

CHAPITRE X

DES TROUBLES DES FONCTIONS D'INNERVATION

ARTICLE 1^{er} — DU DÉLIRE

§ 1. — Définition.

On peut définir le délire : *une perversion morbide des fonctions psychiques*. Le plus souvent, le malade n'a pas conscience du caractère maladif de cette perversion et, comme l'a dit Baillarger, « la folie est une infortune qui s'ignore elle-même ».

Mais il est toute une catégorie de cas où cette conscience existe plus ou moins complètement. Tels sont les malades atteints de *délire émotif* (Morel), d'*hypochondrie morale* (Falret), de *folie du doute* (Falret), d'*agoraphobie* et d'autres états analogues, et, d'une manière générale, les individus chez lesquels un automatisme cérébral très limité se traduit par des idées obsédantes, des impulsions et des inhibitions malades.

Dans les formes communes de la folie, dans le délire des persécutions, par exemple, le malade a parfaitement conscience de ses sensations malades (hallucinations) et des conceptions délirantes qui s'y rattachent, mais il n'a aucune conscience de leur caractère maladif.

Les phénomènes de conscience ne sont tout à fait restreints ou abolis que dans les cas où les centres psychiques supérieurs sont atteints et où l'activité cérébrale ne se traduit plus que par un automatisme désordonné, comme cela arrive en particulier chez les épileptiques.

§ 2. — Pathogénie et causes.

Le délire est un trouble de l'idéation; c'est dans les circonvolutions où siègent les fonctions psychiques qu'il faut en chercher la cause matérielle. L'état des éléments nerveux se modifie sous l'influence des causes les plus diverses : les troubles de vascularisation, les lésions de nutrition, les altérations du sang, les variations de la température organique et enfin les affections des organes avec lesquels ces éléments se trouvent en connexions physiologiques peuvent en troubler les fonctions; ces influences se font sentir souvent simultanément, de telle sorte qu'on ne peut les prendre pour base d'une classification.

Nous passerons en revue les différents états morbides qui peuvent donner lieu au délire.

C'est un symptôme fréquent dans les affections de l'encéphale; la congestion de cet organe contribue vraisemblablement à le produire dans les fièvres, dans le coup de chaleur et dans le rhumatisme cérébral; faut-il le rapporter à cette altération dans toutes les maladies où on peut la constater? Par exemple chez les sujets qui succombent à la manie aiguë? Nous ne le pensons pas; il faut prendre garde ici de prendre l'effet pour la cause: la congestion ne suffit pas, en effet, à rendre compte des faits observés, et il est probable qu'elle est en pareil cas subordonnée à une altération, peut-être impossible à reconnaître, des cellules encéphaliques.

L'anémie favorise la production du délire; elle explique ce trouble fonctionnel quand il survient à la suite d'une hémorrhagie accidentelle; c'est à elle, en même temps qu'aux sensations anormales produites par l'inanition, qu'il faut attribuer le délire des affamés; c'est à elle en même temps qu'à la congestion passive qu'il faut rapporter celui que l'on observe assez fréquemment dans la dernière période des maladies du cœur, et sans doute aussi celui qui se produit parfois à la suite des fièvres graves, bien qu'en pareil cas l'on doive également tenir compte des troubles que les éléments cellulaires ont pu subir dans leur nutrition.

L'anémie locale, produite par l'athérome des artères cérébrales, semble donner lieu plutôt à l'affaiblissement des fonctions psychiques qu'à leur perversion; le délire n'est pas la règle dans le ramollissement nécrobiotique de l'encéphale; il peut s'y produire cependant, et il est à supposer en pareil cas que la lésion agit à distance sur les circonvolutions non atteintes ou qu'elle provoque un travail phlegmasique.

Les inflammations des méninges sont une cause fréquente de délire; ce symptôme variera dans ses caractères suivant l'acuité et le siège du processus. Les tumeurs intra-craniennes peuvent également le produire; mais ce n'est d'habitude qu'à une période avancée de leur évolution et lorsqu'elles se compliquent d'encéphalite ou de méningite.

Les fièvres comptent parmi les causes les plus fréquentes de délire; cet accident peut en marquer le début, se manifester à la période d'état ou survenir pendant la convalescence.

La pathogénie du délire initial est difficile à établir; on peut l'attri-

buer soit à l'action directe de l'agent infectieux sur les éléments nerveux, soit à la congestion cérébrale ou à une altération dans la constitution du sang. Brouardel a montré qu'au début des varioles graves, il y a une véritable anoxémie.

Même incertitude relativement à l'explication du délire qui survient dans la période d'état ou dans la convalescence; les troubles de la circulation cérébrale, les altérations de la nutrition, ainsi que les modifications du sang peuvent en être la cause.

Ces mêmes remarques s'appliquent aux maladies infectieuses aiguës, telles que l'érysipèle, la septicémie, la diphthérie, etc.; ici encore on peut invoquer dans certains cas la fièvre, d'autres fois une complication rénale, plus souvent peut-être une action directe de l'agent infectieux sur les fonctions psychiques.

Dans les phlegmasies, la réaction fébrile peut être assez intense pour expliquer le délire; d'autres fois on peut l'attribuer à l'action sur les centres céphaliques de l'excitation produite par la lésion; le trouble des fonctions de l'organe enflammé peut aussi retentir sur l'encéphale, soit en y gênant la circulation (pneumonie, bronchite capillaire), soit en mettant obstacle à la désassimilation (néphrite).

Un certain nombre de poisons donnent lieu à des accidents délirants dont la forme diffère pour chacun d'eux. Nous mentionnerons l'alcool, la belladone, la jusquiame, le datura, l'opium, le haschich, le chloroforme, etc.

Le délire peut enfin ne s'accompagner d'aucune lésion appréciable; il en est ainsi le plus souvent dans la folie non paralytique et dans les grandes névroses; cela ne veut pas dire que les cellules cérébrales gardent alors leur intégrité: elles peuvent s'altérer sans que leurs lésions soient appréciables par nos moyens d'investigation: une barre aimantée, disent MM. Ball et Ritti (1), ne diffère pas en apparence d'un morceau de fer doux, et cependant elle présente des propriétés différentes; le verre trempé a de même des propriétés qui le distinguent du verre ordinaire, et cependant leur texture est la même; nous tenons, pour notre part, comme certain que, chez les aliénés, les cellules nerveuses sont modifiées, car c'est une loi en physiologie que la fonction est subordonnée à la texture; si la lésion de l'organe nous échappe en pareil cas, c'est parce que nos moyens d'investi-

(1) Ball et Ritti, article DÉLIRE, du *Dictionnaire des sciences médicales*. Ce travail est le plus considérable qui existe sur ce sujet; nous y avons trouvé d'importantes indications pour la rédaction de cet article.

gation sont insuffisants et ne nous permettent pas de la découvrir.

Les diverses causes de délire que nous venons de passer en revue ne le produisent pas chez tous les sujets avec la même constance, la même acuité et les mêmes caractères. Les délires toxiques même, qui sont les plus fixes dans leur forme, diffèrent chez les divers individus qui en sont atteints; deux malades en proie au délire alcoolique présentent à côté de traits communs des dissemblances notables dans les symptômes; il faut donc là, comme toujours, considérer comme un élément d'une importance capitale le mode de réaction du sujet atteint.

§ 3. — Physiologie et caractères du délire.

Nous reconnaissons dans la vie psychique quatre séries de fonctions principales: La *sensation*, la *pensée*, le *sentiment* et l'*action*.

Ces fonctions n'agissent pas isolément, elles réagissent les unes sur les autres et *s'associent* entre elles, de manière à constituer l'unité psychique. Sous l'influence des divers états pathologiques qui frappent isolément ou inégalement ces derniers éléments de la vie mentale, l'unité psychique tend à se dissocier, et nous aurons à étudier successivement les lésions des sensations, de l'intelligence proprement dite, des sentiments et des actes.

Mais il est encore un point que nous avons indiqué au début de ce chapitre, et sur lequel il nous faut revenir; tantôt l'individu a conscience des opérations qui se passent au dedans de lui et peut dans une certaine mesure les diriger; tantôt il perd ce pouvoir et peut même devenir tout à fait inconscient.

Des faits de ce genre s'observent à l'état normal, et il en est de l'encéphale comme de la moelle dont les fonctions s'exercent régulièrement et automatiquement sous la direction des centres nerveux les plus élevés qui n'interviennent que de loin en loin.

L'individu qui marche dans la rue le fait automatiquement, l'intelligence n'intervenant que pour surveiller les mouvements et de temps en temps pour en modifier la direction; de même les mouvements des doigts du pianiste et du violoniste se produisent automatiquement sous l'influence de centres spinaux ou mésocéphaliques. Ils ont acquis cette aptitude par le fait d'une éducation spéciale. Il y a de l'*automatisme spinal* dans tous nos actes, même les plus simples en apparence; il y a de même un *automatisme cérébral* chez l'homme le plus raisonnable. Les idées et les déterminations sont incohérentes,

si ce n'est lorsque l'attention se trouve fixée (Esquirol); *si le sujet ne jouit plus de la faculté de diriger son attention, il rêve s'il est endormi, il a le délire s'il est éveillé.*

Dans le rêve, il y a exercice involontaire des facultés; « les idées s'enchevêtrent pour former mille combinaisons, souvent les unes plus bizarres que les autres et auxquelles le rêveur assiste sans pouvoir ni les diriger ni les modifier (Ball et Ritti). » Ces idées incohérentes et contradictoires ne sont que le rappel de sensations et d'images perçues durant la veille.

L'automatisme cérébral est également le principal caractère du délire; « plus j'observe les aliénés, dit Baillarger, plus j'acquiesce la conviction que c'est dans l'exercice involontaire des facultés qu'il faut chercher le point de départ de tous les délires. »

M. Ach. Foville a divisé le délire en *vésanique* et *non vésanique*. Celui-ci n'est qu'un symptôme accessoire ou une complication d'un état morbide quelconque; celui-là constitue par lui-même une maladie propre, la folie. A l'exemple de MM. Ball et Ritti, nous adopterons cette division, en raison de son utilité pratique et sans nous dissimuler les objections de principe qu'on peut lui opposer et qu'a reconnues son auteur (1).

A. DU DÉLIRE NON VÉSANIQUE. — Il peut exister en l'absence de toute lésion appréciable; plus souvent il est symptomatique d'une altération cérébrale, d'une phlegmasie, d'une fièvre ou d'une intoxication. On peut en distinguer trois variétés d'après l'intensité des troubles fonctionnels.

A son degré le plus faible, il consiste en *rêveries* qui se dissipent lorsque l'on excite l'attention du malade. Elles se produisent surtout le soir et la nuit et se traduisent par des paroles décousues et sans suite.

A un degré plus avancé, le malade divague constamment, il a des hallucinations, il prononce des paroles dépourvues de sens; ses conceptions délirantes ont le plus souvent pour thème ses occupations ordinaires; assez souvent il cherche à se lever pour se diriger vers des objets qu'il croit voir ou se rendre à l'appel de voix qu'il entend (Ball et Ritti).

(1) Le délire, dit M. A. Foville, est, dans son essence, un seul et même phénomène; il est toujours l'expression d'un état morbide, organique et dynamique, des hémisphères cérébraux et la distinction en délire vésanique et non vésanique ne peut en aucune façon reposer sur une différence dans la nature même du phénomène (*Dictionnaire de méd. et de chir. pratiques* de Jaccoud. Paris, 1872, t. XI, p. 1.)

Dans les formes intenses, l'agitation est violente; les traits sont altérés; le malade, en proie à des hallucinations, le plus souvent terrifiantes, interpelle des individus imaginaires; il ne reconnaît plus les personnes qui l'entourent; laissé libre, il se lève et parcourt au hasard la chambre où il se trouve; s'il est attaché, il s'agitte incessamment, crie, crache autour de lui et injurie ceux qui l'entourent; sa sensibilité paraît complètement abolie; il se produit des évacuations involontaires. Ce malade a les yeux brillants et égarés, les pommettes colorées, la face couverte de sueurs et le pouls fréquent. Ces accidents peuvent être passagers ou durer quelques jours.

La forme suraiguë s'observe surtout dans le cas de délire idiopathique (délire aigu des aliénistes), dans la méningite aiguë, au début des fièvres, et dans le rhumatisme cérébral.

Elle varie, comme les autres formes, suivant les circonstances dans lesquelles elle se produit.

Dans la variole, le délire peut se produire aux différentes périodes de la maladie. Celui qui accompagne l'invasion n'a pas de gravité, si ce n'est lorsqu'il persiste au moment où se fait l'éruption; c'est tantôt un délire doux et tranquille, tantôt un délire violent. Pendant la période de suppuration, le délire peut être également tranquille, et il n'a pas alors de signification fâcheuse; il n'en est pas de même quand il est violent et s'accompagne d'agitation; les malades cherchent à se lever, et il n'est pas rare qu'ils se précipitent par la fenêtre.

Le délire est fréquent dans la fièvre typhoïde, mais c'est aller trop loin que l'y considérer, avec MM. Ball et Ritti, comme presque constant. Dans les formes moyennes, il ne se produit guère qu'au moment de la période d'état; il est le plus souvent tranquille et doux, ordinairement nocturne; commençant le soir par des paroles incohérentes et de l'agitation, il fait place le lendemain matin à la stupeur et à la somnolence; d'autres fois il est diurne ou persistant, et présente alors plus de gravité (Ball et Ritti).

Dans les formes cérébrales, on voit souvent se produire, dès les premiers jours, un délire furieux: le malade est en proie à des hallucinations terrifiantes; il cherche à se lever; ses yeux sont hagards; sa face est rouge et animée; c'est le tableau de la manie aiguë: ces formes sont toujours graves, bien qu'elles puissent guérir.

Le délire de la convalescence peut être le prolongement de celui de la période d'état ou un délire nouveau dû à l'inanition ou aux modi-

fications provoquées dans l'encéphale par la maladie; il est assez souvent *(partiel, et caractérisé par des idées fixes; il peut être mélancolique, religieux ou ambitieux)*(1); sa durée varie de quelques jours à plusieurs semaines; on l'a même vu persister sous forme de mélancolie (Griesinger).

La fièvre intermittente peut s'accompagner de délire dans sa forme régulière, lorsqu'elle est intense; ce symptôme caractérise une de ses formes pernicieuses, et aussi une de ses formes larvées.

(Dans le rhumatisme, le délire marque ordinairement l'invasion de l'encéphalopathie aiguë; l'agitation et la loquacité des malades en sont souvent les phénomènes initiaux; puis surviennent de l'exaltation, des hallucinations de la vue et de l'ouïe, des actes désordonnés; mais ces phénomènes sont de courte durée, car ordinairement, au bout de peu d'heures, les malades tombent dans le coma (2).

A côté de cette forme aiguë, il faut en distinguer une chronique qui revêt les caractères de l'agitation maniaque ou de la dépression mélancolique; elle se manifeste d'habitude vers la fin de la maladie. (Le délire aigu du rhumatisme se retrouve, d'après Scudamore, chez les goutteux.)

(Dans la phthisie pulmonaire, le délire éclate souvent à la dernière période de la maladie, quand la fièvre s'allume chez les sujets épuisés.) « C'est, dit M. Ball, l'expression cérébrale de l'asphyxie, c'est la dernière manifestation d'un cerveau grisé par l'acide carbonique qui circule dans ses veines. Le caractère vague, flottant, mal défini de ce délire, les hallucinations de la vue qui l'accompagnent volontiers le rapprochent des délires toxiques (3). »

Les maladies du cœur donnent lieu souvent à du délire; c'est le mode de réaction des circonvolutions contre les troubles que subit leur circulation artérielle et veineuse. Les malades atteints d'affection mitrale deviennent parfois violents, et se livrent à des actes agressifs contre les personnes qui les entourent; dans l'asystolie, il se produit souvent des hallucinations; ce sont surtout des visions nocturnes, qui sont parfois, mais non constamment, terrifiantes (4); on a observé aussi du délire des actes; ordinairement ces accidents se reproduisent

(1) Bucquoy et Hanot, *Quelques remarques cliniques sur le délire dans la fièvre typhoïde* (Archives gén. de méd., 1881).

(2) E. Besnier, article RHUMATISME du Dictionnaire encyclopédique.

(3) Ball, *Phthisie et folie* (l'Encéphale, 25 juin 1881).

(4) Peter, *Leçons de clinique médicale* 1. 1873.

sous forme d'accès de courte durée; les impulsions au suicide sont exceptionnelles.

Le délire d'inanition, qui peut se produire à l'état pathologique dans les affections du tube digestif et dans les fièvres de longue durée, se présente, d'après Becquet (1), sous deux formes différentes. Dans l'une, la forme bénigne, le délire est calme; en proie à des hallucinations, le malade prononce des paroles sans suite; ces accidents cessent assez souvent quand les malades commencent à se nourrir pour reprendre ensuite avec plus d'intensité. Dans la forme grave, l'agitation est continuelle; on trouve dans les récits de naufrage la description des accès de fureur auxquels se livrent parfois les affamés; les malades peuvent tomber dans le coma au bout de quarante-huit heures et succomber rapidement.

Au moment de l'accouchement, il se produit parfois un accès passager de délire qui est ordinairement furieux et bruyant, et peut conduire au suicide ou à l'infanticide.

Parmi les délires toxiques, le plus fréquent est celui de l'alcoolisme. L'accès de délirium tremens est un épisode aigu de l'alcoolisme chronique; il éclate souvent sous l'influence d'une affection intercurrente ou d'une violente émotion; d'autres fois il se produit sans provocation: « c'est en quelque sorte le vase trop plein qui déborde spontanément » (2). Pendant la crise, la scène est désordonnée: « la face s'injecte, l'œil devient brillant, hagard; la physionomie bouleversée revêt l'expression de l'étonnement, de l'inquiétude et de la terreur; les lèvres, la langue, les muscles de la face, les membres sont pris de tremblement; le malade s'agite, se démène, il parle sans cesse, d'une voix brève, saccadée, impérieuse; il voit des êtres imaginaires qui l'entourent et le menacent, il les interpelle et se défend contre eux... (3) »; l'insomnie est complète.

La conscience n'est pas entièrement anéantie, ou plutôt elle peut être réveillée; en interpellant brusquement le malade, on peut fixer son attention et interrompre le délire. Les phénomènes dominants, dans ce délire, sont les hallucinations portant surtout sur la vue; elles sont nombreuses, répétées et mobiles et provoquent une impression d'inquiétude et de terreur.

(1) Becquet, *Du délire d'inanition dans les maladies* (Archives gén. de médecine, 1866).

(2) A. Fournier, article ALCOOLISME du Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques.

(3) Fournier, *loc. cit.*

On dit généralement que la (belladone) et les autres solanées vireuses peuvent donner lieu à des accidents analogues à ceux du délirium tremens : dans deux faits que nous avons observés, la forme du délire était tout autre, les malades chantaient et avaient des hallucinations gaies.

L'action du haschich s'exerce, d'après Moreau de Tours, sur toutes les facultés à la fois ; elles sont exaltées en même temps que la volonté se trouve d'abord affaiblie, puis anéantie, et les malades arrivent ainsi à l'état d'automatisme intellectuel.

B. DU DÉLIRE VÉSANIQUE. — Ce délire peut être *général* ou *partiel*.

a. Le *délire général* est celui dans lequel il existe des troubles de toutes les fonctions psychiques, la sensation, la pensée, le sentiment et l'action. Il se présente sous deux formes principales, le délire *maniaque* et le délire *mélancolique* ; quand ces deux formes se succèdent alternativement chez le même sujet, on a la *folie circulaire*.

a'. Dans le *délire maniaque*, toutes les facultés sont exaltées ; souvent il se produit des hallucinations des sens qui, bien que le plus souvent passagères, contribuent à exciter les idées délirantes. Au début, il semble n'y avoir qu'un certain degré d'excitation psychique ; mais bientôt les conceptions surviennent en foule et cessent d'être coordonnées ; ce sont alternativement des idées de grandeur, des idées religieuses, des idées érotiques qui se succèdent avec rapidité ; la loquacité est souvent intarissable ; les *sentiments* affectifs, quelquefois exaltés, sont plus souvent perversés ou annihilés ; les conceptions délirantes poussent les malades à des *actes* déraisonnables ; ils ne peuvent rester en place, parlent, chantent, s'agitent et peuvent tuer ou voler.

« L'accumulation des forces nerveuses est telle qu'ils la dépensent à tout propos, dans toutes les directions, et qu'il faut les moyens de contention les plus énergiques pour arriver à les maîtriser. » (Luys (1).

b'. Le *délire général mélancolique* a pour caractère dominant la dépression persistante des fonctions psychiques ; les malades sont dans un état de profond abattement ; leur face est morne et sans expression ; ils gardent un silence absolu ou ne répondent qu'à voix basse et par monosyllabes ; immobiles, les yeux baissés et fixes, ils restent indifférents à ce qui les entoure, en proie à une tristesse que

(1) Luys, *Traité clinique et pratique des maladies mentales*, 1883.

rien ne peut dissiper ; des conceptions délirantes les tourmentent ; ils se croient ruinés, perdus, damnés ; leurs sentiments affectifs sont amoindris ou perversés ; l'existence leur est pénible, et il n'est pas rare de les voir refuser toute espèce d'aliments ou recourir au suicide ; à son plus haut degré, cet état de dépression mentale constitue la *stupeur mélancolique*.

Il n'est pas rare que le délire général mélancolique s'accompagne de réactions motrices. Les malades ne peuvent rester en place, ne cessent de se lamenter, vont et viennent en gémissant et en répétant constamment les mêmes paroles. C'est là la *mélancolie anxieuse* (1).

b. *Délire partiel*. — Il consiste en un trouble isolé ou partiellement coordonné des différentes fonctions psychiques. L'altération psychique peut être limitée aux sensations, à la pensée, aux sentiments ou à l'action ; le plus souvent elle est complexe.

Le *délire des sensations* constitue les *illusions* et les *hallucinations*. (L'*illusion* (2) est l'évocation d'une image non adéquate à l'objet extérieur.)

(L'*hallucination* est une sensation survenant sans que les organes des sens aient été excités d'une manière appréciable.)

Falret distingue deux groupes d'illusions sous les noms d'*illusions* de l'intelligence et d'*illusions internes*.

Dans les premières, le délire modifie la sensation ; sous son influence, elle est altérée et ne donne pas une idée exacte de l'objet qui l'a fait naître : dans le second, la cause qui provoque la sensation anormale réside dans l'organisme.

Dans le délire et la manie aigus, les illusions sont très nombreuses et ont pour point de départ plusieurs sens à la fois ; les alcooliques en accès de *delirium tremens* appellent leurs chevaux, prennent pour leurs camarades les personnes étrangères qui les entourent ; des bruits légers sont perçus comme des détonations ; ces illusions sont si complexes qu'on a peine à les analyser. L'étude de celles qui sont associées aux différents délires partiels donne des résultats plus nets ; elles ont le plus souvent pour point de départ la vue ou l'ouïe ; les malades interprètent inexactement la forme, la couleur, la situation et les dimensions des objets ; ils méconnaissent la personnalité des sujets qui les approchent, croient voir une expression ironique ou

(1) Marcé, *Traité pratique des maladies mentales*, 1862.

(2) Esquirol, *Des illusions chez les aliénés*, 1832. — Motet, article *ILLUSIONS* du *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*.

malveillante sur la physionomie des personnes qu'ils rencontrent, s'imaginent que les conversations qu'ils entendent indistinctement se rapportent à leur propre personne; le moindre bruit les effraye. Le tact peut être également l'origine d'illusions : certains malades se croient assez légers pour s'élever dans les airs. Il faut admettre enfin des illusions du goût et de l'odorat; certains sujets refusent de manger parce qu'ils trouvent mauvais tout ce qu'on leur sert; d'autres renoncent au tabac pour le même motif.

Les illusions internes ont, comme les précédentes, un point de départ réel. M. Motet rapporte l'histoire d'un aliéné lypémanique qui, se croyant en butte à l'action de quatre puissantes machines électriques placées aux points cardinaux, restait assis sur son lit; les détails qu'il donnait sur la nature de ses sensations et les conditions dans lesquelles elles se produisaient montraient qu'elles reconnaissaient pour point de départ les battements des artères. Le même auteur cite, d'après Falret, le cas d'une femme qui ressentait une grande pesanteur dans le bas-ventre et s'imaginait avoir un loup dans le corps : la sensation était produite par un prolapsus utérin et cessa ainsi que l'illusion dont elle avait été le point de départ sous l'influence d'un pessaire bien appliqué.

Les hypochondriaques ont le plus souvent des illusions internes : attentifs aux sensations obscures et vagues qui, chez eux comme chez tous les sujets, se produisent du côté des différents viscères, ils leur attribuent une signification qu'elles n'ont pas.

Quel que soit le point de départ externe ou interne de l'illusion, celle-ci est toujours un phénomène psychique et, à cet égard, elle présente les plus grandes analogies avec l'hallucination. Il est impossible de tracer une ligne de séparation nette entre ces deux ordres de phénomènes. Il n'est pas rare que des hallucinations soient provoquées par des lésions du système nerveux périphérique; elles se confondent alors avec les illusions d'origine interne.

Il est plus important de distinguer l'hallucination proprement dite des sensations subjectives, telles que bruits, bourdonnements d'oreilles, lueurs, odeurs ou saveurs, douleurs dans les diverses parties du corps, etc. Ces sensations subjectives simples sont souvent l'occasion de conceptions délirantes chez les aliénés, mais elles ne portent pas en elles-mêmes la marque d'un travail intellectuel et peuvent avoir leur origine dans des lésions du système nerveux périphérique. Les hallucinations vraies consistent, au contraire, dans des visions d'objets, de

personnages, d'animaux dont l'image est restée dans la mémoire ou qui sont le produit de l'imagination; pour l'ouïe, ce ne sont plus des détonations, des bourdonnements, mais des voix prononçant des paroles, des phrases ayant un sens déterminé. L'état cérébral, qui correspond à la perception des objets extérieurs, se produit alors automatiquement, tantôt pour des images d'objets réels restées dans la mémoire, tantôt pour des conceptions imaginaires (1).

(L'hallucination (2) ne s'observe pas exclusivement chez les fous ou les sujets en état de délire; à l'état physiologique, le rêve offre avec elle les plus grandes analogies; elle se produit assez fréquemment dans la période intermédiaire à la veille et au sommeil (période hypnagogique); elle peut survenir chez des sujets qui apprécient la fausseté de leur sensation; elle peut même être considérée comme réelle par des hommes qu'à tout autre égard il est impossible de considérer comme des fous : il nous suffira de citer le Tasse, Luther et Pascal.

Le plus ordinairement cependant l'hallucination est associée au délire; elle accompagne souvent celui de la fièvre; on l'observe ainsi dans la variole, dans la pneumonie, dans l'érysipèle; un jeune sujet atteint de cette dernière affection voyait son lit envahi par une quantité de souris et voulait prendre la fuite.

Les mêmes poisons que nous avons vus provoquer le délire, l'alcool, les solanées, l'opium et le haschish, donnent lieu de même à des hallucinations; celles de l'alcoolisme sont le plus souvent observées; elles portent presque exclusivement sur la vue : les malades se croient entourés de leurs amis et transportés au lieu habituel de leur travail; ils interpellent des personnages imaginaires; d'autres fois ils luttent contre des animaux qui les menacent; ces hallucinations sont plus multipliées à mesure que le jour tombe (Motet). Dans l'empoisonnement par le haschish, il s'opère une sorte de fusion entre l'état de rêve et l'état de veille : on rêve tout éveillé.

L'inanition, les maladies adynamiques, les cachexies de toute nature, toutes les causes d'anémie, donnent lieu à ces mêmes troubles fonctionnels; on les a signalés dans l'état puerpéral, l'hy-

(1) J. Cotard, article FOLIE du *Diction. encyclop. des Sciences médicales*.

(2) Esquirol, *Dictionnaire en 60 volumes*. — Baillarger, *Des hallucinations, des causes, qui les produisent et des maladies qui les caractérisent (Mém. de l'Acad. de méd. Paris 1846)*. — Marcé, ouvrage cité. — A. Motet, article HALLUCINATIONS du *Nouveau dictionnaire de Jaccoud*, Paris, 1873, t. XVII. — H. Schule, *Handbuch der Geisteskrankheiten*, 1878. — Kraft-Ebing, *Lehrbuch der Psychiatrie*, 1879. — A. Maury, ouvrage cité. — J. Luys, ouvrage cité.

térie et la chorée; leur importance est considérable dans l'épilepsie, en raison de leur violence et des actes qu'ils peuvent provoquer; ils peuvent précéder ou suivre l'accès; souvent ils sont liés au petit mal et sont alors plus persistants; c'est sous leur influence que l'épileptique assassine ou allume l'incendie.

Dans la folie chronique, l'hallucination joue le plus souvent le rôle dominant. Elle prend un caractère de netteté et de précision qu'elle ne présente pas dans les états aigus.

M. Baillarger distingue deux variétés d'hallucinations : (les *psycho-sensorielles* et les *psychiques*.)

A. *Hallucinations psycho-sensorielles*. — Les plus fréquentes sont celles de l'ouïe; elle constituent le symptôme fondamental du délire de persécution. Certains malades entendent des bruits musicaux, ou le son des cloches, mais le plus ordinairement l'hallucination se produit sous la forme de voix graves ou aiguës, douces ou fortes; confuses au début, elles deviennent, à mesure que la maladie progresse, plus nettes et plus distinctes; elles sont rapportées d'abord à des êtres impersonnels, « puis, à mesure que le délire s'accroît davantage, il se personnifie, c'est-à-dire que l'aliéné donne un nom aux imaginaires persécuteurs dont la voix se fait si souvent entendre; dans les cas les plus simples, il n'y a qu'un seul interlocuteur; dans d'autres, le nombre augmente; trois, quatre ou plus encore s'entre-tiennent avec l'aliéné, et il n'est pas rare de constater ce phénomène étrange de la contradiction dans le dialogue de ces voix, les unes disant la vérité, les autres proférant des mensonges » (A. Motet).

Souvent ces voix sont impératives, et sous leur influence le malade commet des actes qu'il déclare ensuite vivement regretter. Les voix peuvent n'être perçues que par une seule oreille; nous verrons bientôt l'intérêt de ces faits. Les hallucinations de l'ouïe sont les plus persistantes et celles dont le pronostic est le plus fâcheux.

Les hallucinations de la *vue* sont en rapport avec la nature des idées délirantes. On les observe fréquemment dans les troubles psychiques consécutifs aux névroses convulsives, telles que l'hystérie, l'épilepsie, la chorée, ainsi que dans les délires toxiques. Elles se produisent souvent aussi sous l'influence du délire mystique et consistent alors d'habitude en visions d'anges, de démons ou de lettres écrites dans le ciel; tantôt les images sont nettes, tantôt ce sont des formes mal accusées. Ces hallucinations restent ordinairement les mêmes chez les mêmes sujets; elles se produisent plus souvent dans l'obs-

curité; leur persistance est moindre que celle des hallucinations de l'ouïe.

Les hallucinations de l'*odorat* ne sont pas rares, surtout chez les persécutés, où elles accompagnent fréquemment les hallucinations de l'ouïe et de la sensibilité générale et sont le point de départ des idées d'empoisonnement que manifestent si souvent ces sujets; les malades sentent des odeurs le plus souvent fétides, quelquefois agréables; nous connaissons un jeune homme chez lequel elles se sont produites plusieurs fois en même temps que des idées hypochondriaques sans qu'il y ait eu véritable folie. Elles coïncident généralement avec une altération du *goût* et sont habituellement associées aux troubles de l'ouïe et de la vue.

Les hallucinations du *tact* et de la *sensibilité générale* peuvent être fort diversés; ce sont des sensations douloureuses, des décharges électriques, des piqûres d'aiguilles, des morsures d'animaux, etc.

M. Luys a montré que la sensibilité musculaire, avec ses diverses modalités, est susceptible d'engendrer certaines sensations de nature hallucinatrice; telles sont les secousses électriques. D'autres hallucinations dérivent d'une perturbation survenue dans les opérations de la sensibilité viscérale, portant sur des sensations subjectives irradiées de tel ou tel organe (1): telles sont les sensations que les hypochondriaques éprouvent intérieurement et qu'ils rapportent à la présence d'un animal; les mêmes malades se sentent grandir ou rapetisser; ils croient que leur cerveau se détache, que leurs nerfs se raccourcissent, etc. Cet ordre spécial des sensations viscérales amène un état émotif continu qui absorbe toute l'attention du malade (Luys).

Les hallucinations *générales* comptent parmi les plus fréquentes; on les observe surtout, mais non exclusivement, chez les hystériques; les malades s'imaginent avoir des rapports avec des êtres fantastiques qui s'introduisent près d'elles.

B. *Hallucinations psychiques*. — Ce sont des phénomènes auditifs sans caractère sensoriel; des voix partent de l'intérieur du corps; les malades qui ont eu des hallucinations de l'ouïe les en séparent nettement; ce sont « des voix intérieures, le langage d'âme à âme, à la muette, le langage de la pensée. » M. Baillarger, le premier, les a bien décrites.

Les hallucinations peuvent être continues ou intermittentes, bila-

(1) J. Luys, *loc. cit.*