

canaux éjaculateurs produisent par cela même la stérilité; il en est de même de celles qui entravent la genèse des spermatozoïdes dans les testicules; nous citerons l'atrophie de ces organes, qu'elle résulte d'une compression, d'un trouble circulatoire, d'une tumeur ou d'une inflammation. C'est sans doute par une action de même ordre que le séjour dans les pays chauds rend inféconds les Européens du Nord qui vont y vivre.

Chez la femme, la stérilité peut résulter d'un trouble dans les *fonctions de l'ovaire*, d'un trouble dans l'*imprégnation* de l'ovule, d'un trouble dans sa *migration* ou d'un obstacle à son *implantation* dans la matrice (Siredey et Danlos).

a. *Stérilité par troubles dans les fonctions de l'ovaire.* — Toutes les altérations de cet organe peuvent enrayer le développement des ovules et produire ainsi la stérilité; nous citerons son évolution incomplète, ses inflammations, les tumeurs qui s'y manifestent, etc. Les ovules en pareil cas manquent ou ne sont pas susceptibles d'être fécondés.

b. *Stérilité par troubles de l'imprégnation ovulaire.* — Dans les conditions normales, l'ovule est imprégné par les spermatozoïdes, soit à la surface de l'ovaire, soit dans la portion la plus externe de la trompe; il est douteux qu'il puisse l'être encore dans la partie interne de ce conduit et dans l'utérus, car il est alors entouré d'une couche de mucus qui ne permet pas aux spermatozoïdes de se mettre en rapport avec lui. On peut conclure de là que tout obstacle à la migration des zoospermes jusqu'à la partie externe de la trompe est une cause d'infécondité. Nous ne parlerons pas ici du vaginisme, ni des autres obstacles à l'accomplissement des rapports sexuels, car nous avons admis dans notre définition que ceux-ci peuvent se faire régulièrement; mais l'obstacle à la migration des spermatozoïdes peut être situé dans l'utérus; le plus souvent il est constitué par une étroitesse congénitale ou un rétrécissement acquis du col.

Dans le premier cas, cette partie présente presque constamment une forme conique et pointue; son orifice externe est petit et à peine reconnaissable. Plus rarement l'atrésie siège à l'orifice interne. Le col rétréci est le plus souvent obstrué par un bouchon muqueux qui forme un obstacle bien difficilement franchissable aux spermatozoïdes; il est produit par une métrite du col qui devient ainsi une cause importante de stérilité. Les changements de position de l'utérus, versions, flexions, abaissements, ne jouent, d'après Siredey et Danlos, qu'un rôle tout à fait secondaire dans la production de l'infécondité. Au contraire, toutes les obstructions des trompes, quelle qu'en soit la cause, agissent comme le rétrécissement du col. L'obstacle au

cheminement des spermatozoïdes peut être de nature chimique; il est d'observation qu'ils meurent rapidement dans un milieu faiblement acide; or le mucus vaginal peut présenter cette réaction et empêcher ainsi la conception.

c. *Troubles de la migration ovulaire.* — A l'époque menstruelle, le pavillon de la trompe vient s'appliquer à la surface de l'ovaire et l'ovule pénètre dans ce conduit.

Chaque fois que des conditions anormales viennent troubler ce mécanisme et que l'ovule se trouve dans l'impossibilité de pénétrer dans l'utérus, la gestation régulière devient impossible, et, si le spermatozoïde a pu cheminer jusqu'à l'ovule, c'est en dehors de l'utérus que l'embryon se développe. La péritonite chronique, en fixant le pavillon dans une position anormale, est ainsi une cause fréquente d'infécondité; il en est de même des tumeurs pelviennes et surtout ovariennes.

d. *Stérilité par obstacles à l'implantation de l'ovule fécondé dans la matrice.* — Pour que l'ovule fécondé puisse s'implanter dans la muqueuse utérine et s'y développer, il faut, selon toute apparence, que cette membrane soit saine; il est très probable que son inflammation est une cause fréquente de stérilité.

CHAPITRE XII

TROUBLES DES FONCTIONS D'INNERVATION

ARTICLE 1^{er}. — DÉLIRE (1).

§ 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.

(1) Notre collègue Ritti a bien voulu, dans cette édition, donner le concours de ses connaissances spéciales en médecine mentale à la révision de cet article et du suivant, comme l'avait fait pour la précédente notre bien regretté ami J. Cotard.

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 bases 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 hémorragie 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-crâniennes 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'attribuer, 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 diphtérie, 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'investigation sont insuffisants et ne nous permettent pas de la découvrir.

Les diverses causes du 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.

(1) Ball et Ritti, art. 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.

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. »

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. 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.

(1) Le délire, dit 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).

A son degré le plus faible, il consiste en rêvasseries 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).

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'agite 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 le 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 modifications 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

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

(2) E. Besnier, art. RHUMATISME du *Dictionnaire encyclopédique*.

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

souvent des hallucinations; ce sont surtout des visions nocturnes, qui sont parfois, mais non constamment, terrifiantes (1); on a observé aussi du délire des actes; ordinairement ces accidents se reproduisent 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 (2), 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 » (3). 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... (4) »; 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) Peter, *Leçons de clinique médicale*, t. I, 1873.

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

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

(4) Fournier, *eod. loc.*

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. 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 pervertis 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 rien ne peut dissiper; des conceptions délirantes les tourmentent; ils se croient ruinés, perdus, damnés; leurs sentiments affectifs sont amoindris ou pervertis; l'existence leur est pénible, et il n'est pas rare

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

de les voir refuser toute espèce d'aliments ou recourir au suicide; à son plus haut degré, cet état de dépression mentale constitue la *stupidité 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 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

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

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

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 reconnaissent 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).

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