

DÉLIRE

Définition. — Tous les auteurs qui ont écrit sur le *délire* ont cherché à en formuler une définition satisfaisante.

Nous en reproduisons ici quelques-unes.

La définition étymologique du délire serait la déviation du sillon tracé, c'est-à-dire des règles de la raison. Le mot délire est formé, en effet, de *de* et de *lira* qui signifie sillon.

Chomel définit le délire : « la perversion d'une ou de plusieurs facultés intellectuelles ou affectives. »

Ce mot, avait dit Willis, « signifie le trouble de cette fonction animale qu'on observe dans les paroxysmes des fièvres, dans l'ivresse et parfois dans les affections dites hystériques, et qui pousse ceux qui en sont atteints à penser, à dire et à faire pendant un temps très court des choses absurdes. »

« Le délire n'est autre chose que l'égarement, l'erreur de l'esprit durant la veille, qui juge mal des choses connues de tout le monde » (Aumont¹). Van Swieten entend par délire « toute création de l'esprit qui n'est point en rapport avec les causes extérieures, mais dépend d'une disposition toute spéciale du cerveau, qui donne lieu à un jugement et à des émotions morales erronées. »

Esquirol² dit : « Un homme est dans le délire lorsque ses sensations ne sont pas en rapport avec les objets extérieurs, lorsque ses idées ne sont pas en rapport avec ses sensations, lorsque ses jugements et ses déterminations ne sont pas en rapport avec ses idées, lorsque ses idées, ses jugements et ses déterminations sont indépendants de sa volonté. »

Mais, pour prendre une idée générale du délire, peut-être est-il préférable de se représenter dans leur ensemble les principaux facteurs qui constituent le délire et qui ne sont que la perturbation des phénomènes psychologiques normaux.

A l'état normal l'homme perçoit les images des sens. Le trouble pathologique de ce premier phénomène deviendra dans le délire l'*hallucination* ou l'*illusion*.

L'image perçue, le processus intellectuel se continue. Troublé lui-même, il donnera lieu aux *conceptions erronées* et *délirantes*.

1. *Encyclopédie* de Diderot.

2. *Dict. des sc. méd.* en 30 vol., art. *Délire*.

Enfin les troubles de la volonté se manifesteront par l'*impulsion irrésistible*.

Hallucinations ou illusions, conceptions erronées et délirantes, impulsions irrésistibles, tels sont les trois facteurs du délire qui relèvent eux-mêmes du trouble de trois grandes fonctions physiologiques.

Tout délire apparaît donc comme une perturbation, non comme une abolition des facultés de la vie psychique.

Et, en faisant cette dernière remarque, nous avons pour but de le définir plus complètement en établissant la distinction qui le sépare de la *démence*¹ et aussi de l'*idiotie*. La démence n'est donc pas le délire, mais elle en est souvent l'aboutissant et se lie à lui par des liens si étroits que nous aurons souvent à la mentionner en poursuivant cette étude.

Nous avons dans cet article à envisager le délire dans son sens le plus étendu. On pourrait artificiellement classer les délires en deux grandes variétés : ceux qui sont spécialement observés par les médecins, et ceux que traite plus particulièrement l'aliéniste. Quelle différence, en effet, entre un délire éclatant au cours d'une fièvre typhoïde ou d'une pneumonie, un délire fébrile et infectieux dont l'évolution est subordonnée en tout point à la maladie aiguë causale, qui va guérir définitivement en même temps qu'elle, et d'autre part un délire vésanique qui constitue à lui seul toute la maladie visible et interprétable ! Une telle distinction est si évidente qu'elle s'est imposée dans la plus lointaine antiquité. Mais entre ces deux formes il existe des variétés intermédiaires et, loin d'avoir l'intention d'établir une distinction tranchée, nous ne signalons ces formes que pour faire sentir les limites étendues du chemin que nous allons rapidement parcourir. Le terme de délire s'applique à une foule de psychopathies offrant des différences tranchées au point de vue anatomique, pathogénique, diagnostique, pronostique, et prend place en pathologie à côté des paralysies, des dyspnées, des anesthésies, etc.

C'est pour cette raison qu'un article spécial lui est consacré ici, indépendamment de ce qui peut en avoir été dit à l'occasion de chaque maladie particulière.

Divisions et classification. — Un si vaste sujet, surtout traité succinctement, demande avant tout des divisions, et celles-ci devant reposer sur une règle invariable, une classification méthodique. Malheureusement, cette classification, reposant sur un principe défini, n'existe pas, et des nombreux essais qui ont été tentés,

1. Nous prenons le terme de *démence* dans son sens scientifique et non dans son acception populaire ou médico-légale (Code pénal).

aucun n'a pu jusqu'ici donner satisfaction complète. La classification des délires est en quelque sorte éclectique, prenant tantôt pour base la psychologie, comme dans le délire systématique, tantôt la notion étiologique comme dans le délire alcoolique, tantôt l'anatomie pathologique comme dans la méningo-encéphalite diffuse, tantôt la symptomatologie, comme dans le délire des grandeurs, des persécutions, etc. C'est là une cause de confusion pour celui qui aborde l'étude pathologique ou clinique des maladies mentales.

Il est facile de concevoir que la meilleure classification repose-rait sur la notion de la maladie qui tient le délire sous sa dépendance, notion permettant un diagnostic vraiment nosologique, entraînant comme tout diagnostic complet un pronostic et un traitement rationnel.

Mais combien souvent la cause efficiente du délire reste inconnue ou obscure !

Si nous signalons ces faits, ce n'est pas pour faire ressortir la confusion qui règne encore sur la nature des délires, mais pour justifier le plan que nous allons adopter dans cette étude.

Il est un certain nombre de formes symptomatiques et cliniques du délire, formes très étudiées et qui se produisent quelle que soit d'ailleurs la nature de la maladie causale. Ces formes sont relativement très restreintes, tandis que les causes du délire sont fort nombreuses : c'est-à-dire que des maladies bien différentes empruntent la même symptomatologie, la même forme de délire. Cette première considération nous conduit à étudier dans un premier chapitre les aspects cliniques les plus ordinaires que nous offrent les malades.

En second lieu il existe quelquefois, non toujours, dans les traits communs à nombre de maladies, des particularités de détails portant sur les symptômes, la pathogénie spéciale à tel cas, etc., dont l'importance est cependant de premier ordre, puisqu'elles permettent d'établir un diagnostic qui comporte les indications du pronostic et du traitement.

C'est pourquoi, après avoir décrit les principaux aspects du délire, nous entrerons dans le détail des cas particuliers en signalant ce qu'ils offrent d'intéressant aux divers points de vue spéciaux, tout en essayant de le rattacher à l'une des formes cliniques déjà décrites.

Les principales formes cliniques du délire peuvent, croyons-nous, être ramenées au nombre de quatre ou cinq.

Trois d'entre elles ont été séparées et décrites à part dès la plus lointaine antiquité. Ce sont la *phrénitis*, la *manie* et la *mélancolie*. Elles correspondent au *délire aigu fébrile*, au *délire maniaque* et au *délire mélancolique*. Les noms des deux dernières seulement sont conservés dans les classifications actuelles. La *phrénitis* en a été écartée et remplacée par le terme de délire aigu, délire fébrile, etc.,

parce que les anciens avaient laissé de la *phrénitis* des descriptions qui montraient dans quelques cas la confusion avec la manie, l'épilepsie, etc. Ils n'en avaient pas moins séparé la *phrénitis* de la manie et il nous semble que ce terme est meilleur que celui de délire aigu.

La quatrième forme clinique sera le *délire systématisé* qui offre un tableau absolument différent des précédents. Le cinquième aspect clinique résultera de l'apparition de la *démence*. Il est inutile d'insister longuement pour montrer qu'il s'agit exclusivement de formes et non de maladies.

En abordant dans un second chapitre les délires en particulier, nous aurons soin de faire entrer en ligne de compte la notion de la maladie et du diagnostic, et nous décrirons :

- 1° Les délires infectieux ;
- 2° Les délires auto-toxiques et diathésiques ;
- 3° Les délires toxiques ;
- 4° Les délires organiques ;
- 5° Les délires par troubles de la circulation et le délire cardiaque ;
- 6° Les délires névropathiques ;
- 7° Les délires des dégénérés ;
- 8° Les délires vésaniques.

A. — DES PRINCIPALES FORMES SYMPTOMATIQUES DU DÉLIRE

Chacune des formes qui suivent peut être toute la maladie, ou évoluer comme symptôme d'une affection déterminée. Ainsi la manie aiguë, la mélancolie peuvent souvent n'être que les éléments du délire des dégénérés, ou des cardiaques, ou des alcooliques, ou constituer à elles seules une maladie à part, de même que le délire aigu ou *phrénitis* peut être le résultat du poison typhique, paludéen, etc., ou se présenter à l'état isolé comme une affection à part.

Dans les cas où ces formes se trouvent à l'état isolé, on peut supposer logiquement qu'il s'agit d'affections toxiques, auto-toxiques, infectieuses, etc., mais jusqu'ici il est une forme de manie, une forme de mélancolie, une forme de délire aigu, dont la nature est inconnue et qui se distingue des formes si nombreuses qui à juste titre méritent l'épithète de symptomatiques. Ces trois affections, évoluant sans qu'on puisse préciser leur cause, apparaissent en effet comme des maladies générales. La fièvre dans le délire aigu, les troubles somatiques dans la mélancolie, l'excitation de toutes les fonctions chez les maniaques autorisent cette manière de voir.

Quant à la nature des délires systématisés, elle reste encore fort obscure. Le délire des persécutions qui en constitue le type n'a encore ni pathogénie, ni anatomie pathologique. Il représente la folie dite vésanique dans son type le plus remarquable.

I. FORMES DÉLIRANTES AIGÜES (phrénitis, délire aigu fébrile, infectieux, méningitique, confusion aiguë hallucinatoire). — Cette forme répond à un délire aigu avec confusion mentale et hallucinations. Elle est la forme que revêt habituellement le délire dans les pyrexies, les infections, les intoxications aiguës, et nous la retrouverons souvent en décrivant les délires en particulier. On peut dire qu'elle constitue un type aussi général et aussi fréquent que le type maniaque ou mélancolique. Mais, tandis que ces deux dernières formes sont plus en rapport avec la folie proprement dite, celle dont nous parlons est plutôt infectieuse, toxique et même névropathique.

L'antiquité avait déjà compris qu'à côté du délire maniaque et mélancolique il y avait place pour une autre forme, et elle l'avait appelée phrénitis. Les passages cités plus bas, que nous tirons des livres hippocratiques et des médecins anciens qui les ont étudiés, nous paraissent démontrer que la phrénitis n'était autre chose que l'affection qui a répondu depuis et répond à l'heure actuelle à la synonymie que nous ajoutons plus haut, mais appliquée surtout au délire des fièvres. Bien souvent, ainsi que Littré le pense, mais non toujours, la phrénitis était le délire paludéen aigu, si fréquent dans le temps et la contrée où vivait Hippocrate. D'ailleurs le délire paludéen n'est-il pas un type de délire fébrile et infectieux? Hippocrate, écrit Gallien, semble appeler phrénitis un délire dans une fièvre aiguë. « Parmi les signes de cette affection on note les suivants : douleur de tête, insomnie, délire obscur, tremblement, carphologie, sécheresse de la langue, ptyalisme, sueurs à la partie supérieure du corps, urines noirâtres, fièvre¹. » Nous soulignons le terme d'*obscur* comme caractérisant la phrénitis (confusion mentale).

Dans le livre des *Maladies* on lit relativement aux symptômes de la phrénitis : « Fièvre, délire, regard fixe et autres accidents semblables à ceux de la pneumonie quand dans la pneumonie il y a du délire². »

« Ceux qui sont pris de phrénitis après quarante ans ne guérissent guère³. »

Mais, si la distinction était faite avec la manie, la forme délirante

1. *Des maladies*, liv. II, § 9.

2. On peut conclure, écrit le docteur SEMELAIGNE (*Études historiques*, p. 19), en tirant la conséquence de ces considérations, que la phrénitis était implicitement divisée par les anciens en idiopathique et en sympathique.

3. *Aph.*, 7^e lec., p. 82.

particulière de ces délires des fièvres, des intoxications, etc., était loin d'être établie.

La confusion mentale (qui n'est ni la manie, ni la démence), les hallucinations sous forme de raptus, le délire aigu, surgissant tout à coup, sont les principaux éléments de cette forme, sans omettre la fièvre, l'amaigrissement, les troubles vaso-moteurs, le gâtisme, en un mot les phénomènes somatiques.

Après quelques prodromes : changement de caractère, irritabilité, insomnie, etc., le délire apparaît soudainement. C'est une agitation si considérable que le tableau est celui de la manie aiguë avec perte complète de l'orientation.

Dans les formes moins intenses le malade divague et tient des propos incohérents, ou marmotte des paroles inintelligibles. Les conceptions délirantes portent surtout sur un ordre d'idées familières au malade, sur ses occupations, son métier.

Ce délire qui est continu subit des exaspérations vespérales.

Les hallucinations sont, au début surtout, terrifiantes. Elles répondent à tous les sens, mais surtout à la vue. Elles sont rapides, variées, changeantes, mobiles, à exaspération pendant les nuits d'insomnie.

La confusion mentale aiguë, avons-nous dit, est un élément important de cette forme clinique.

La confusion mentale a été l'objet de nombreux travaux dans ces derniers temps¹.

Voici la description qu'en a donnée Wille² :

« La confusion mentale est une maladie fonctionnelle du cerveau qui commence presque régulièrement par un stade aigu, hallucinatoire, se caractérise ultérieurement par la confusion mentale, un délire désordonné, un manque de repos sans motif alternant avec des états intercurrents d'excitation ou de stupeur. On observe aussi bien des paroles et des actes troublés, entrecoupés avec un degré plus ou moins grand de *Benommenheit*, de non-clarté et de désorientation qui se traduisent en même temps par des sensations et des perceptions defectueuses et inexactes, par une appréciation et un jugement inexact des perceptions et par la perte de la mémoire. Dans les périodes tranquilles on ne peut pas ne pas reconnaître des illusions et des hallucinations. Elles sont encore plus frappantes dans les accès d'excitation qui s'établissent bientôt avec plus ou moins de force et de durée. Le caractère de ces accès est très variable : tantôt les ma-

1. Delasiauve, Meynert, Wille, Kraft-Ebing, Kraepelin, Chaslin, Séglas, Knorr, Kellog, Wagner, W. Osler, John Fergusson, Ballet, Régis, etc.

2. Voir RÉGIS et CHEVALIER-LAURE (*Congrès de la Rochelle*, 1893).

lades sont excités, tantôt tristes, tantôt inquiets, tantôt en colère, tantôt douloureusement impressionnés ou bien tout cela ensemble, le plus souvent avec une alternative rapide. Les accès d'excitation peuvent prendre l'aspect passager de la mélancolie agitée, de la manie, du délire agité. Le plus souvent, rapidement et subitement ces états d'excitation se transforment en état soporeux; souvent ces différents états apparaissent et se transforment avec une certaine régularité, mais il n'en est pas toujours ainsi. » Cette forme délirante est primitive ou secondaire à des maladies qui en régissent la pathogénie et la marche.

II. FORMES MANIAQUES. — De même que le délire mélancolique évolue sur un fond de dépression, qui va jusqu'à la stupeur, de même le délire maniaque a pour caractère principal l'agitation et l'excitation qui vont jusqu'à la fureur.

Le mélancolique est immobile, le maniaque ne cesse de parler et d'agir. Toutes les fonctions du mélancolique, voix, mouvements, parole, sécrétions, digestion, sont diminuées. Toutes celles du maniaque sont dans un état d'éréthisme : le sang afflue au visage, les conjonctives sont injectées, le regard est brillant, la salive, sécrétée en abondance, s'écoule de la bouche, les digestions sont rapides, l'appétit vorace. Les facultés intellectuelles participent à la même excitation. Les paroles sont incessantes, les mouvements continuels, mais les paroles et les actes sont empreints du même caractère de trouble et d'incohérence complète. Le malade prononce sans cesse des paroles sans suite; son langage désordonné est incompréhensible; le besoin de mouvement est incessant : le maniaque gesticule, change de place, se jette à terre, chante, pleure, se précipite sur les personnes qui l'entourent, change d'attitude à tout instant. Ses colères sont des fureurs; plus trace de raisonnement dans ses discours, plus de liaisons entre les phrases qu'il prononce. Il offre en un mot l'image de la folie telle qu'on la représente vulgairement. Au premier aspect, au premier acte, à la première parole, la folie éclate visible et saisissante. Tout ce que dit ou fait le maniaque est essentiellement illogique et incoordonné. Incapable d'attention, il est incapable de tout discours ou de toute action offrant une suite saisissable. Son délire, tout à fait incohérent, est aussi le type du délire général. Combien le tableau clinique d'un tel malade est différent du délire de tel aliéné logicien implacable qui soutient une conception délirante avec une surprenante habileté!

La perversion des instincts, l'érotisme, le viol, l'homicide, le vol sont souvent signalés au début ou au cours de l'accès maniaque.

Les troubles sensitifs et sensoriels entraînent d'une part des anesthésies cutanées : l'insensibilité au froid, à la chaleur, à la douleur, et d'autre part des hallucinations, mais surtout des illusions qui jouent un rôle important dans les conceptions délirantes du maniaque.

Si, après avoir pris une idée générale du maniaque, on cherche à pénétrer dans le fond de son délire, on est frappé d'y reconnaître deux éléments dominants : l'excitation cérébrale et la rapidité des opérations psychiques.

Souvent au début de l'accès maniaque cette suractivité de la cérébration aboutit à un redoublement de l'imagination, de la mémoire, de la fécondité en idées exprimées, de la facilité d'élocution. A une période un peu plus avancée, ces mêmes éléments, produits de la suractivité de l'esprit, vont persister; mais à ce moment la multiplicité des idées, des souvenirs, des conceptions de toutes sortes, des associations, va devenir telle, qu'il en résultera une confusion complète, d'où l'incohérence des discours et des actes. La rapidité du processus intellectuel ne permet pas au malade de suivre l'enchaînement logique qui unit une idée à une autre. Les phrases, séparées par des ellipses, vont devenir intelligibles pour ceux qui les écoutent. Le langage du maniaque devient ainsi identique à celui qui traduit la démence. Mais le maniaque n'est pas un dément; il en diffère essentiellement : chez lui les idées se présentent en foule si pressée qu'il n'a pas le temps de choisir, les associations se font sur de simples consonances au lieu de se faire sur un enchaînement logique; il retient plusieurs anneaux de la chaîne qui unit deux phrases qu'il prononce et dont le lien devient imperceptible.

Chez lui la suractivité du processus intellectuel aboutit à une rapidité qui nécessite suppression.

Chez le dément, les idées font défaut, les liens n'existent plus.

Si le tableau clinique d'un maniaque et d'un dément peut offrir des analogies, la psychologie seule de l'un et de l'autre suffirait donc pour établir une distinction qui d'ailleurs est radicale à tous égards.

L'accès de manie aiguë ainsi constitué, peut être primitif, *vésanique* ou simplement le symptôme d'une maladie en évolution dont il marque soit le début, soit la période confirmée.

L'accès maniaque pourra faire suite à une période de dépression mélancolique suivie d'une guérison complète mais momentanée (stade lucide), les mêmes stades de manie et de mélancolie devant se reproduire dans la suite.

Ou bien le stade lucide fera défaut, et manie et mélancolie se succéderont suivant une loi invariable.

Dans ces deux cas l'accès maniaque est l'un des termes de la folie dite *circulaire*.

L'accès maniaque pourra se reproduire à quelque distance après la guérison et ainsi de suite, sous la forme de la *folie intermittente*.

L'accès de manie aiguë est encore assez souvent symptomatique de la *paralysie générale* au début, de l'*épilepsie*, de la *dégénérescence mentale*.

En présence d'un délire maniaque on devra donc surtout songer à ces cinq ou six éventualités.

L'*excitation maniaque* est au point de vue symptomatique et, d'après quelques auteurs, au point de vue pathologique, une atténuation du délire maniaque lui-même. Cet état d'excitation maniaque se rencontre dans une foule de maladies mentales.

III. FORMES MÉLANCOLIQUES. — Un sentiment d'impuissance, de dépression générale, de diminution douloureuse de la personnalité, d'incapacité de vouloir, de concevoir, de réagir, d'aimer, tel est le fond sur lequel se greffe le délire mélancolique. Le malade, déchu à ses propres yeux, se sent impuissant désormais à réagir contre un état de misère physique, intellectuelle ou morale, d'où l'idée de suicide qui est la compagne habituelle d'un tel état mental.

Le mélancolique a d'ailleurs un habitus extérieur particulier qui le révèle à l'observateur et qui se résume dans l'immobilité et la dépression.

Il fuit la société, se tient à l'écart, la tête baissée, les mains ramenées vers le corps, le regard éteint ou anxieux. Les extrémités sont froides et cyanosées, le pouls, la respiration sont diminués de force et d'amplitude comme en témoignent les tracés graphiques¹. L'appétit est nul, le malade refuse les aliments. La sensibilité est émoussée.

Par l'aspect extérieur, écrit M. Sollier², on peut déjà se rendre compte à peu près de la catégorie à laquelle appartient le mélancolique :

Attitude simplement déprimée : dépression mélancolique simple et consciente.

Attitude de tristesse : mélancolie simple.

Attitude de désespoir et d'angoisse : mélancolie anxieuse.

Attitude stupide : mélancolie avec stupeur.

Au milieu de ce calme apparent, le malade est en proie à ses

1. KLIPPEL et BOETEAU, Modifications de la respiration dans les maladies mentales (*Soc. de biol.*, 27 fév. 1892, et *Gaz. hebdom.*, mars 1892).

2. SOLLIER, *Guide pratique des maladies mentales*, Paris, 1893.

idées délirantes, à des sentiments d'oppression avec crainte de la mort, à des hallucinations terrifiantes, et tout à coup va survenir un *raptus violent*, une impulsion brusque qu'il faut craindre au moment même où le malade semble inerte.

L'intelligence est ralentie, les associations sont pénibles, de sorte que toute idée est douloureuse, si l'on peut s'exprimer ainsi. L'attention demande un tel effort que le malade s'abandonne sans réagir aux conceptions délirantes qui l'obsèdent. Par le raisonnement il cherche à s'expliquer son état et aboutit au *délire d'humilité*, de *culpabilité*, d'*hypochondrie* et de *négarion*, de *démonomanie* et surtout de *ruine*.

Les erreurs des sens, les hallucinations, mais surtout les illusions, sont fréquentes.

Le délire exprimé prend la forme de *délire mystique* : ce sont des scrupules religieux, des remords, des fautes imaginaires commises contre la religion, d'où la crainte de l'enfer et de la damnation.

Ou bien ce sont des *idées de persécution*¹, avec hallucinations de l'ouïe : on les poursuit pour un crime abominable, ils vont devenir les victimes de leurs persécuteurs et ils s'en plaignent sans réagir, contrairement à ce qu'on observe dans le délire des persécutions.

Ou bien encore c'est un *délire hypochondriaque* : ils sont atteints de mille maladies différentes ; ils éprouvent de vagues douleurs dans l'estomac, le cœur, l'abdomen, douleurs qui deviennent l'origine de fausses conclusions : on les a empoisonnés, ils sont atteints de maladies qui ne guériront jamais, ou encore ils n'ont plus d'estomac et ne doivent plus manger, leur œsophage ou leur intestin est rétréci et fermé, ils n'ont plus de vessie, leurs jambes n'existent plus, on leur a retranché le cerveau ou le cœur. Un mélancolique se croyait de bois, un autre de verre, etc.

L'hypochondrie peut porter sur la sphère morale (hypochondrie morale) et le malade s'accuse de n'avoir plus de sentiments moraux, d'être incapable d'affection pour ses proches, d'avoir perdu la notion d'amour de la patrie, d'être insensible aux douleurs de ceux qui l'entourent, de manquer de tout courage ; il a honte de lui-même.

Il est déjà facile de reconnaître au fond du délire mélancolique une tendance bien marquée pour les négations. Mais il y a plus : dans ces dernières années, Cotard a cru pouvoir isoler du groupe de la mélancolie une forme particulière à laquelle il donne le nom de

1. Au Congrès de Blois (1892), M. Ballet a donné quelques exemples de cette association d'idées de persécution avec la mélancolie. De tels malades sont en réalité plutôt des mélancoliques que des persécutés et peuvent, par conséquent, aboutir au suicide (*melancolia persecutoria*).