sensibilité et hallucinations. — Cotard avait signalé chez ses négateurs les troubles de la sensibilité, mais il n'avait guère eu en vue que ceux de la sensibilité à la

douleur. Cependant cette étude des troubles de la sensibilité est des plus importantes ; car, ainsi que nous le verrons, ils concourent largement, pour leur part, au développement du délire. Aussi croyons-nous qu'il ne sera pas inutile de passer en revue les différents troubles de la sensibilité qui peuvent se rencontrer, isolés ou associés, chez cette classe de malades.

Voyons d'abord les troubles de la sensibilité générale.

Dans certains cas, assez fréquents, on peut noter de l'*analgésie* ou de l'*hypéralgésie*. Certains de ces malades se mutilent quelquefois comme à plaisir ; d'autres, sitôt qu'on les touche, se plaignent qu'on leur fait mal.

La détermination de la sensibilité à la douleur est parfois très difficile. A l'état normal, on a un double critérium de cette sensibilité : 1° la réaction extérieure du sujet à la douleur ; 2° l'appréciation subjective qu'il en donne. Ce dernier facteur manquera souvent chez nos mélancoliques qui ne participent pas d'une façon consciente à l'examen ; si bien qu'on est alors réduit au critérium des phénomènes de réaction (contractions musculaires, tentatives de fuite, rougeur ou pâleur, réaction pupillaire, mimique, etc.). Mais alors, il est encore une chose qu'il conviendrait, mais qu'il est très difficile de distinguer, c'est le degré de perception et le degré d'intensité de réaction,

Il n'est pas rare non plus de voir, chez ces malades, un allongement du temps de la perception dolorifique; ainsi que la désassociation de l'impression tactile de la douloureuse, le malade percevant d'abord la piqure comme contact et, un moment après, comme impression douloureuse.

Dans ces cas particuliers, comme il s'agit de mélancoliques, il est bon de tenir compte de l'état organique de la peau à cause des troubles de circulation et de nutrition des téguments, tels que la cyanose, la parésie vaso-motrice, qui diminuent par elles-mêmes la sensibilité à la douleur et déterminent le plus souvent de l'hypo-algésie.

Il faut aussi noter, chez ces malades, les *sensations douloureuses subjectives* (paralgésies), comme les fourmillements, les sensations de froid, de chaleur, dues parfois à des irritations des nerfs périphériques, à des troubles vaso-moteurs, mais n'étant souvent aussi que l'expression d'un processus d'irritation centrale, se projetant par voie centrifuge à la périphérie.

Certains de ces malades se plaignent également d'une sensation de rupture des os, de douleurs articulaires vagues, de rachialgie. La pression même légère de ces points leur est parfois très pénible. Leur attitude dans des positions forcées, prolongées, est peut-être aussi en rapport avec une altération sensitive du même genre.

On peut observer aussi un état d'hyperesthésie générale ou des douleurs névralgiques localisées. Il n'est pas rare que ces dysesthésies soient le point de départ d'idées délirantes, par lesquelles le malade cherche à expliquer les sensations douloureuses qu'il éprouve (dysphrénie névralgique de Schuele).

Du côté des muscles, on peut noter également des altérations dans la sensibilité qui dépend de leur condition organique (crampes, fatigue, faiblesse).

Pour déterminer l'état de cette sensibilité musculaire, nous avons d'abord les sensations subjectives accusées par le malade. C'est ainsi que nos mélancoliques se plaindront de prostration, de fatigue, de faiblesse, de myalgie, d'*impatiences dans les jambes*, comme dans les états anxieux. L'excessive agitation, diurne ou nocturne, de ces anxieux est par elle-même en quelque sorte la preuve d'un état d'analgie musculaire. L'examen direct peut aussi nous servir : la compression, le tiraillement des masses musculaires superficielles, leur électrisation peuvent révéler souvent chez eux des altérations, en plus ou en moins, de la sensibilité musculaire générale.

Le *sens musculaire* est aussi altéré : parfois diminué, alors que le malade n'a qu'une perception affaiblie de la pesanteur, de la situation de

ses membres, ou de leur rapport dans l'espace, ou la sensation énorme de la résistance des corps ; parfois perversi, alors que ses membres lui semblent transformés, durcis, grossis, rapetissés (c'est un pas vers les illusions et les hallucinations) ; augmenté, lorsqu'existent, par exemple, ces sensations de poids, de résistance énorme au mouvement, d'effort excessif, ces sensations de douleur et de fatigue après tout acte musculaire, et qui réduisent ces malades à l'immobilité.

Viennent enfin les troubles de la sensibilité interne viscérale.

La sensibilité viscérale, qui résulte de la synthèse des impressions en rapport avec les conditions anatomiques des organes internes et l'exercice des différentes fonctions de l'organisme, se résout d'habitude en un sentiment très vague de malaise ou de bien-être général. Elle ne devient vraiment consciente que dans un état morbide de ces organes, par suite duquel les impressions vagues et non localisables d'où elle résulte, entrent dans le champ de la conscience sous une forme douloureuse.

Nous ne possédons aucun moyen objectif pour l'étude directe de la sensibilité viscérale et nous devons nous en tenir aux symptômes subjectifs accusés par le malade. Toutefois, il convient de ne pas négliger la constatation de certaines actions réflexes (troubles vaso-moteurs, sécrétions),

provoquées par les troubles d'un viscère sur les autres appareils de la vie organique.

En nous limitant à la constatation des troubles de la sensibilité viscérale chez nos mélancoliques, il nous faut noter qu'ils se plaignent souvent de sensations anormales dans la tête, céphalalgies, migraines, sensations de pression, de vide au cerveau, sensations de froid, de chaleur, de corps étrangers, de bouillonnements, etc.

Du côté de l'appareil circulatoire ou respiratoire, on rencontre aussi des sensations douloureuses (étouffements, angoisse), souvent en rapport avec des troubles fonctionnels (palpitations, arythmie) et qui font dire aux malades que leur cœur ne bat plus, que leur poitrine est vide.

Pour les organes digestifs, nous signalerons les sensations d'étranglement, les sensations anormales de l'estomac (brûlure, poids, vide), de l'intestin, dues probablement à la perception, devenue consciente, des mouvements péristaltiques et donnant au malade la sensation de vide abdominal ou d'occlusion, ou de présence de corps ou d'animaux étrangers... Quelquefois, dans ces cas, il est bon de songer à la possibilité de processus pathologiques (helminthiase, péritonite chronique, etc.).

Relativement aux organes génitaux, on peut observer, chez l'homme, des sensations d'hyper-

trophie ou de vide des testicules ; souvent, chez la femme, des sensations anormales du côté de l'utérus, une sensation de plénitude, de pesanteur éveillant l'idée d'une grossesse imaginaire, ou bien des troubles de la sensibilité génitale (brûlure, fourmillements), premiers pas vers les illusions et les hallucinations génitales. Ces derniers symptômes coexistent surtout avec les idées de possession.

A l'état normal, les impressions résultant de l'exercice des fonctions de reproduction sont les plus conscientes ; puis, celles de l'exercice des fonctions de locomotion, même de respiration. Mais l'exercice des organes de circulation et de nutrition est absolument inconscient, de même que l'immense majorité des faits psychiques. Chez nos mélancoliques, on peut rencontrer de la diminution de cette sensibilité fonctionnelle, ou bien de l'exagération telle que ces malades suivent en quelque sorte par la pensée tout le travail intime de leurs organes.

Le *sentiment des besoins généraux* de l'organisme est souvent altéré aussi : sentiment de la faim et de la soif perdu ou exagéré ; sentiment de la fatigue dont la diminution se traduit par la perte de sommeil, la mobilité incessante ; sentiment du besoin de mouvement, diminué dans les états apathiques, exagéré dans les états anxieux ; sentiment du besoin de respirer dont

l'exagération s'accompagne d'oppression, de peur de la mort, dont la diminution se remarque dans la respiration superficielle des déprimés ; sentiment des besoins sexuels le plus souvent diminué ; sentiment du besoin d'exercice des facultés intellectuelles, dont la disparition ou l'augmentation sans satisfaction possible, amène l'ennui moral.

Du côté des sens spéciaux, les troubles de la sensibilité sont beaucoup moins accusés.

Les troubles de la sensibilité tactile existent bien quelquefois et se traduisent alors le plus souvent par une diminution de la sensibilité au contact, à la température.

Mais souvent il est très difficile de préciser ces troubles de la sensibilité tactile et de déterminer si ce ne sont pas plutôt des troubles de la perception personnelle. La sensation élémentaire existe parfois, mais peut n'être pas perçue, ne pas arriver à la conscience du sujet, par suite de l'état de distraction où il se trouve, de la concentration de son esprit sur les idées délirantes. Il y aurait là une constatation qui rapprocherait parfois les anesthésies tactiles des mélancoliques de celles des hystériques.

Il est, par exemple, un fait très ordinaire chez les hystériques et qu'on peut observer aussi chez les mélancoliques, ainsi que nous en avons rencontré un cas.

Ce négateur mélancolique, non hystérique, prétendait ne sentir aucun contact pratiqué sur sa peau. Mais, il était à remarquer qu'il disait toujours « non » (nous lui avons dit de répondre oui ou non, suivant qu'il sentirait ou ne sentirait pas) au moment où on le touchait. Il manifestait donc ainsi que la sensation élémentaire tout au moins avait lieu. Était-elle perçue ? Arrivait-elle à la conscience du sujet ? Nous ne verrions rien d'étonnant à ce qu'elle soit restée subconsciente, comme il arrive chez l'hystérique, et cela, à cause de l'état psychologique particulier de ces malades sur lequel nous aurons à revenir.

D'un autre côté, il faut aussi réfléchir que ces aliénés, par suite de leurs idées spéciales de négation, se trouvent amenés à nier des sensations qu'ils peuvent en réalité percevoir très complètement.

Du côté des autres sens spéciaux, on ne remarque en général rien de particulier, au moins dans les formes simples et lorsque la maladie ne s'est pas développée, comme cela arrive parfois, sur un terrain hystérique pouvant donner naissance aux troubles de la sensibilité habituelle dans cette névrose.

Toutefois, il convient ici de dire quelques mots de certains troubles des représentations mentales relatives aux acquisitions sensorielles antérieures. Cotard avait déjà signalé chez les

mélancoliques, et en particulier chez les anxieux négateurs, la perte de la vision mentale. Ils ont de la difficulté à se représenter les formes visuelles, les physionomies des gens qu'ils ont connus et des rues qu'ils ont souvent traversées, etc. Parallèlement, il semble que l'on puisse trouver aussi la perte ou l'affaiblissement de l'audition mentale (Toulouse).

L'interprétation exacte de ces phénomènes n'est pas facile. S'agit-il d'une perte, d'un effacement des images sensorielles antérieurement acquises, en un mot d'une amnésie ? Bien que cela ne soit pas impossible, nous croirions plus volontiers que, dans ce manque, non de réviviscence automatique, mais de rappel volontaire des images, il s'agit d'un défaut de synthèse empêchant leur rattachement aux autres souvenirs ou sensations dont l'ensemble constitue la personnalité, d'un manque d'assimilation psychologique des images. Cette opinion trouverait son appui dans la constatation d'un fait psychique analogue se rapportant aux sensations. Nous avons tout à l'heure, à propos des troubles de la sensation tactile, exprimé l'idée qu'ils pouvaient souvent n'être dus qu'à un défaut de la perception personnelle, la sensation élémentaire ayant lieu, mais n'étant pas appréciée nettement par la conscience du sujet et n'entrant pas dans le domaine des faits qui constituent sa personnalité.

Ce phénomène se retrouve aussi dans les sensations visuelles et ces malades disent très bien quelquefois « voir, toucher les objets, mais ne plus les comprendre, ne plus les reconnaître, ne plus savoir ce que c'est ». Il est aussi à remarquer que l'on constate souvent chez eux des troubles de l'attention, qui sont toujours à l'origine des faits de cette espèce. Nous nous contentons de signaler cette interprétation, qui sera plus fondée, lorsque nous aurons traité de la pathogénie du délire des négations.

Il y a des phénomènes absolument inverses, intéressant également les fonctions des sens spéciaux et que l'on peut rencontrer chez les mélancoliques négateurs : ce sont les *hallucinations*. Elles sont loin d'être chez eux un symptôme constant ou essentiel. Souvent, elles font totalement défaut ; d'autres fois, elles ne se montrent que d'une façon transitoire ou sous une forme élémentaire. D'un autre côté, il est indispensable de considérer l'époque de la maladie à laquelle elles apparaissent. On ne les trouve, le plus souvent, qu'au bout d'un certain temps et elles ne sont guère que la manifestation d'un désordre intérieur plus profond.

Aussi lorsqu'elles existent, les hallucinations appartiennent-elles à cette catégorie établie par Baillarger, de celles qui reproduisent les préoccupations actuelles des malades.

C'est ainsi que les négateurs qui ont en même temps des idées de damnation, ont parfois des visions de flammes, d'incendies; ils voient l'enfer, le diable. Ces hallucinations sont fréquentes surtout dans les états de stupeur, mais on les observe aussi dans la forme anxieuse. Dans bien des cas alors, il est à noter que ces hallucinations ne sont pas constantes, ne se présentent que la nuit, que les personnages ne sont pas distincts, n'ont pas de relief, ressemblent à des ombres.

Du côté de l'ouïe, on peut noter aussi quelques hallucinations élémentaires (bruits indistincts, coups de fusil, sons de cloches); on peut trouver parfois aussi des hallucinations verbales auditives; mais elles sont rares et ont toujours ce même caractère d'être en rapport avec les préoccupations du sujet.

C'est ainsi qu'une de nos malades, qui se croit coupable et s'accuse d'avoir empoisonné son père, entend par la suite des voix qui l'appellent « empoisonneuse, sale femme ».

Une autre a bien entendu, par l'oreille, la voix de Dieu qui lui a dit une fois : « Tu es maudite »; et elle a vu ces mots écrits sur le mur. Mais à cette époque, il y avait déjà trois mois qu'elle était malade, et que, pour expliquer le changement survenu en elle, elle se disait à elle-même : « mais tu es maudite ». Depuis aussi

elle a eu des hallucinations visuelles en rapport avec ces mêmes idées : elle a vu le diable, l'enfer. Mais ces hallucinations ne se présentent que la nuit ; les personnages sont indistincts ; ce sont plutôt des ombres qu'elle voit sur le mur. Pour l'ouïe de même, elle n'entend que des bruits.

On peut trouver aussi quelquefois des hallucinations du goût, de l'odorat ; les malades s'imaginent que leurs organes se décomposent, qu'ils sont pourris et répandent une odeur infecte.

Les hallucinations (ou illusions) des sens spéciaux, par cela même qu'elles sont en rapport avec les préoccupations habituelles du sujet, ont aussi certains des caractères du délire. Comme lui, elles sont secondaires, toujours pénibles ; parfois encore, elles ont le même rayonnement centrifuge. C'est ainsi que certains mélancoliques, hallucinés de l'odorat, loin d'accuser, comme les persécutés, les autres personnes de leur envoyer de mauvaises odeurs, croient au contraire que ces odeurs émanent d'eux-mêmes, se répandent dans l'atmosphère environnante et peuvent ainsi devenir nuisibles aux personnes qui les approchent.

Il faut apporter beaucoup de soin dans la recherche des hallucinations sensorielles et être très minutieux dans l'analyse de certains phénomènes accusés par le malade, qui, à un examen

superficiel, pourraient être pris pour des hallucinations.

C'est ainsi qu'il importe de bien faire le diagnostic de toutes ces hallucinations avec les illusions des mêmes sens, qui sont peut-être beaucoup plus fréquentes chez les mélancoliques, lorsqu'on les soumet à une analyse consciencieuse. Il ne faudra pas non plus les confondre avec les simples interprétations délirantes qui constituent le fond même des troubles intellectuels qu'ils présentent, et qui, quoi que l'on en croie tout d'abord, sont souvent fort difficiles à distinguer des hallucinations véritables, à cause de leur caractère d'être confirmatives des idées délirantes. Elles doivent être également distinguées des troubles de la perception survenant sous le coup des modifications du fonds émotionnel, ou par suite de la difficulté de synthèse mentale et sur lesquels nous aurons à insister plus loin.

Lorsque le diagnostic de ces différents symptômes est fait avec soin, on constate que les hallucinations sensorielles peuvent totalement manquer et que, si elles existent, elles sont le plus généralement intermittentes, épisodiques, peu accentuées, secondaires et comme mode d'apparition et comme importance.

D'un autre côté, il est certains symptômes qui sont bien souvent aussi confondus avec les hal-

lucinations verbales de l'ouïe et que l'on rencontre très fréquemment chez ces malades. Il importe de bien les distinguer à cause de la signification importante qu'ils acquièrent au point de vue pathogénique. Ce sont les hallucinations appelées psychiques par M. Baillarger et que nous avons récemment étudiés sous le nom d'*hallucinations verbales motrices*.

Chez les mélancoliques négateurs, les hallucinations verbales motrices sont très fréquentes et souvent très nettes, présentant tous les symptômes psychologiques que nous avons essayé de mettre en lumière dans d'autres publications⁽¹⁾.

Parfois même le phénomène atteint son plus haut degré d'intensité et se présente sous l'aspect de l'*impulsion verbale*, lorsque les malades ont en même temps des idées de possession (Le démon les fait parler ou parle par leur bouche).

D'autres fois et alors dans presque tous les cas, on peut noter un symptôme identique de nature, bien que différent d'intensité, c'est la *conversation mentale* qui est presque de règle chez les mélancoliques, représentant l'état faible de l'hallucination motrice.

(1) J. SÉGLAS. — *L'hallucination dans ses rapports avec la fonction du langage; les hallucinations psycho-motrices* (Progrès Médical, 1888) et *Les troubles du langage chez les aliénés* (Bibliot. Méd., CHARCOT-DEBOVE, 1892).

Il faut noter encore la présence fréquente d'hallucinations de même espèce également *motrices*, mais *communes*, non spécialisées, qu'on englobe généralement sous le nom de troubles du sens musculaire. Ce sont les sensations d'arrêt, de déplacement, de chute, de mouvements qu'éprouvent souvent ces malades qui se plaignent d'être poussés, bousculés, empêchés dans leurs mouvements, transportés dans les airs.

En terminant ce qui a trait aux phénomènes hallucinatoires, il importe enfin de signaler les hallucinations *génitales*, assez fréquentes lorsque les malades ont des idées de possession.

5. Réactions. — Pour compléter l'étude clinique du délire des négations confirmé dans la mélancolie, il nous faut étudier les réactions du malade à la suite des différents symptômes que nous venons de passer en revue.

Ces réactions sont de deux espèces, générales ou spéciales. Les premières sont les réactions mélancoliques générales habituelles, parmi lesquelles l'anxiété est la plus fréquente. Parmi les secondes, nous étudierons la folie d'opposition, le refus des aliments, le mutisme, le suicide et les mutilations volontaires, les modifications du langage.

1. Réactions générales. — *Anxiété mélancolique.* Le syndrome de Cotard évolue toujours, et c'est même là un de ses caractères, sur un fond

d'anxiété qui peut s'augmenter sous l'influence du délire, mais ne lui est pas moins antérieur. Ce fait est important à noter, parce que si, dans d'autres maladies, le délire des négations peut s'accompagner d'anxiété, elle n'est plus alors que secondaire aux idées délirantes. Tantôt elle se manifeste au dehors, et c'est le cas le plus fréquent, sous la forme classique de l'agitation anxieuse; d'autres fois elle revêt l'aspect de la stupeur mélancolique qui n'est au fond qu'une des manières d'être de l'anxiété; anxiété intérieure devenue tellement intense qu'elle paralyse tout effort de réaction active.

Souvent les malades présentent des alternatives de dépression et d'agitation anxieuse; mais c'est ordinairement cette dernière qui est la manière d'être la plus habituelle des négateurs mélancoliques.

Cette agitation anxieuse se manifeste sous bien des aspects différents suivant son intensité. Si l'on peut observer les formes les plus caractérisées d'agitation anxieuse incessante, avec lamentations, gestes de désespoir ou marche continue çà et là, sans but, automatique; d'autres fois aussi, le malade reste calme et se borne à pousser des gémissements inarticulés ou se perd en litanies monotones sur son déplorable sort.

Ce dernier mode de manifestation de l'anxiété

s'observe surtout quand le délire dure depuis un certain temps. Même il n'est pas rare, (et c'est là une constatation importante pour le pronostic) dans les cas déjà chroniques, de voir diminuer graduellement d'intensité et disparaître les réactions mélancoliques, et les malades ne plus présenter ni dépression, ni agitation anxieuse manifestes ; d'autres, au contraire, après une agitation anxieuse intense et prolongée, tombent dans une espèce de stupidité trop souvent confondue avec la démence et qui se prolonge indéfiniment.

2. Réactions spéciales. — *Folie d'opposition : mutisme, refus d'aliments, suicide et mutilations volontaires. Modifications du langage.* Avant d'exposer ces réactions spéciales, il importe de bien préciser la signification que nous attribuons à ce qualificatif. Nous n'entendons nullement dire qu'elles soient spécifiques du délire des négations, mais simplement que ce sont des réactions *déterminées*, en rapport avec l'un des symptômes que nous avons exposés tout à l'heure.

La plus fréquente et en même temps la plus frappante de ces réactions spéciales, c'est la *folie d'opposition* signalée autrefois par Guislain ⁽¹⁾ et qui correspond à ce que certains auteurs dési-

(1) GUISLAIN. — *Leçons orales sur les phrénopathies*. Gand, 1852, T. I, p. 260.

gnent depuis par le nom de résistance systématique.

« Certains fous, dit Guislain, sont d'une opposition dont on ne peut se faire une idée quand on ne les a pas vus de près. Il faut les plus grands efforts pour les déterminer à changer de linge. Ils refusent de se coucher dans leur lit et s'étendent sur le plancher, sur le carreau. Ils ne veulent pas se laver. Ils s'exposent tête nue à une pluie battante. Ils sont opposés à tout ce qu'on leur demande de faire. Souvent cette opposition se fait remarquer comme un épiphénomène de la mélancolie ».

Cette folie d'opposition représente, pour ainsi dire, le côté moral du délire des négations.

On peut, à notre avis et comme l'a fait Guislain, lui rattacher d'autres symptômes.

C'est ainsi qu'une des manifestations les plus ordinaires de cette opposition, est le *refus des aliments*, que les malades essayent parfois de justifier à l'aide de leurs conceptions délirantes spéciales, prétendant qu'ils ne peuvent plus manger parce qu'ils n'ont plus de langue, d'estomac, que leur intestin est bouché, ou parce qu'ils sont ruinés et ne peuvent plus payer.

Ce refus d'aliments présente quelques caractères particuliers.

En général, il est *total* et porte indistinctement sur tous les aliments. Il diffère en cela du

refus d'aliments d'autres malades, tels que les persécutés, chez qui il est partiel. Dominés par des idées d'empoisonnement, ces derniers aliénés examinent soigneusement leurs aliments, refusent ceux qui leur paraissent suspects et mangent fort bien ceux qu'ils jugent indemnes de tout poison.

Il est à remarquer cependant que, chez les négateurs, il en est quelques-uns qui, sous le coup d'un délire de ruine ou de culpabilité moins intense, choisissent parmi leurs aliments. Mais, fait bien caractéristique et toujours en rapport avec le caractère d'humilité du délire, ils ne prennent que les aliments les moins bons, ne mangent, par exemple, que du pain sec ou se privent de dessert pour faire pénitence.

Dans certains cas, le refus d'aliments est encore en relation plus directe avec l'opposition systématique ; c'est lorsque les malades refusent de manger alors qu'on les y invite. S'ils ne touchent pas aux aliments lorsqu'on les leur présente, ils les mangent parfois lorsqu'ils sont seuls ; ou souvent, si on les leur a enlevés, ils prennent ceux des autres malades.

Pour les mêmes raisons qu'ils refusent leurs aliments, il est de ces mélancoliques qui refusent d'uriner, d'aller à la garde-robe. « J'ai vu parfois, dit Guislain, de ces aliénés qui avaient la fantaisie de retenir leurs fèces. Cette forme

morbide constitue une modification de la folie de résistance ou d'entêtement ».

Lorsqu'il se donne la peine de justifier cette fantaisie, le malade fera valoir sa constitution physique particulière : puisqu'il n'a plus d'estomac, d'intestin, il ne peut aller à la garde-robe.

D'autres, gâtent sous eux, et tantôt allèguent ce gâtisme comme une preuve que leurs organes intérieurs sont détruits, qu'ils sont creux ; tantôt au contraire ils s'en étonnent et se demandent comment, n'ayant plus d'organes, ils peuvent cependant rendre des excréments. C'est ainsi que la malade de M. J. Dagonet présentait un gâtisme persistant depuis cinq ans. Au début, il était pour elle un sujet d'étonnement, « puisqu'il n'y avait pas de corps » ; maintenant, ce fait même *est nié* par elle avec la plus grande énergie.

On peut rapprocher encore de cette catégorie de réactions le *mutisme* de certains de ces malades.

En leur qualité de mélancoliques, le mutisme peut se rencontrer chez eux sous l'influence de toutes les causes habituelles à ce genre de malades. Nous n'exposerons pas en détail toute cette étiologie du mutisme vésanique que nous avons étudié dans un autre ouvrage ⁽¹⁾. Rappe-

(1) SÉGLAS. — *Troubles du langage chez les aliénés*, 1892, p. 24 et suiv..

lons seulement qu'il peut être dû à l'aboulie, à la difficulté de synthèse empêchant le malade de construire ses phrases, à l'arrêt total de la pensée ; à la distraction provoquée par des hallucinations ou des idées pénibles absorbant le malade ; à la présence d'hallucinations impératives défendant de parler ; à des amnésies verbales ; à des hallucinations verbales psychomotrices ; à des idées délirantes diverses.

Parmi ces dernières, celles qui provoquent le plus souvent le mutisme chez les négateurs mélancoliques sont des idées d'humilité, d'indignité, d'expiation, la crainte de nuire, ou même une idée de négation nettement formulée ; et si le malade ne parle pas, c'est qu'il n'a pas de langue, que son larynx est détruit.

Enfin, il y a des cas dans lesquels on ne retrouve aucune idée à la source du mutisme. Il est une simple manifestation de l'obstination du malade, de la folie d'opposition. Il est alors plus ou moins complet : certains malades se bornent à répéter obstinément le mot *non*. Il peut être aussi intermittent. Dans ces cas, ce qui prouve bien que ce mutisme doit être rattaché à l'opposition, c'est que ces malades, qui ne parlent pas quand on leur adresse la parole, causent souvent seuls ou à d'autres personnes qui ne leur disent rien. Une malade atteinte de délire de négation, et dont nous avons rapporté

l'observation, ne répondait jamais lorsqu'on l'interrogeait, mais elle causait seule et souvent faisait d'elle-même des réflexions à sa compagne de chambre qui ne lui parlait pas.

Parmi les réactions des mélancoliques négateurs, une des plus fréquentes est peut-être le suicide.

Les tentatives de *suicide* peuvent être le fait d'une impulsion subite ou résulter des idées délirantes. Si le malade se suicide, c'est parfois pour se débarrasser de ses souffrances, mais c'est souvent aussi dans le but de supprimer un être dangereux pour tout le monde, de conjurer par sa mort les malheurs qui doivent de son fait fondre sur ses semblables. Son suicide n'est plus alors qu'un sacrifice.

Lorsqu'elles ne réussissent pas, les tentatives de suicide servent parfois d'appui, ainsi qu'il a été observé, aux conceptions délirantes. Si, malgré ses efforts, le malade n'a pu arriver à se donner la mort, c'est qu'il n'est pas construit comme les autres personnes ; il est invulnérable, immortel, condamné à souffrir éternellement ; et cette idée, qu'il ne peut mourir, le fait quelquefois renoncer à de nouvelles tentatives, de l'inutilité desquelles il ne doute pas. Il peut arriver cependant que ces mélancoliques soient tellement disposés au suicide, qu'alors même qu'ils se croient morts ou dans l'impossibilité

de jamais mourir, ils n'en cherchent pas moins à se détruire, et tentent, par tous les moyens possibles, de satisfaire ce besoin maladif de destruction et d'anéantissement.

Du suicide, il faut rapprocher les auto-mutilations fréquemment observées chez ces même malades, résultant de causes identiques et aboutissant aussi aux mêmes résultats. Il est à remarquer que ces dernières réactions sont souvent en rapport avec un état d'analgésie parfois très prononcé et sur lequel nous avons déjà insisté, état que ces réactions rendent conscient pour le malade, et qui dès lors devient pour lui une nouvelle preuve de son changement, de sa constitution spéciale.

Signalons enfin certaines formules qui se remarquent dans le langage tantôt monotone, tantôt pathétique de ces malades, les jurons, les blasphèmes dont ils émaillent souvent leurs lamentations. Il est à remarquer aussi que quelquefois ils n'emploient plus leur nom réel, que lorsqu'ils parlent de ce qu'ils étaient autrefois. D'un autre côté, si lorsqu'ils parlent du présent, ils emploient le pronom *je*, d'autres fois, ils se servent du pronom *il* ou d'un pronom indéfini, *cela* : « Cela (eux) n'existe plus ; cela est vide » ; ou d'une *périphrase*, comme la malade de Leuret qui se désignait par « la personne de moi-même ».

— Quel âge avez-vous ? demandions-nous à une de ces malades. — Qu'en sais-je ! Quand le monde s'est effondré, je croyais avoir 52 ans.

— Quel est votre nom ? — Je *me* *faisais* appeler M... je n'ai *plus* de nom ; je ne veux pas que l'on me donne celui de mes parents qui étaient honnêtes ; je l'ai déshonoré.

— Vous êtes mariée ? — Je vivais avec un nommé V.. que j'*appelais* mon mari, qui ne *pouvait pas* l'être (la malade est cependant mariée légitimement). Nous étions *censé* restés 28 ans ensemble, jusqu'à la fin du monde.

— Avez-vous des enfants ? — J'avais un fils que je *disais* le fils à V.. mais ce *n'était pas* son fils.

— Quel âge a-t-il ? — A ce moment-là (la fin du monde), il avait vingt-cinq ans ; *il est mort* comme tout le monde.

— Pourquoi semblez-vous aussi inquiète ? — Ah ! qu'*elle* est bête, qu'*elle* est bête, Cœlina (elle-même) : *elle* est damnée, *elle* a tué tout le monde... Sacré mille millions de milliards de Dieu!...

CHAPITRE II

—

ÉTUDE CLINIQUE.

ÉVOLUTION ET MARCHE CLINIQUE (FOLIE DES NÉGATIONS)

Nous venons d'étudier l'aspect symptomatique du délire des négations mélancolique à sa période d'état et dans tout son développement. Il nous reste maintenant à voir comment il arrive à se constituer, à étudier son évolution, ses aspects successifs.

Afin d'éviter toute confusion dans l'interprétation des faits, il est nécessaire de bien préciser que cette étude peut être faite à deux points de vue différents, l'un regardant l'évolution dans l'espace, le développement psychologique; l'autre l'évolution dans le temps, la marche clinique proprement dite.

Cotard a fait, de main de maître, l'étude psychologique du développement des idées de négation, montrant les associations naturelles qui reliaient entre elles les diverses idées délirantes

des mélancoliques anxieux. Nous ne pouvons faire mieux que de l'exposer d'après lui, car il n'y a guère à reprendre à son œuvre où il a montré toutes ses qualités de clinicien subtil et de psychologue érudit. S'il y a quelque objection à faire, ce n'est pas à son analyse des délires mélancoliques, c'est à l'interprétation qu'il en tire pour la délimitation du délire des négations, interprétation que nous aurons à discuter plus tard.

D'une façon générale, et quelle que soit la forme ou l'intensité de leur affection, les mélancoliques sont, dit-on, essentiellement négateurs. Voyons donc par quelles transitions successives les délires mélancoliques peuvent nous conduire au délire des négations confirmé.

Un des auteurs qui a peut-être le mieux étudié la mélancolie, Griesinger, insiste sur ces *dispositions négatives* dès le début de la maladie⁽¹⁾.

« L'humeur prend un caractère tout à fait *négatif*. Comme toutes les impressions, même les plus légères et qui naguère s'harmonisaient le mieux avec leur esprit, provoquent maintenant chez eux de la douleur, les malades ne peuvent plus se réjouir de rien, même des événements les plus heureux.

(1) GRIESINGER. — *Mal. Ment.*, Trad. fr. de Doumic, 1865.

Cette confusion que fait le malade entre ce changement subjectif des choses extérieures qui se produit en lui et leur changement objectif ou réel, est le commencement d'un état de rêve dans lequel, lorsqu'il arrive à un degré très élevé, il semble au malade que le monde réel s'est complètement évanoui, *a disparu* ou *est mort*, et qu'il ne reste plus qu'un monde imaginaire au milieu duquel il est tourmenté de se trouver.

Au commencement, le malade sent très bien le changement qui s'est produit dans son existence morale, dans tous ses penchants et dans ses affections... Il se plaint lui-même que ses sensations ne sont pas naturelles, qu'elles sont perverses, et quand son pessimisme s'est épuisé à chercher le mauvais côté des choses du monde extérieur, un nouveau sujet de douleur et de plaintes pour lui, c'est qu'il ne peut plus se réjouir de rien et qu'il est obligé de *tout nier* ».

Ce n'est encore là que la mélancolie sans délire, l'état d'hypocondrie morale où M. J. Falret signale aussi ces mêmes tendances à la négation des malades qui disent n'avoir plus ni cœur, ni sentiments, ni intelligence.

Ainsi donc, même dans les cas d'hypocondrie morale simple, on retrouve déjà une tendance évidente à la négation.

D'autre part, cette période est de règle au début de la mélancolie et c'est sur elle que vient

plus tard se greffer le délire. Voyons alors ce que deviennent nos tendances à la négation.

Disparaissent-elles alors ? Non, et bien loin de là, elles ne font que s'hypertrophier, et cela n'a rien qui doive nous étonner.

Il est admis généralement, en effet, que les idées fausses du mélancolique ne sont qu'une sorte d'interprétation de la disposition d'esprit dans laquelle il se trouve. Dès lors, il n'y a rien que de naturel à ce qu'elles participent de son caractère négatif, même lorsqu'elles se présentent sous la forme la plus habituelle du délire mélancolique.

Les idées d'humilité, de culpabilité, de ruine qui sont ordinaires en pareils cas semblent être un délire négatif de même nature. « En même temps que ses richesses morales et intellectuelles, le malade croit avoir perdu sa fortune matérielle, il n'a plus rien de ce qui fait l'orgueil de l'homme, ni intelligence, ni énergie, ni fortune » (Cotard).

Entre les états d'hypocondrie morale et les affections mélancoliques avec idées de culpabilité, de ruine, de damnation, de négation systématisée, il paraît n'y avoir qu'une différence de degré. Il y a de l'un à l'autre une progression continue en intensité. L'hypocondrie morale est une ébauche dont il suffit d'accentuer les traits et de forcer les ombres pour achever le ta-

bleau de ces dernières formes de mélancolie » (Cotard).

Le délire des négations se retrouve donc, ne fût-ce qu'en germe, dans tout état de mélancolie. Aussi pourrait-on donner à de tels faits envisagés dans leur ensemble le nom de *Folie des négations*.

Justifiée au point de vue du psychologue, cette appellation n'aurait toutefois sa raison d'être, au point de vue clinique, que si elle s'appliquait aux seuls faits de délire des négations confirmé dans la mélancolie et par opposition à ceux dans lesquels le délire des négations, même systématisé, se rencontre au cours d'autres formes mentales, ne présentant pas dès leur origine les mêmes tendances négatives et que nous examinerons par la suite.

Ce serait, au contraire, une généralisation non justifiée que de se fonder sur les dispositions négatives de tous les mélancoliques pour les grouper tous sous l'étiquette de folie des négations, même dans les cas où le délire ne se formule pas d'une manière caractéristique, et qui seraient par suite considérées comme des « formes légères ou atténuées ».

Si nous insistons sur ce point, c'est que Cotard lui-même nous semble avoir commis cette confusion. Prise dans cette dernière acception, la folie des négations se trouve ainsi englober

toute la mélancolie; et cette généralisation est tout aussi exagérée que l'opinion inverse qui refuse aux cas où le délire des négations arrive à se formuler, une importance quelconque, sous le prétexte que tous les mélancoliques sont plus ou moins des négateurs. On ne doit pas dire que les différents délires mélancoliques sont des formes de la folie des négations, mais bien que la folie des négations n'est qu'une forme de la mélancolie.

Les considérations précédentes sur l'évolution psychologique du délire de négation mélancolique trouvent un point d'appui dans certaines observations cliniques où l'on remarque aussi cette gradation successive dans l'apparition des conceptions délirantes, hypocondrie morale, délire mélancolique habituel, délire des négations confirmé, délire d'énormité, idées de grandeur.

Bien que nous ayons pu observer des cas de ce genre, nous ne croyons pas que l'on soit autorisé pour cela à décrire à la maladie une marche clinique progressive; et c'est à tort, il nous semble, que l'on a cherché, en exagérant après coup les idées de Cotard, à faire du délire des négations une maladie spéciale, en tous points comparable au délire des persécutions par sa marche progressive. En traçant l'évolution du délire des négations, Cotard paraît, en effet, avoir eu surtout pour objectif de montrer l'origine et le dé-

veloppement psychologique de ce délire spécial, beaucoup plus que de tracer les étapes progressives de sa marche clinique. Le parallèle qu'il établit entre son délire des négations et le délire des persécutions est essentiellement symptomatique; et lorsqu'il compare la marche, il se borne, somme toute, à dire que rémittente ou continue avec paroxysmes chez le persécuté, elle est d'abord franchement intermittente, puis continue chez les négateurs.

Si l'on cherche à tracer la marche clinique, il importe tout d'abord de voir comment est constitué l'ensemble symptomatique, ce que nous avons appelé le syndrome de Cotard. Parmi ses éléments constitutifs, il en est qui n'ont absolument rien de particulier et ne sont que des symptômes très ordinaires aux formes mélancoliques habituelles; et il n'y a guère que les idées de négation et d'énormité, qui, tout en partageant les caractères généraux du délire, donnent en quelque sorte au syndrome sa physionomie particulière. Or, ce syndrome, dans les cas typiques, n'est pas complet d'emblée, et ce sont les symptômes mélancoliques ordinaires qui apparaissent les premiers. Le délire des négations ne se montre souvent que plus tard, parfois à une phase déjà avancée de la maladie et se trouve précédé par un ou plusieurs accès de mélancolie commune. Et c'est ainsi qu'au début, la marche de la ma-

ladie dans son ensemble peut être intermittente.

La forme clinique des accès mélancoliques importe peu d'ailleurs et ce délire de négation apparaît aussi bien au cours de la mélancolie dépressive qu'au cours de la mélancolie anxieuse. Quelque différentes que soient ces deux formes dans leurs manifestations extérieures, on ne peut se refuser à leur reconnaître une analogie frappante ; et la dépression, l'anxiété se succèdent souvent chez le même malade sans modifier le délire. D'ailleurs, la dépression n'exclut pas l'anxiété ; seulement elle ne se traduit pas au-dehors par cette agitation physique qui, portée à l'extrême, fait souvent ressembler le mélancolique à un véritable maniaque. Au fond, se cache toujours un état d'inquiétude morale plus ou moins accentué et qui atteint son maximum dans ces cas de stupeur qui, sous une apparence d'immobilité, d'inertie extrême, résultent d'un état de délire anxieux intérieur tellement profond qu'il accable le malade et lui enlève même toute apparence de réaction extérieure.

Nous avons vu précédemment que le délire des négations devenait parfois universel.

De nouvelles idées délirantes peuvent alors venir s'ajouter aux premières, constituant ce délire pseudo-mégalomaniacal que nous avons étudié sous le nom de délire d'énormité,

Plus tard, dans des cas très chroniques, peuvent apparaître de véritables idées de grandeur.

Cet état de chronicité peut durer de longues années, pour aboutir enfin à la démence terminale dans laquelle le malade garde souvent quelques traits de son ancien délire, notamment la résistance systématique, la folie d'opposition.

Telle est l'évolution clinique du syndrome de Cotard. Ajoutons que, souvent jusqu'à l'apparition des idées de négation, la marche générale de la maladie se trouve être celle de toutes les vésanies d'accès, c'est-à-dire qu'elle revêt une allure intermittente. Mais lorsque sont apparues les conceptions délirantes de négation systématisées, les intermittences tendent à disparaître, les rémissions se font même rares et la marche tend à devenir continue.

Il résulte de ces diverses considérations que le délire des négations de Cotard n'est nullement une entité morbide spéciale. L'ensemble des symptômes que Cotard a mis en relief ne constitue qu'un syndrome, dont plusieurs éléments n'ont rien de caractéristique; et tant qu'ils existent seuls, la maladie conserve, comme symptômes et comme marche, l'aspect clinique ordinaire de la forme de mélancolie à laquelle elle se rattache. Ce n'est qu'à l'apparition des idées de négation que le syndrome se trouve vraiment constitué et que la marche de l'affection peut se

modifier; et c'est ainsi que le délire des négations, ou le syndrome qu'il caractérise, n'est pas une maladie, mais représente seulement un état spécial à certains mélancoliques, état grave ayant le plus ordinairement la signification du passage à la chronicité, pouvant dès lors rentrer dans la catégorie des délires systématisés survenant dans la période de chronicité des états psychoneurotiques et rangés sous la dénomination générale de *paranoia* ou *Verrucktheit secondaire*.

Cette opinion, que nous avons toujours exprimée, et qui est partagée par la plupart des auteurs, est également celle qu'avait formulée Cotard, malgré d'apparentes contradictions.

Dans son premier travail, il attire l'attention sur certains cas de lypémanie anxieuse s'accompagnant d'un délire hypocondriaque particulier, dont il donne les caractères que nous avons énumérés. Il se borne à conclure que le syndrome délirant qu'il étudie semble marquer le passage de la maladie à l'état chronique; on aurait alors affaire à une forme grave de mélancolie anxieuse.

Son opinion exacte se dégage ici parfaitement; plus tard elle devient plus obscure, mais en réalité elle n'a pas changé.

Dans son deuxième travail (*Délire des négations*) il n'ajoute pas grand chose à la constitu-

tion même de son syndrome, mais il étudie l'évolution antérieure de la maladie dans ces cas. C'est ainsi qu'il arrive, par une analyse très serrée, à établir cette gradation psychologique qui va de l'hypocondrie morale jusqu'au délire hypocondriaque le plus excessif et le plus absurde ; et qu'il montre, qu'en fait, le délire des négations non formulé existe en germe, sous forme de disposition négative, dans l'hypocondrie morale, que les délires mélancoliques ordinaires de ruine, de culpabilité, eux aussi, ont un caractère négatif. Aussi ce sont là pour lui « les formes légères ». C'est ainsi qu'il arrive à établir « cette évolution délirante spéciale » qui constitue, comme il le dit, la « folie des négations », réservant plus particulièrement le nom de « délire des négations » aux cas où l'on arrive à observer le syndrome décrit dans le premier Mémoire. Dès lors, s'évanouit l'apparente contradiction existant entre ces deux mémoires, car si la « folie des négations » peut constituer pour lui une véritable maladie, distincte par son caractère et son évolution, ce qui, pris dans ce sens, est, nous l'avons vu, une généralisation exagérée, le « délire des négations » confirmé reste toujours un état de chronicité spécial à certains mélancoliques dont la maladie est devenue continue.

Il est bien difficile de dire d'après cela, comme

l'ont cru certains auteurs, que Cotard ait voulu faire une entité de ce délire des négations.

D'ailleurs, dans un travail postérieur, il re-parle de cet *état psychique propre aux anxieux chroniques*, caractérisé principalement par la négation de l'existence des objets extérieurs ou de la personnalité du malade lui-même, et son travail est intitulé « Perte de la vision mentale dans la *mélancolie anxieuse* ».

Nous croyons utile de rapporter ici, très brièvement résumée, l'observation suivante qui rend bien compte de ce qu'est, au point de vue clinique, la mélancolie avec délire des négations (1).

Madame A..., âgée de 38 ans, issue d'une famille dont plusieurs membres ont souffert de troubles mentaux, ayant eu elle-même des convulsions dans l'enfance, fut prise en 1870 d'un premier accès de mélancolie commune avec crainte de la ruine, découragement, désespoir, apathie, troubles de la sensibilité, trois tentatives de suicide. Cet accès disparut au bout de quelques mois. Dix ans après environ, nouvel accès anxieux; mêmes idées délirantes, impulsions à l'homicide, quatrième tentative de suicide; guérison. Plus tard, troisième accès de mélancolie anxieuse avec idées de culpabilité, craintes de supplices, idées de damnation, premières idées

(1) J. SÉGLAS. — *Arch. de Neur.* 1884.

de négation, idée d'immortalité douloureuse; hallucinations auditives élémentaires, hallucinations motrices; cinquième tentative de suicide. Rémission légère au bout de quelques mois: retour des mêmes idées plus développées, sixième tentative de suicide. Idées de négation généralisées: son corps est changé, elle n'a plus d'organes; elle les a sentis s'en aller successivement et se remplacer par des nerfs; elle n'est pas en chair de monde; elle n'a plus de sentiments, pas même d'âme; il n'y a plus de religion, de prêtres, de Dieu bon et miséricordieux. Elle est maudite parce qu'elle a commis le péché de la chair. Elle est la femme apocalyptique, la cause des malheurs du monde. Satan s'est incarné en elle et c'est elle qui a tenté Ève, sous la forme du serpent. Elle est immortelle, l'insuccès de ses tentatives de suicide le prouve; et elle est condamnée à expier jusqu'à la fin des siècles sa faute et les crimes du genre humain. Troubles variés de la sensibilité; anxiété caractéristique.

CHAPITRE III

ÉTUDE PSYCHOLOGIQUE

Le délire des négations (type Cotard) procède de la mélancolie. Aussi, pour bien comprendre son origine et sa signification psychologique, nous paraît-il indispensable d'examiner d'abord, à ce même point de vue, l'état psychopathique qui constitue la mélancolie.

1. Origine du délire de négation. — Ce n'est pas ici le lieu d'exposer en détail la symptomatologie de la mélancolie et de ses formes variées, que l'on peut trouver décrite dans tout bon traité de psychiâtrie. Rappelons seulement qu'il est généralement admis aujourd'hui que le délire mélancolique, quelle qu'en soit la formule, n'est qu'un symptôme secondaire et comme importance et comme développement. En effet, il y a des cas de mélancolie dans lesquels il n'y a pas de délire; d'un autre côté, même dans les cas de mélancolie délirante, le délire n'apparaît pas tout de suite, et lorsqu'il se

montre, il ne représente qu'une tentative d'explication, de la part du malade, d'autres symptômes plus profonds, primordiaux, qui se résument dans les désordres émotionnels et volontaires, dans la douleur morale et les troubles psychomoteurs.

Quelle explication peut-on donner de cette *douleur morale* qui semble surgir d'emblée dans la conscience du mélancolique et qui finit par l'envahir tout entière ? (1)

Ordinairement, on tente de l'expliquer par un trouble de nutrition de la totalité ou d'une partie du système nerveux. Telle est l'opinion de Krafft-Ebing, qui pense qu'il s'agit alors d'un processus analogue à celui qui se produit dans un nerf sensitif en proie à un trouble pathologique de nutrition et réagissant sous forme de névralgie. Les sentiments et les idées sont fonctions spécifiques de l'écorce cérébrale, les troubles de nutrition qui viennent à s'y produire donnent lieu à la douleur psychique (névralgie psychique).

Schuele fait jouer un rôle important au système vaso-moteur dans la mélancolie, que Meynert, de son côté, regarde comme une névrose du centre vaso-moteur.

(1) J. SÉGLAS. — *Arch. de Neur.* 1892, et *De la mélancolie sans délire (Bull. méd. n° 30, 1894).*

G. DUMAS. — *Thèse, Paris, 1874.*

Quelque valeur que l'on puisse attribuer à ces hypothèses en elles-mêmes, il faut bien convenir qu'elles sont parfaitement incomplètes.

Jusqu'ici la plupart des aliénistes, en cherchant la raison des diverses formes de la folie, se sont surtout préoccupés du système nerveux, parfois même du cerveau seul, sans prendre garde qu'il est lié au reste de l'organisme par des rapports tellement intimes qu'il peut ressentir le contre-coup de ses plus minimes modifications.

C'est surtout dans les formes dites psychoneurotiques de l'aliénation mentale que l'étude de toutes les fonctions doit être faite attentivement; et lorsque l'on cherche à s'éclairer sur la genèse de la douleur morale dans la mélancolie, il importe de tenir compte non seulement du système nerveux, mais de l'état général de tout l'organisme.

En effet, il est un fait clinique bien établi, c'est que dans la mélancolie tout l'organisme est atteint. Les différentes fonctions n'ont plus leur régularité habituelle, la nutrition générale languit, et cela, non seulement à la période d'état de la maladie, mais même dès le début; et si l'on y fait attention, ce sont là, comme nous l'avons déjà dit, les premiers symptômes de la maladie.

Le plus généralement, en effet, la mélancolie vraie n'éclate qu'après une période d'incubation,

souvent assez longue, durant parfois des semaines ou même des mois. Il est donc nécessaire de se renseigner le plus exactement possible sur le mode de début de l'affection, d'étudier dans ses détails la période prodromique, pour avoir ainsi des renseignements complets sur l'origine de la maladie, sur la genèse des conceptions délirantes, sur le rapport des différents symptômes les uns avec les autres, et sur la marche totale de la maladie.

Si l'on reconstitue de cette façon l'histoire pathologique des mélancoliques que l'on observe, on s'aperçoit que, dans l'immense majorité des cas de mélancolie, les troubles intellectuels, même les plus simples, ont été précédés de symptômes physiques, souvent même assez accentués, et dénotant, dans leur ensemble, d'une manière générale, une anomalie de nutrition, un état d'anémie prononcé et d'épuisement nerveux parfois déjà considérable. Cela n'a en somme rien d'extraordinaire, si l'on se reporte à l'étude des causes de la maladie; et c'est à juste raison que Marcé⁽¹⁾ a fait ressortir l'analogie qui existe ici entre la nature de la cause et la nature de la maladie.

En effet, en dehors des causes communes à

(1) MARCÉ. — *Traité pratique des maladies mentales*, 1862, p. 313.

toutes les affections mentales, il en est quelques-unes qui sont plus spéciales aux affections mélancoliques. D'une façon générale, elles sont de nature déprimante, aussi bien au physique qu'au moral, et ont pour résultat de déterminer un état de faiblesse, d'épuisement, qui fait partie intégrante de la maladie. Car il en marque le début, il reste le fondement même de la maladie pendant toute sa durée, s'effaçant parfois devant les troubles psychiques, parfois au contraire prenant un tel développement qu'il est seul constatable à l'examen clinique pendant cette période ; souvent enfin, il persiste après la disparition des troubles psychiques, marquant la période de déclin comme il avait marqué celle de début.

Ces troubles physiques du début offrent de nombreuses analogies avec ceux de la neurasthénie. Ceux qui frappent le plus les malades et dont ils se plaignent dès l'abord, sont une courbature générale, un mal de reins, de la faiblesse des jambes, une sensation de fatigue pour le moindre effort, une dépression motrice profonde. On peut rencontrer aussi des sensations douloureuses, vagues, dans les différentes parties du corps, de la céphalalgie, une sensation de vide dans la tête, des battements dans les tempes, des bruits dans les oreilles, des sensations internes anormales, des troubles viscéraux.

Du côté de la circulation, on note souvent des palpitations cardiaques, une sorte d'angoisse précordiale, des souffles anémiques, cardiaques et vasculaires, des troubles vaso-moteurs. Pour le système digestif, on peut constater la perte de l'appétit, de la paresse des digestions, de la constipation, des phénomènes d'auto-intoxication.

Les fonctions génitales sont également atteintes. Chez l'homme, il y a une diminution parfois très notable de la puissance génésique; chez la femme, les règles sont irrégulières, abondantes, ou bien l'on note de l'aménorrhée ou de la leucorrhée. Le sommeil est également troublé; ou bien ces malades perdent totalement le sommeil, ou d'une façon irrégulière, ou encore ils sont toujours somnolents. La nutrition générale est souvent atteinte et l'on peut constater un amaigrissement très sensible, une diminution de poids notable.

L'analyse des urines révèle aussi des modifications de la nutrition. Il en est de même de l'examen du sang, et les altérations de sa composition chimique ne sont peut-être pas sans agir directement sur les éléments nerveux.

Ces phénomènes si variés ne sont pas sans retentir sur les fonctions psychiques. Ils se résument dans la conscience en une sensation vague de malaise général, de sentiment douloureux

corporel qui crée chez le malade une nouvelle habitude physique.

Il faut bien admettre, en effet, que dans le tableau de nos représentations mentales, quelque chose correspond à notre corps, à nos viscères, à leur fonctionnement et que ce quelque chose peut s'altérer.

On a donné le nom de *cénesthésie*, *sens de l'existence*, au sentiment général que nous avons de l'existence de notre corps, sentiment qui, à l'état normal, s'accompagne d'un certain bien-être. C'est, comme le dit Henle, la somme, le chaos non débrouillé des sensations qui, de tous les points du corps, sont sans cesse transmises au sensorium.

Dans une note de son édition des *Rapports du physique et du moral* de Cabanis, Peisse réfute la théorie de Jouffroy : que nous n'avons aucune conscience de l'exercice des fonctions organiques, et décrit d'une façon des plus exactes cette conscience organique qui constitue ce que Condillac appelait le sentiment de l'existence et Maine de Biran le sentiment de l'existence sensitive.

Depuis cette époque (1845), physiologistes et psychologues ont cherché à étudier les éléments de ce sens général du corps, de la *cénesthésie*. Ils ont déterminé ce qu'apporte chaque fonction vitale et montré combien est complexe ce senti

ment confus qui, par une répétition incessante, est devenu nous-même, et que, par suite, nous ne pouvons connaître que par les variations qui l'élèvent au-dessus ou l'abaissent au-dessous de la normale.

Nous n'avons pas à faire ici l'étude détaillée de ces fonctions vitales et de leur apport psychique, il nous suffira de la résumer.

C'est ainsi que nous avons d'abord les sensations organiques liées à la respiration, comme le sentiment de bien-être à l'air pur, la suffocation dans un air vicié; celles qui viennent du canal alimentaire; d'autres plus générales liées à l'état de la nutrition; l'état de la circulation générale et locale dont l'influence psychologique est peut-être la plus grande, dont les variations importent le plus d'un individu à un autre et suivant les divers moments, chez le même individu; les sensations organiques qui viennent de l'état des muscles, le sentiment de fatigue ou son contraire; le groupe des sensations musculaires qui, associées aux sensations externes de la vue et du toucher, jouent un si grand rôle dans la formation de nos connaissances; les sensations organiques dues à l'appareil génital, etc.

Par suite des modifications survenant dans le fonctionnement des appareils organiques dans la mélancolie, et que nous avons signalées plus haut, on comprend aisément combien de sensa-

tions diverses et nouvelles doivent venir modifier le complexus habituel cénesthétique.

De plus, par suite de l'état particulier des centres nerveux qui, eux aussi, participent à la souffrance générale de tout l'organisme, c'est surtout dans leur élaboration cérébrale que les diverses sensations se transforment et s'altèrent. Les images intérieures, ainsi que le dit Cotard, modifiées, déformées ou oblitérées, par suite d'un état maladif des régions correspondantes de l'écorce cérébrale, ne sont plus adéquates à leurs excitants normaux, et les impressions, même régulièrement transmises, ne produisent plus que des sensations alarmantes par leur étrangeté.

Comme tout état nouveau doit l'être, l'affaiblissement général de l'organisme du mélancolique est perçu par la conscience. L'état cénesthétique normal de bien-être produit par le consensus harmonique des sensations organiques, fait place, l'équilibre une fois rompu, à un nouvel état cénesthétique pénible ; état de malaise général le plus souvent et parfois avec quelques localisations plus précises.

« L'effet d'un organe faible ou malade dérange le ton psychique et se traduit dans le cerveau par une irritabilité excessive, ou une disposition à l'émotion, en résumé, par un état de malaise psychique (Maudsley) » (1).

(1) MAUDSLEY. — *Physiologie de l'esprit*, p. 346.

C'est la source d'une série de raisonnements inconscients aboutissant, en dernier terme, à un jugement confus mais défavorable sur la constitution physique et psychique, dont le ton semble abaissé au malade.

En effet, soit dans l'état de santé, soit dans l'état de maladie, les sensations organiques, lorsqu'elles arrivent à être perçues par la conscience, ne produisent pas ordinairement au début de nouvelles idées claires et nettes; elles donnent, au contraire, naissance à ces modifications vagues et indéterminées de l'intelligence que l'on désigne sous le nom de *sentiments* et d'*émotions*. Aussi a-t-on pu dire qu'elles étaient la base de notre nature affective (Maudsley).

Nous avons le plus évident exemple de cette influence dans les effets du développement fonctionnel des organes génitaux. Leur entrée en scène au moment de la puberté produit une révolution complète dans la manière de sentir de l'individu qui devient susceptible de sentiments, d'émotions, auxquelles il était jusqu'alors indifférent.

De plus, il s'établit des connexions étroites entre ces sensations organiques, cet état cénesthétique et les diverses opérations mentales. C'est ainsi que, tout d'abord, la rapidité dans la succession des idées, le mode de leur enchaînement sont modifiés par les impressions organiques qui

se combinent avec le mouvement des pensées et des sentiments, « tantôt comme le balancier d'une machine qui augmente le mouvement qu'il a reçu, tantôt au contraire comme un poids très lourd qui entraîne et empêche complètement le mouvement » (Griesinger).

Les modifications de ces *mouvements internes* de la pensée constituent justement les premiers troubles intellectuels que l'on rencontre chez les mélancoliques et qui intéressent ainsi le côté *psycho-moteur* de la vie psychique.

Ces lésions psycho-motrices, peu accentuées en général au début, ne se manifestent pas seulement par les réactions diverses de l'activité motrice saisissables objectivement au premier abord, mais intéressent les manifestations intimes de la pensée et nécessitent une analyse très attentive. Elles n'en sont pas moins très importantes, constituant le fond même de l'état mental et le premier degré des désordres qui deviendront plus tard très manifestes.

Avant de rechercher comment ces désordres se traduisent chez le mélancolique, il est bon de rappeler que, dans le tableau de nos représentations ou images mentales, il en est de sensorielles et de motrices.

Rien ne semble plus aisé que de les distinguer, si l'on s'en rapporte au schéma courant de l'aphasie ; mais, en réalité, la question est beaucoup

plus ardue. Car, s'il existe des différences de combinaison dans la constitution des images verbales, pouvant donner lieu aux différents types, moteur ou sensitifs, au fond dans chaque espèce d'image on retrouve le double élément moteur et sensitif; et de plus, malgré leur indépendance très relative, les différentes images verbales sont connexes et s'évoquent réciproquement. L'étude des troubles aphasiques et des hallucinations verbales ne laisse aucun doute à cet égard ⁽¹⁾.

Il en est de même pour les représentations mentales d'objets ou d'actes.

La perception suppose des phénomènes moteurs dont les résidus restent attachés à l'image sensible, et les images motrices s'accompagnent souvent d'une autre image sensorielle, comme l'image visuelle du mouvement à accomplir ou des objets que l'acte concerne.

D'un autre côté, nous exerçons sur les images sensorielles elles-mêmes un pouvoir moteur; nous pouvons les évoquer, les grouper, les mouvoir, les modifier à notre guise.

De plus, il y a une motilité automatique de ces mêmes images, qui, indépendamment et souvent même malgré tout effort volontaire,

(1) J. SÉGLAS. — *Les troubles du langage chez les aliénés*, 1892 et *Coexistence, associations et combinaisons hallucinatoires*, in: *Journ. des conn. méd.*, 1894.

apparaissent dans notre esprit, s'imposent malgré nous, se combinent en vertu d'une activité motrice spéciale, automatique, qui leur est propre.

Il résulte de cela, ainsi que l'avait déjà dit Maine de Biran, que la reproduction des idées est soumise à deux forces, l'une volontaire et libre, l'autre aveugle et spontanée.

C'est sous ces deux faces que se présentent, dès le début, dans leur ensemble, les troubles psycho-moteurs chez le mélancolique.

77
Le travail volontaire le plus élémentaire de l'esprit est sans contredit l'exercice volontaire de l'attention. Or, il est remarquable de voir combien cette faculté est atteinte dans ce sens, et dès le début de la maladie, chez le mélancolique, qui constate lui-même ne plus pouvoir fixer son esprit sur rien, s'occuper d'une façon déterminée, comprendre quoi que ce soit, et qui se plaint d'avoir perdu le pouvoir de diriger ses pensées. C'est là un fait qu'il est facile de vérifier, à propos de la perception externe chez les mélancoliques.

Nous avons vu tout à l'heure les modifications survenues dans la perception interne ou corporelle par suite des troubles du sens cénesthétique. Qu'advient-il de la perception extérieure ?

(1) J. SÉGLAS. — *Loc. cit.* et *Du mutisme mélancolique* (Ann. méd. psych., 1891).

Pour percevoir un objet, il est nécessaire de synthétiser les différentes images résultant des sensations diverses qu'il détermine, et de les mettre ensuite en relation avec l'ensemble des autres idées déjà acquises. Or, pour les choses très simples même, on s'aperçoit bien vite de l'incertitude des perceptions des objets chez certains mélancoliques, qui, lorsqu'on leur demande quels sont ces objets, finissent par les nommer, mais en ajoutant toujours : « Je crois, il me semble ».

Cette difficulté de fixer l'attention, cet affaiblissement du pouvoir de synthèse mentale est encore plus évident lorsqu'on cherche à faire lire le malade.

Nous avons rapporté à ce propos un certain nombre d'observations montrant que ces malades, même lorsqu'ils n'ont pas d'amnésie verbale, et qu'ils comprennent le sens des mots en détails, ne comprennent que difficilement, parfois pas du tout, le sens des phrases. Ce n'est que lorsqu'on leur a donné le sens général de la phrase, en un mot quand on a fait pour eux cette même synthèse, qu'ils peuvent donner la signification de la phrase et la retenir. Nous pensons même que c'est là, dans quelques cas, une cause du mutisme que gardent parfois ces malades.

On doit remarquer d'ailleurs que, plus l'on insiste, plus la synthèse mentale devient difficile,

par suite de la fatigue rapide de l'attention volontaire.

Un autre fait qui met encore en lumière ce défaut de synthèse, c'est que les malades qui ont un souvenir très net des faits antérieurs à leur maladie, ne se rappellent que moins bien les événements suivants. Cette amnésie mélancolique, que la clinique révèle, n'a rien d'étonnant, car les synthèses mentales seules qui ont été nettes dans la conscience, peuvent se conserver et se reproduire. On ne retient que ce que l'on a compris.

Il peut arriver, en effet, que l'on constate aussi chez le mélancolique des troubles de la mémoire. Sans doute parfois, il peut s'agir d'amnésies transitoires, comme dans ces cas rapportés par nous, où l'on notait des symptômes de migraine ophthalmique accompagnée ; mais parfois aussi les images mentales étant conservées, il s'agit surtout d'une impossibilité pour les malades de les évoquer, comme dans les cas où ils semblent avoir, en lisant, de l'amnésie de certains mots, qu'ils ne peuvent d'abord et n'arrivent à épeler que si on les prononce ou si on les explique devant eux.

La perte de la vision mentale, signalée par Cotard chez ses négateurs, s'expliquerait de cette façon, par une impossibilité de grouper, en se les identifiant, les images mentales, par une sorte de

paralysie psychique aussi bien que par une amnésie sensorielle à laquelle on est d'abord porté à l'attribuer.

La lenteur de l'idéation, la monotonie des idées sont encore des phénomènes du même ordre, qui dénotent la difficulté de synthèse mentale, la perte de cette activité mentale qui préside aux opérations de la pensée.

Il en est de même aussi de la lenteur et de l'indécision des mouvements. Faire la synthèse des images motrices nécessaires à l'accomplissement d'un mouvement déterminé est un effort très pénible pour le malade qui ne s'y résigne qu'avec peine (aboulie). C'est le même phénomène que pour la perception extérieure; perception extérieure et volition des mouvements sont des opérations mentales identiques. Dans les deux cas, il s'agit de synthétiser et de mettre en relation avec les acquisitions antérieures, des éléments psychologiques de même nature, images visuelles et kinesthétiques.

Il est à remarquer que ces troubles de la perception, du mouvement, dus à un défaut de synthèse, ne se produisent guère qu'à l'occasion de faits nouveaux. Pour les mouvements en particulier, on constate que le malade fait beaucoup plus volontiers et plus facilement ceux qui lui sont familiers. C'est que, quand la synthèse a été faite d'une manière quelconque, elle se ré-

pète ensuite presque automatiquement : « Les éléments n'ont plus besoin d'être liés, ils le sont déjà ; il ne s'agit plus d'une synthèse, mais d'une association d'idées, opérations différentes et qu'il importe de distinguer » (1).

Chez le mélancolique, au début, l'association des idées participe au trouble général des opérations intellectuelles. Les idées du malade abandonné à lui-même se suivent lentement, tournent toujours dans le même cercle monotone. Cependant, il est un trouble de l'association des idées, assez fréquent dans ces cas, résultant justement du défaut de synthèse et révélant un nouveau côté de l'activité de l'esprit, le côté automatique, qu'il importe de signaler ; c'est le développement de l'association *par contraste*. C'est là, en quelque sorte, l'état embryonnaire d'idées que l'on rencontre fréquemment chez les négateurs (idées de damnation et de possession).

La loi de contraste peut se formuler ainsi : « Un état psychique tend à être accompagné (contraste simultané) ou suivi (contraste successif) d'un état qui lui est opposé, qui est, au moins à certains égards, son contraire » (Paulhan) (1).

(1) P. JANET. — *Sur un cas d'aboulie et d'idées fixes*. (Revue philosophique, nos 3 et 4, 1891).

(2) PAULHAN. — *L'activité mentale*. 1889.

Sans insister sur ces idées de contraste dans le jeu normal de toutes nos opérations intellectuelles, et envisageant surtout le contraste simultané, rappelons que les idées contrastantes se produisent chaque fois qu'il s'établit une certaine lutte dans l'esprit, chaque fois que des éléments psychiques tendent à être séparés d'un système auquel ils sont joints habituellement, pour être incorporés à un autre système. Cela arrive d'autant plus facilement que la systématisation générale est moins parfaite et que le pouvoir d'arrêt diminue.

Or, nous avons vu combien la synthèse mentale était difficile chez le mélancolique et combien étaient déjà accentués chez lui les troubles élémentaires de la volonté, la diminution, la fatigue rapide de l'attention volontaire qui va toujours de pair avec celle du pouvoir moteur et qui consiste surtout en une action d'arrêt. Cette attention volontaire diminuant, il s'ensuit qu'il y aura au contraire production de phénomènes automatiques, qui sont la condition première des interprétations délirantes dans l'avenir, et qui se présentent parfois avec une allure mobile, changeante (mentisme), le plus souvent sous un aspect monotone fixant l'attention spontanée du malade (idée fixe).

Il n'est donc pas étonnant que les phénomènes de *contraste psychique* soient si fréquents chez

les mélancoliques même au début ; c'est à eux qu'il faut rapporter cette lutte intérieure dont ils se plaignent, ces contradictions, ce « mélange des idées », comme disent quelques-uns, ce fait de voir « du pour et du contre dans tout ». C'est à cela aussi qu'il faut rapporter pour beaucoup l'incertitude de leurs perceptions nouvelles, sans aller cependant avec M. Paulhan jusqu'à croire que ce sont leurs perceptions actuelles qui suscitent une idée de contraste, laquelle provoquerait chez eux la négation du monde extérieur.

Dans cette lutte intérieure, dans ce *mélange* des idées, on trouve deux synthèses mentales en présence, l'une volontaire mais que l'affaiblissement de l'activité intellectuelle ne rend jamais assez complète pour s'approprier assez d'éléments d'un côté, inhiber de l'autre les tendances adverses et régner seule en maîtresse dans la conscience ; l'autre, par cela même, involontaire, automatique, s'installant en face de la première sur laquelle elle peut même prendre le pas. C'est là, en somme, un fait de désagrégation de la personnalité, un premier symptôme de ce dédoublement qui s'accentuera par la suite, ainsi que nous le verrons tout à l'heure, et que le malade reprend pour le traduire au maximum par des idées de possession.

La conversation mentale très fréquente chez les mélancoliques au début, qui causent en eux-

mêmes, discutant le pour et le contre, sans jamais conclure, est un phénomène de ce genre, ayant la même signification, susceptible de la même explication. Il est à remarquer que cette conversation mentale, ainsi que nous l'avons déjà indiqué autre part, semble se faire surtout à l'aide d'images motrices, constituant ainsi le premier degré de ces troubles moteurs de la fonction langage, qui sont l'hallucination verbale motrice et l'impulsion verbale et que l'on retrouve se développant par la suite de l'affection.

En résumé, les premiers troubles des opérations intellectuelles consistent dans une diminution de l'exercice volontaire des facultés, (arrêt psychique, aboulie), et dans une exagération de leur fonctionnement automatique, manifestation d'une désagrégation de la personnalité.

C'est là une nouvelle cause, peut-être la plus puissante, de la douleur morale. Ces troubles intellectuels qui peuvent se rencontrer dans d'autres circonstances sans être accompagnés de douleur morale, dans la confusion mentale, par exemple, présentent ici un fait particulier. C'est que, tout en gardant leur caractère d'acuité, ils s'installent progressivement en quelque sorte, ce qui permet au malade de s'en rendre compte, d'avoir conscience du changement survenu dans son individualité psychique. Et c'est ainsi jus-

tement qu'ils peuvent aboutir à la douleur morale.

Ainsi que l'avait fort bien dit Griesinger, toutes les circonstances qui troublent la succession et l'enchaînement des idées qui représentent le moi et par conséquent qui entravent la liberté du moi, peuvent engendrer la douleur morale, qui est constituée par la conscience de ce dérangement survenu dans la marche normale de la pensée.

L'étude clinique de la genèse de la douleur morale chez le mélancolique nous amène donc à des conclusions conformes avec les résultats expérimentaux. D'abord, c'est qu'elle résulte de la production d'un nouvel état cénesthétique pénible et de troubles intellectuels psycho-moteurs se résumant dans une diminution de l'activité intellectuelle volontaire. Si bien que la douleur morale, de même que la sensation de déplaisir, se réduit à un sentiment d'impuissance (Féré) (1).

D'un autre côté, la notation des premiers troubles cénesthétiques qui lui ont donné naissance, cet état cénesthétique pénible s'accompagnant d'une diminution de l'activité psychique, est un fait clinique d'accord avec les faits expérimentaux montrant que « l'excitation venant du grand sympathique détermine une angoisse

(1) Ch. FÉRÉ. — *Sensation et mouvement*, 1887.

et une dépression profonde et paralyse l'activité psychique » (Ch. Richet) ⁽¹⁾.

Enfin, remarquons qu'au point de vue de sa nature physiologique, la douleur morale du mélancolique se présente sous les trois formes reconnues par les physiologistes dans le classement et la pathogénie des douleurs physiques et morales, très comparables entre elles : douleurs de fatigue, d'arrêt, d'inaction ⁽²⁾. Toutes résultent des troubles psycho-moteurs, fondement psychopathique de la mélancolie. L'exercice volontaire des facultés est pénible et ne peut se prolonger chez le mélancolique. D'un autre côté, l'attention volontaire n'exerce plus son pouvoir d'arrêt ; des phénomènes d'automatisme se produisent alors, que le malade voudrait enrayer parfois, ce à quoi justement il ne peut parvenir par suite de la faiblesse de sa volonté, qui le condamne à l'inaction et à l'automatisme de la pensée.

Cette douleur morale d'origine psycho-motrice, cette dépression douloureuse, comme dit Schuele, est le symptôme le plus frappant de la maladie : « Le malade est en proie à une douleur infinie ; il ne se sent plus maître de sa volonté, de son intelligence ; ne peut s'expliquer

(1) CH. RICHT. — *L'homme et l'intelligence*, 1884.

(2) BEAUNIS. — *Les sensations internes*.

cette impuissance, ni se débarrasser du sentiment pénible qu'il éprouve. Il souffre d'une dépression douloureuse générale, non motivée et dont il ne peut s'affranchir ; cette dépression, c'est la maladie cérébrale devenue consciente ». Variable par son intensité, sa forme, elle revêt divers aspects spéciaux, se traduisant par des réactions mimiques appropriées, particulières aux différents états mélancoliques.

Cette douleur morale une fois produite réagit à son tour, pour les augmenter, sur les mêmes phénomènes qui lui ont donné naissance. A leur tour, ces nouvelles modifications retentissent sur l'état émotionnel. Ainsi s'établit un cercle vicieux dans lequel le mélancolique tourne pendant toute sa maladie.

En effet, la douleur morale est absolument assimilable à la douleur physique qui n'est, elle aussi, qu'un simple mode de mouvement, une réaction particulière des cellules sensibles.

Dans les réactions produites par la douleur physique, ce sont les réactions musculaires qui viennent en première ligne. Tantôt le sujet redoute de faire le moindre mouvement et tient instinctivement en repos le membre dont il souffre ; tantôt la motilité est réellement lésée, il y a un léger degré de parésie ; ou bien encore on voit apparaître des mouvements pathologiques, contractures ou convulsions.

La douleur morale provoque aussi des réactions semblables, telles l'amyosthénie des mélancoliques déprimés, les états de raideur, les tremblements des anxieux, la tension musculaire des stupides.

En même temps, parallèlement, tout comme la douleur physique, mais à un degré beaucoup plus élevé, elle réagit aussi sur tous les modes d'activité de la vie intellectuelle. Tantôt la détermination est empêchée, paralysée, le malade reste dans l'inaction (aboulie et inhibition); tantôt, au contraire, la volonté s'attache comme convulsivement à un objet (idée fixe); tantôt enfin, la douleur provoque une détermination violente, rapide, souvent sans but (impulsion).

Ces différents désordres arrivent à la conscience et, par une sorte de choc en retour, cette impuissance de l'esprit, cette absence de la volonté, ces secousses convulsives de la détermination sont perçues par le malade comme une espèce de réaction douloureuse causée par l'effort, et tout cela augmente encore l'état de douleur morale auquel il était en proie.

La douleur morale présente encore ce fait à signaler, c'est que, de même que la douleur physique, elle apparaît en première ligne dans la conscience et ne laisse guère subsister à côté d'elle d'autres sentiments. De même que la douleur physique, lorsqu'elle atteint un de nos sens

à un degré très élevé, s'accompagne d'anesthésie, de même la douleur morale profonde amène un état d'insensibilité complète aux excitants normaux. La conscience ne contient plus rien que l'idée-douleur (anesthésie et dysesthésie psychiques). Le malade évite tout commerce psychique avec le monde extérieur parce que le moindre contact avec celui-ci lui est pénible ; il ne prend plus part à ce qui se passe autour de lui et se concentre de plus en plus en lui-même.

En raison même de cette concentration de l'esprit, toute autre perception est triste et pénible. Ingénieux à se tourmenter, le malade devient étranger à la plupart des choses qui l'intéressaient habituellement. Il les oublie momentanément ou s'il vient à s'en souvenir, l'impossibilité dans laquelle il se trouve actuellement d'y prendre part comme autrefois, peut devenir pour lui une nouvelle source de douleur. Comme toute impression morale lui est pénible, il se développe chez lui une disposition générale à tout nier. C'est l'origine de l'*humeur négative* de Griesinger.

Mais, de plus, la loi de causalité innée dans l'âme humaine, le pousse malgré lui à rechercher les causes de sa douleur morale.

C'est ainsi que se forment les idées délirantes, ayant leur source première dans les phénomènes d'automatisme psychologique, et reprises par le

malade pour être énoncées plus nettement comme tentatives d'explications secondaires aux troubles capitaux que nous venons d'étudier, qui leur donnent cette empreinte spéciale, ces caractères généraux que nous avons énumérés dans un précédent Chapitre. Parmi ces idées délirantes mélancoliques, se trouvent les idées de négation. Si telle est la genèse première des idées de négation, il est juste de remarquer qu'une fois entraîné dans cette voie, le malade ne continue à nier souvent que par une sorte d'habitude délirante, et ses négations ne deviennent plus alors qu'une des manifestations de l'opposition systématique si fréquente chez les mélancoliques.

Si nous récapitulons ce qui précède, nous voyons qu'à la suite d'un état cénesthétique pénible, une dépression psycho-motrice, affectant à la fois la réaction du moi sur le monde extérieur et l'influence du monde extérieur sur le moi, semble constituer essentiellement la mélancolie. Les phénomènes douloureux plus apparents, auxquels on est tenté d'attribuer la première place, peuvent faire défaut, et lorsqu'ils existent, ils nous semblent devoir être subordonnés aux premiers.

Ainsi nous semble justifiée l'opinion que nous avons déjà défendue, en confirmation d'idées avec notre regretté collègue Cotard, sur l'origine

psycho-motrice des idées mélancoliques et des idées de négation.

2. Signification du délire de négation.

— Nous venons de voir quelle est l'origine des idées de négation ; examinons maintenant quelle est, dans son ensemble, la *signification psychologique* du délire des négations mélancolique.

Dans une étude antérieure ⁽¹⁾, nous avons cherché à établir qu'il n'était que la traduction d'une altération de la personnalité, survenue par le fait de modifications de sa base organique et de la sphère affective et motrice de la vie psychique ; opinion adoptée depuis par différents auteurs (Camuset, Toulouse, Arnaud, etc.).

Examinons brièvement comment est constituée l'idée de notre personnalité.

Elle n'est, en résumé, qu'un complexe ; et c'est dans les phénomènes les plus élémentaires de la vie qu'il faut en chercher les premiers éléments. Si les sens externes sont l'origine principale de la connaissance, c'est le sens organique, le sens du corps (cénesthétique), quelque vague qu'il soit d'ordinaire, qui est la base de l'individualité psychique.

Nous avons vu tout à l'heure quels étaient

(1) J. SÉGLAS. — *Séméiologie et pathogénie des idées de négation* (Ann. méd. psych., Juillet 1889).

ses éléments constitutifs et, par suite, les conditions physiques de la personnalité.

D'un autre côté, c'est en elles que prennent racine tous les états affectifs (désirs, sentiments, passions), depuis les simples tendances liées à la conservation de l'individu, jusqu'aux plus élevés (sentiments moraux, religieux, esthétiques, etc.). C'est ainsi que nous avons pu voir chez le mélancolique l'état cénesthétique, devenu pénible, être une première cause de douleur morale. Si chez les êtres inférieurs, les conditions physiques de la personnalité passent au premier rang, dans les formes supérieures de la vie mentale, au contraire, ce sont ces conditions affectives qui, bien qu'effets des premières, semblent avoir un rôle prépondérant. Aussi a-t-on pu dire que les éléments essentiels de la personnalité étaient la passion et la volition.

La sphère affective a d'ailleurs une relation tout à fait étroite avec la sphère psychomotrice. Nous avons exposé précédemment par exemple, que la douleur morale du mélancolique résultait surtout d'une entrave dans l'exercice volontaire des diverses opérations élémentaires de l'esprit. De plus, et c'est encore là un fait dont on trouve une vérification dans l'action en retour de la douleur morale, non seulement tous les états émotionnels éveillent en nous des impulsions, soit pour lutter contre une

entrave, soit pour obéir à une sollicitation, mais encore, et réciproquement, la production des émotions est bien plus facile par ce côté moteur de la vie psychique, et le moi est bien plus affecté quand un penchant est entravé ou activé, que quand les mêmes états se produisent du côté de l'intelligence.

Il est dès lors facile de comprendre la part immense que prend, dans la constitution de la personnalité humaine, la sphère affective et psycho-motrice; mais il ne faut pas pour cela laisser de côté les éléments physiques.

En somme, comme l'a dit fort justement Maudsley (1) : « Chaque organe intérieur a une action spécifique sur le cerveau, action dont le résultat conscient est une certaine modification du mode ou du ton de l'esprit. Nous ne sommes point directement conscients de cette action physiologique en tant que sensation définie, mais ses effets n'en sont pas moins attestés par certains états dont nous ne pouvons nous rendre aisément compte. En réalité, ces effets organiques du consensus physiologique des organes déterminent notre nature affective; son ton est le produit harmonique ou discordant de leurs rapports complexes et la quantité de force que

(1) MAUDSLEY. — *La Pathologie de l'esprit*. Trad. franç. de Ger. Mont, 1883, p. 33 et suiv.

nous développons, de même que les couleurs sous lesquelles nous voyons la vie, ont en eux leur fondement ».

Voyons maintenant quelles sont les altérations de la personnalité dans la mélancolie et quels rapports peut avoir avec elles le délire des négations.

Si, au point de vue psychique, les deux facteurs essentiels de la mélancolie sont les troubles des sphères affective et psycho-motrice, il ne faut pas oublier cependant pour cela, ainsi que nous l'avons déjà dit, que c'est une des affections vésaniques où les symptômes physiques sont le plus accentués et où l'action des causes déprimantes sur l'organisme joue un plus grand rôle.

De ces troubles dans le domaine des fonctions organiques résulte un état de malaise général, d'abattement, la difficulté et la paresse des opérations intellectuelles, l'affaiblissement du pouvoir et de l'activité volontaires, l'ennui, l'anxiété, les sentiments pénibles. Si ces symptômes sont plus apparents pour l'entourage, plus conscients pour le malade lui-même, il ne faut pas oublier qu'ils ne sont pas les seuls et que leur apparition a souvent été préparée de longtemps par les modifications organiques, première atteinte à la base même de la personnalité, se résumant dans cet état cénesthétique pénible qui précède et détermine même l'apparition des premiers troubles psychiques,

Ces troubles psychiques du début se présentent en général sous l'aspect de l'hypochondrie morale, si parfaitement étudiée par M. J. Falret, où les préoccupations portent sur l'état des facultés intellectuels et affectives, et dénotent déjà cette disposition négative de l'humeur des mélancoliques, mise en relief par Griesinger. C'est une nouvelle atteinte portée à la personnalité par le côté psycho-moteur et émotionnel.

A cette période, le malade est conscient du changement survenu en lui : « Autant j'étais gaie autrefois, nous écrivait une malade de ce genre, autant je suis triste aujourd'hui ; *Autant j'avais d'énergie, autant je n'en ai plus ; toutes mes impressions se sont faites contraires.* Pourquoi, si ce n'était pas comme je vous le dis, ne ressentirais-je ni le goût, ni le désir de retourner chez moi ? Pourquoi, lorsque tout le monde est complaisant et gentil pour moi, éprouver toujours un sentiment de honte, de gêne et de souffrance, qui, je le sens maintenant, durera toujours ? »

De même, par suite du défaut de synthèse psychologique des images ou sensations élémentaires, et de l'état de douleur morale, les objets extérieurs ne produisent plus les mêmes impressions qu'auparavant ⁽¹⁾. — La même malade

(1) ESQUIROL. — *Des mal. ment.* t. I, p. 414.

disait : « Autrefois, quand j'entendais une cloche sonner l'Angelus, par exemple, cela me faisait plaisir ; aujourd'hui cela me fait une impression désagréable, je vois, je souffrirais de ne pas voir, et ce que je vois ne me fait pas plaisir ».

Ces modifications dans la faculté de comprendre et de sentir altèrent profondément la constitution du moi, et amènent progressivement le malade à douter des propriétés et de l'existence des objets extérieurs ou même à les nier, malgré le témoignage de ses sens ⁽²⁾.

Entre cet état d'hypocondrie morale dont nous avons déjà parlé, ou la dépression mélancolique simple et les délires mélancoliques avec idées de ruine, de culpabilité, de damnation, de possession, de négation systématisée, il n'y a, comme le fait remarquer Cotard, qu'une différence de degré, ainsi que le montre d'ailleurs souvent l'évolution de la maladie dans les cas les plus complets. Mais ces idées ont la même origine commune secondaire, et partagent toutes les mêmes caractères généraux que nous avons exposés, en rapport avec la diminution de l'énergie psychique, la douleur morale profonde, éléments psychiques essentiels de la maladie.

(1) KRISHABER. — *De la névropathie cérébro-cardiaque*, p. 222.

TAINE. — *De l'intelligence*, 3^e édit. appendice du T. I.

D'autre part, l'affaiblissement de l'effort de la volition se résumant d'abord dans le défaut d'attention, l'état de distraction, se traduit aussi par l'inaction, l'irrésolution, la résignation, l'impulsion, l'agitation automatique si fréquentes chez cette espèce de malades. Et, comme le dit Griesinger (1), la conscience du changement produit dans leur individualité, amène souvent au début des efforts de réactions, des états anxieux. Mais dès qu'ils s'aperçoivent qu'ils ne peuvent sentir, penser, agir autrement qu'ils ne font, que la lutte leur est impossible, cet asservissement de la volonté, cet assujettissement du moi entraîne des idées de domination par une puissance supérieure, des idées de possession très ordinaire chez les aliénés négateurs et que viennent corroborer, d'autre part, ces phénomènes de contradiction intérieure, de contraste psychique, que nous avons étudiés précédemment. La transformation de la personnalité est alors des plus évidentes, et les malades la traduisent souvent eux-mêmes en disant alors qu'ils se croient doubles.

Pour être moins apparent, ce dédoublement de la personnalité n'en existait pas moins dès le début. La personnalité réelle, avec sa masse

(1) GRIESINGER. — *Traité des maladies mentales*. Trad. franç. de Doumic, 1865.

énorme d'états plus ou moins conscients, se résume dans notre esprit en une tendance fondamentale, sorte de schéma, assez vague d'ailleurs, et que nous appelons l'idée de notre personnalité. Par suite des modifications cénesthésiques et intellectuelles que nous avons signalées, il se forme un schéma nouveau qui coexiste avec l'ancien dans la conscience des malades.

Il est bien rare qu'il y ait substitution complète d'une personnalité à une autre et que la deuxième n'hérite pas des dépouilles de la première, ne fût-ce que de certaines acquisitions devenues automatiques. L'ancienne mémoire organique subsiste toujours et revient à la conscience de temps en temps, par suite de quelque arrière-fonds qui lui est commun avec la personnalité nouvelle.

« L'état de conscience actuelle en évoque un semblable, mais qui a un autre accompagnement. Les deux paraissent miens quoiqu'ils se contredisent. Tels sont ces malades qui trouvent que tout reste le même, quoique tout soit changé ». Quoiqu'il y ait en apparence deux personnalités, la scission n'est pas complète, elles ont des points communs et sont toujours jugées miennes par le sujet.

Dans les cas de possession, le dédoublement est plus complet ; la personnalité nouvelle est devenue étrangère au malade, il ne la juge plus

sienne ; il pense, il sent, parle et agit comme s'il était double.

A part ces cas de possession qui sont un peu particuliers, tout ce que nous venons de dire jusqu'ici peut s'appliquer à la mélancolie en général. Voyons maintenant ce que peut présenter de plus spécial à ce point de vue le délire des négations de Cotard.

Chez ces délirants négateurs, les simples tendances négatives du début deviennent des idées de négation universelle, qui sont en rapport avec des altérations de plus en plus graves de la personnalité.

Nous avons déjà vu, plus haut, comment on pourrait interpréter les idées de négation des malades ayant trait à leurs propres facultés : par une modification survenue dans l'énergie psychique et les conditions affectives de la personnalité.

Cette même cause nous a montré aussi comment les objets extérieurs pouvaient produire sur le malade des « impressions contraires ». Les uns se bornent là, d'autres expriment la même impression par une formule négative.

Tout en reconnaissant l'existence et les attributs des objets, ils répondent cependant par la négative. Leur montre-t-on une rose, par exemple ? Ils disent : ce n'est pas une rose. On ne peut pas, dans ces cas, invoquer l'existence

d'un trouble psycho-sensoriel pour expliquer l'idée de négation qui a toujours, même alors, sa source dans l'altération primitive de la personnalité, par suite de laquelle les impressions extérieures, mal coordonnées à cause du défaut de synthèse mentale, ne sont pas incorporées à la masse des acquisitions antérieures qui constituent la personnalité, et ne produisent plus, d'autre part, sur le moi des malades, les mêmes modifications émotionnelles qu'auparavant, ce qui les amène à nier d'une façon ou d'une autre les caractères des objets mis en cause. Un pas de plus et ce sera l'existence des objets extérieurs qu'ils nieront, comme ces malades dont parle Griesinger, « auxquels il paraît que le monde réel est complètement évanoui ou mort, et qu'il ne reste plus qu'un monde imaginaire où ils sont anxieux de se trouver ». Mais, sous un aspect différent de la formule négative, n'est-ce pas toujours au fond le même processus psycho-pathologique, puisant son origine dans une modification des conditions premières de la personnalité ?

Un des côtés les plus particuliers que présentent les délirants négateurs, ce sont les idées hypocondriaques de négation. L'explication de ces idées relève des mêmes processus, et dépend encore de l'altération de la personnalité.

Remarquons à ce propos que ce délire n'ap-

paraît pas d'emblée chez les malades, mais au bout d'une certaine période de maladie et que ces idées de négation hypocondriaques sur la constitution physique sont relativement tardives et se montrent après les autres. Par ce fait seul, elles indiquent une désorganisation plus grave de la personnalité. Et ce fait est corroboré par cet autre, qu'elles sont sous la dépendance directe d'une altération des conditions organiques.

En elle-même, la sensibilité générale n'a qu'une valeur psychique assez faible, mais cette faiblesse est compensée par la continuité de son action ; et comme telle elle joue, ainsi que nous l'avons dit, un rôle prépondérant dans la constitution de la personnalité. Dès lors, si les perturbations morbides qui l'atteignent persistent, si les causes qui les suscitent deviennent permanentes, il se forme une nouvelle habitude physique et mentale, et c'est alors que, suivant la valeur des données que fournira encore conjointement l'ancienne mémoire organique, nous verrons s'installer des idées de changement ou de non-existence des organes.

« Je ne suis plus comme tout le monde, disait toujours la même malade, je sens bien que tout mon corps change. J'allonge ; je me suis sentie grandir en une seule fois de quinze centimètres, et cependant ma taille est la même

et ma robe va toujours. Il est vrai que certaines parties de mon corps se sont rapetissées. Mon corps ne me fait pas la même impression. J'ai senti ma tête changer dix fois de forme, je n'ai plus de cervelle ; il me semble que ma tête et mes os sont en bois, je ne les sens pas comme avant. Je n'ai plus de cœur ; j'ai bien quelque chose qui bat à sa place, mais ce n'est pas mon cœur ; cela ne bat pas comme avant. Je n'ai plus d'estomac, je n'ai jamais la sensation d'avoir faim. Quand je mange, je sens bien le goût des aliments, mais, lorsqu'ils sont au gosier, je ne sens plus rien ; il me semble qu'ils tombent dans un trou. Autrefois je sentais, lorsqu'ils descendaient dans l'estomac, s'ils étaient chauds ou froids. Je ne sens plus mes yeux remuer et, pour les tourner, il faut que je tourne la tête. Autrefois, quand je pleurais, je sentais mon cœur bondir et cela me dégonflait, aujourd'hui je pleure sans rien ressentir. Je ne sais pas d'où ça vient ».

Cette simple citation nous semble prouver jusqu'à l'évidence que c'est dans une perturbation des conditions organiques de la personnalité qu'est la source des idées de négation hypocondriaques. L'observation clinique montre d'ailleurs combien sont fréquents et caractérisés chez les hypocondriaques les troubles de la sensibilité générale et viscérale.

A un degré plus accentué, certains individus nient leur existence. Mais cette négation s'exprime d'une manière particulière qu'il est bon de signaler. Un jeune homme, qui se disait mort depuis deux ans, ajoutait : « J'existe, mais en dehors de la vie réelle, matérielle, et malgré moi, rien ne m'ayant donné la mort. Tout est mécanique chez moi et se fait inconsciemment ». La malade dont nous parlions précédemment disait aussi : « Il me semble que je suis morte. Il est vrai que je parle, que je marche, que je travaille, mais c'est comme une automate ».

La négation, quel que soit son objet, n'est jamais absolue ; elle ne fait que traduire des états de conscience différents de ceux du passé, ce que les malades expriment très bien en disant d'une façon générale que : « Tout reste le même et que tout est changé ». « Les arbres sont bien des arbres, nous disait une malade, mais ils ne sont plus comme avant, ils sont morts. Tout ce qui existe n'existe pas ; ou plutôt tout ce qui existe, existe, mais tout ce que l'on voit n'existe pas ».

Ce fait est intéressant à noter, car il nous montre qu'en face du nouveau moi, si envahissant qu'il soit, l'ancien ne disparaît pas complètement. Ce qui d'ailleurs doit être très rare. Car « si l'on remarque, comme le dit justement M. Ribot, que la transformation