

courte durée. Ceci est vrai non seulement pour les cas mortels, mais même aussi pour ceux qui se terminent par la guérison.

M. Fayrer rapporte un très grand nombre d'observations de morsures de serpents (1). J'ai parcouru avec soin toutes ces observations et je n'ai pas trouvé une seule mention de délire, cependant il y avait là réunis tous les éléments nécessaires à sa production. On trouve continuellement dans les descriptions les mots d'effroi, de dépression, de léthargie, de stupeur, de coma, de perte de connaissance.

Mais tant que les symptômes terminaux ne se manifestaient pas, l'intelligence des victimes paraît avoir toujours été remarquablement saine. Dans quelques cas, la mort arrivait en quelques minutes; en quelques heures, dans d'autres cas; au bout de neuf jours, dans un cas douteux, et cependant il n'est jamais question de délire. Comme dit M. Fayrer, « le poison tue en annihilant la source de la force nerveuse. » Il cite ce fait que la pyohémie peut se déclarer quand le patient vit assez longtemps pour qu'il y ait suppuration de la plaie produite par la morsure. Naturellement le délire pourrait survenir comme conséquence de cette complication, mais je ne crois pas qu'il y ait des cas où cela soit arrivé. L'effroi est quelquefois si grand qu'il met le patient à deux doigts de la mort et on recommande alors comme traitement de lui rendre le courage et de l'égayer. Cela serait évidemment bien inutile s'il y avait du délire. Ces considérations peuvent s'appliquer également aux cas d'empoisonnement par la morsure du *crotale*. Le D^r Mac Clellan, qui a habité pendant plusieurs années dans une partie de la Géorgie où les serpents à sonnettes sont très communs, m'a raconté avoir observé dix à quinze cas de morsures par ces animaux. La stupeur et le coma, tels étaient les symptômes nerveux que l'on constatait, comme après les morsures de serpents de l'Inde, mais pas de délire. D'énormes quantités d'alcool que l'on administra comme remède n'ont même pas produit l'excitation ébrieuse. Le D^r E. B. Shapleigh a soigné un cas de morsure par le *crotale* à Philadelphie. Le patient conserva sa raison d'un bout à l'autre de sa maladie qui fut courte, et était en pleine possession de sa volonté vingt minutes avant sa mort. Le D^r Weir Mitchell, qui a fait, il y a quelques années, une étude complète sur les effets produits par la morsure du *crotale*, confirme aussi cette ma-

(1) Fayrer, *The Thanatophidia of India*.

nière de voir. Ces observations ont une grande valeur pratique. Si une excitation hystérique intense, s'approchant du délire, ou même si du délire était constaté chez une personne que l'on supposerait avoir été mordue par un serpent venimeux, il y aurait une quasi-certitude que l'accident n'a pas eu lieu. M. Fayrer rapporte, il est vrai, un cas où le patient avait une peur extrême de mourir, mais fut guéri rapidement quand on lui eut montré que le serpent qui l'avait mordu n'était pas venimeux.

Les morsures et piqûres de certaines *araignées* et *insectes venimeux* n'ont pas une action sidérante comme celles des serpents et pourraient donner lieu à la production du délire.

On a décrit une espèce de délire consécutif à la morsure de la tarentule; mais il y a tout lieu de croire que beaucoup, sinon tout ce qu'on raconte de cet animal est du domaine de la légende.

On a vu quelquefois la mort survenir à la suite des piqûres d'abeilles, de guêpes, de frelons. Dans ces cas, il n'y aurait rien de plus vraisemblable que de voir le délire se manifester en raison de la douleur et de l'étendue de la surface atteinte. Il y a là un élément analogue à l'érysipèle, et s'il prend assez d'extension, et que l'excitation fébrile soit élevée, on pourrait très bien voir le délire se développer consécutivement.

Dans l'*hydrophobie*, le stade de fureur pourrait être considéré comme du délire et cependant, pendant le paroxysme, quand on croirait que le délire s'est emparé des facultés cérébrales, il y a une lucidité d'esprit qui est incompatible avec l'idée de délire. Le désordre se montre dans les actes plutôt que dans les paroles, il n'y a pas de bizarrerie dans les idées, car le patient paraît avoir parfaitement conscience de ce qu'il va faire, quoiqu'il n'ait pas un pouvoir de volonté assez fort pour diriger ses actes. Un délire véritable, signe d'épuisement, peut survenir aux approches de la mort.

Dans le *tétanos*, il n'y a pas de délire. Même pendant les plus violents spasmes, l'esprit conserve toujours sa lucidité. Les tractus sensitifs et excito-moteurs directs et réflexes de la moelle sont tendus à leur maximum, tandis que la substance corticale gardant malheureusement son intégrité prend sa pleine part du développement de la douleur.

Dans la *chorée*, il n'y a pas de délire, même quand les sujets qui en sont atteints ont éprouvé de graves traumatismes ou subi des opérations. J'ai rapporté une observation de frac-

ture (1) chez un choréique qui mourut évidemment de l'épuisement produit par ses mouvements incessants et de l'irritation des fragments osseux qui en était la conséquence. Son cerveau était complètement intact. Quelle puis-

sance morbide entretenait cette excitation motrice involontaire, je l'ignore; mais certainement les cellules corticales y étaient complètement étrangères.

Quelquefois le délire traumatique survient

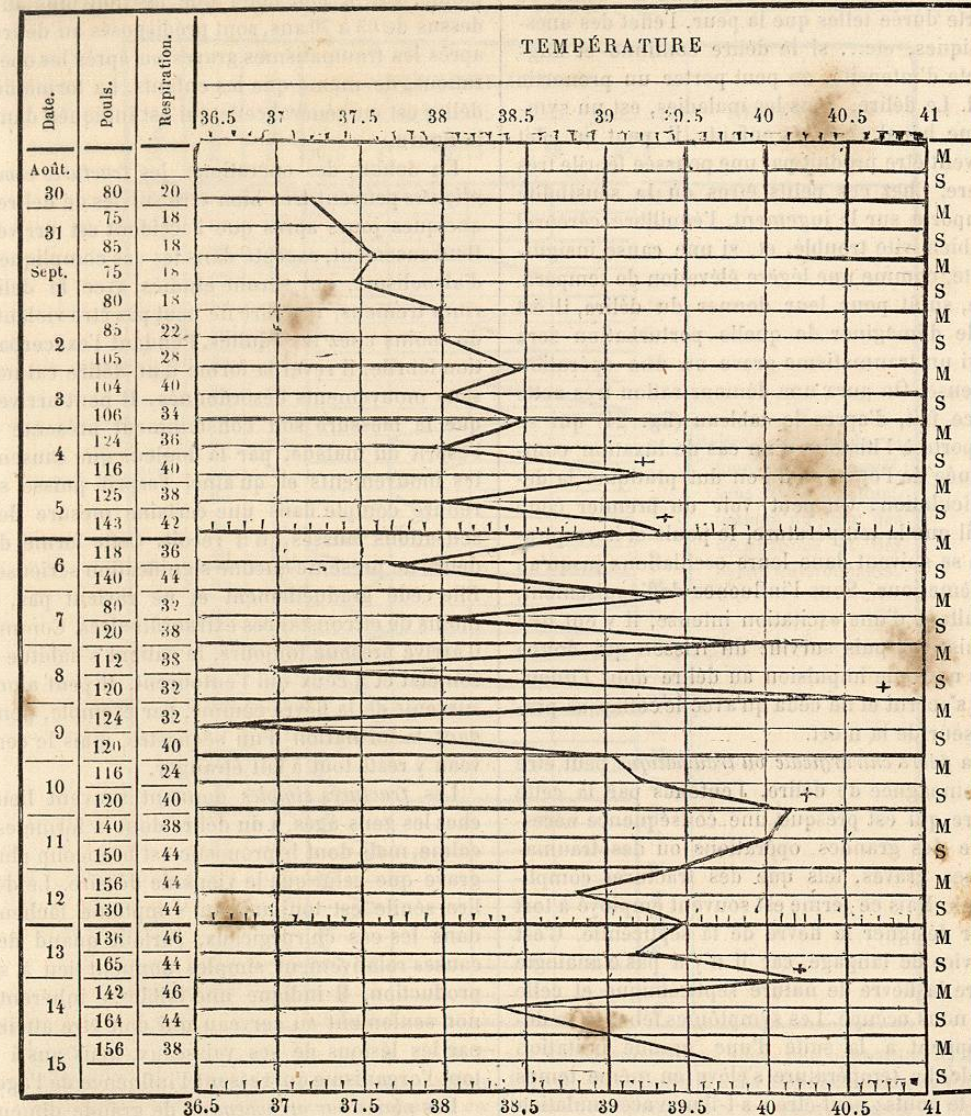


Fig. 24. — Tracé thermométrique de M. N. âgé de 10 ans. Délire traumatique survenu après une désarticulation de l'épaule nécessitée par une luxation compliquée. Le signe + indique que l'élévation de température est survenue après un frisson. L'opération fut faite le 30 août 1880. Le délire qui débuta le 4 septembre (sixième jour) et persista jusqu'à la mort, fut toujours très violent, accompagné de cris et d'hallucinations effrayantes. Le traitement consista en l'administration de bromure de potassium, de la morphine et de l'asa foetida.

après de grandes opérations chirurgicales prati-

(1) Hunt, *Pennsylvania Hospital Reports*, 1869.

quées à la suite de traumatismes graves. Dans ces cas on l'observe bien plus souvent chez les enfants que chez les adultes et il apparaît pro-

bablement après les opérations pratiquées dans les cas de traumatisme récent plutôt que quand la lésion est ancienne ou quand il s'agit d'une maladie. Ce symptôme n'indique rien de bon.

Après avoir éliminé toutes les causes que l'on pourrait invoquer pour expliquer un délire de courte durée telles que la peur, l'effet des anesthésiques, etc... si le délire continue et augmente d'intensité, on peut porter un pronostic fatal. Le délire, dans les maladies, est un symptôme banal chez les enfants, il peut en effet souvent être produit par une poussée fébrile très légère. Chez ces petits êtres où la sensibilité l'emporte sur le jugement, l'équilibre cérébral est bien vite troublé, et, si une cause insignifiante, comme une légère élévation de température, suffit pour leur donner du délire, il est facile d'imaginer de quelle perturbation sera suivi un traumatisme grave ou une opération sérieuse. On aura une démonstration très nette de ce fait, d'après le tableau (fig. 24) qui se rapporte à l'histoire d'un cas de luxation compliquée de l'épaule où l'on dut pratiquer la désarticulation. On peut voir du premier coup d'œil que la température, le pouls et la respiration se suivent dans leurs oscillations jusqu'au dixième jour. Sous l'influence de l'épuisement, résultant d'une excitation intense, il y eut une rémission, puis survint un frisson qui donna une nouvelle impulsion au délire dont l'intensité s'accrut et ne céda qu'avec le collapsus précurseur de la mort.

La fièvre chirurgicale ou traumatique peut être accompagnée de délire. J'entends par là cette fièvre qui est presque une conséquence nécessaire des grandes opérations ou des traumatismes graves, tels que des fractures compliquées. Mais ce terme est souvent employé à tort pour désigner la fièvre de la septicémie. C'est un vice de langage, car il n'y a pas d'analogie entre la fièvre de nature septicémique et celle qui nous occupe. Les symptômes fébriles se développent à la suite d'une grande irritation locale. La température s'élève en même temps que le pouls; peut-être y a-t-il une accumulation de produits de combustion. L'excitation de la circulation et l'élévation de la température viennent agir sur les cellules de la substance grise pour produire les hallucinations et le délire, et les divagations présentent souvent un caractère variable selon les fonctions de la partie affectée. Il y a très souvent un amendement dans les symptômes quand la suppuration s'est établie, mais quelquefois la mort arrive avant la formation du pus. On trouvera un cas de ce

genre admirablement décrit par John Brown (1).

La figure 25 se rapporte à un cas heureux de fièvre traumatique avec délire consécutif à une opération. L'âge du patient a dû sans doute avoir de l'influence sur la production de ce symptôme, car il faut noter que les individus au-dessus de 65 à 70 ans, sont prédisposés au délire après les traumatismes graves ou après les opérations, de même que les enfants. La forme du délire est en général celle qui est indiquée dans la figure.

En dehors des opérations, les fractures compliquées peuvent très bien être suivies de délire, quelques jours après que l'accident est arrivé. Heureusement, excepté dans les cas compliqués d'alcoolisme, qui seront étudiés avec le delirium tremens, le délire ne peut pas être violent, du moins chez les adultes. Pendant l'exacerbation fébrile, il revêt la forme d'un délire calme, sans mouvements désordonnés. Il peut arriver que la blessure soit constamment présente à l'esprit du malade, par la douleur que causent les mouvements et qu'ainsi l'esprit puisse se rendre compte dans une certaine mesure des sensations fausses qu'il reçoit. Cette forme de délire ne présente aucune signification sérieuse. Elle cède graduellement et ne revient pas, à moins de circonstances extraordinaires. Comme il arrive presque toujours, le patient s'habitue à son état et à ceux qui l'entourent. Il peut alors survenir de la fièvre comme, par exemple, pendant la formation d'un séquestre, mais le cerveau y reste tout à fait étranger.

Les fractures simples donnent souvent lieu, chez les gens âgés, à du délire dont la forme est calme, mais dont le pronostic est beaucoup plus grave que celui que je viens de décrire. Le délire sénile est toujours un symptôme fâcheux dans les cas chirurgicaux, surtout quand des causes relativement simples donnent lieu à sa production. Il indique une faiblesse inhérente non seulement au cerveau qui doit être atteint par les lésions de ses vaisseaux, mais aussi à tout l'organisme qui ressent l'influence de l'âge.

Les plaies par arrachement de grande dimension donnent souvent lieu au développement du délire qui peut n'être que transitoire, la fièvre qui l'accompagne présentant un caractère éphémère et méritant à peine le nom de fièvre traumatique. J'ai conservé la feuille de température prise dans un cas de ce genre indiquant ce qui survint, à la suite d'une plaie par arrachement de l'avant-bras, chez une femme de 38 ans. Le

(1) John Brown, *Rab and his Friend*.

jour de l'accident, la température monta de 37°5 à 39°5. Le troisième jour au soir on nota 40°. Puis il y eut une rémission et le degré normal ne fut atteint que le neuvième jour. Il y avait un délire passager dans la nuit, mais le patient conservait sa raison pendant le jour. La

plaie présenta toujours un état excellent et la guérison en fut rapide. Cependant on n'observe pas toujours une marche aussi favorable, dans les cas de plaie par arrachement où la température s'élève jusqu'à 40°. On pourrait avec raison redouter une inflammation excessive, qui pour-

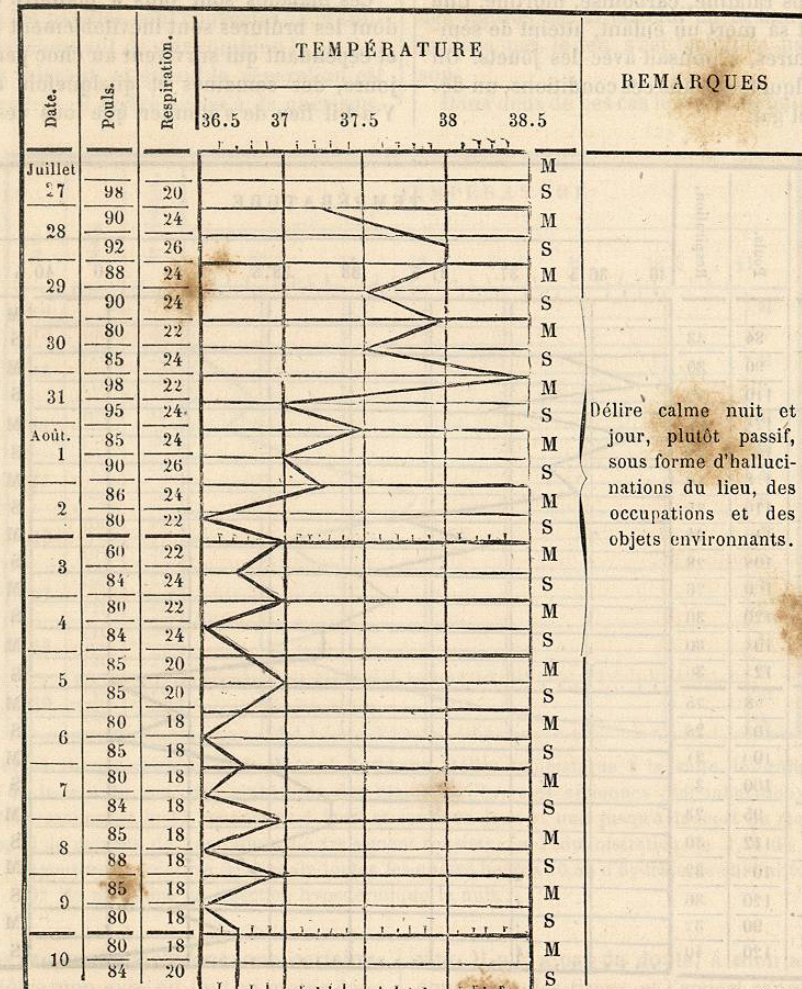


Fig. 25. — Tracé thermométrique de J. A. âgé de 67 ans. Délire traumatique après une amputation de la main nécessitée par une blessure faite par une machine. Le traitement consista dans l'administration de 1 gramme de bromure de potassium avec cinq gouttes de teinture de digitale toutes les quatre heures, et l'injection hypodermique de 0,01 de morphine la nuit. Guérison.

rait être suivie de gangrène. L'élévation soudaine de la température dans le cas précédent est digne de remarque, car, au lieu d'être d'un fâcheux augure, survenant avec le délire, elle signifiait tout simplement que le malade, quoique adulte, avait la susceptibilité d'un enfant. Il n'y avait en effet aucun élément, du côté de la plaie, qui pût en rendre compte. Les plaies

par arrachement, suivant leur marche ordinaire, peuvent donc être les causes d'une véritable fièvre traumatique avec délire.

Les brûlures s'accompagnent de délire plus fréquemment que les autres genres de traumatisme. Quand l'issue est rapidement fatale, quand la réaction du shock ne se produit pas, l'intelligence reste nette jusqu'à la fin. Pendant ce

temps, la sensibilité à la douleur n'existant plus et le sens du toucher se trouvant détruit en même temps que la peau, son principal organe, l'intelligence n'a pas conscience de l'étendue de ce malheur. J'ai vu, à la suite de vastes et profondes brûlures, le patient promener ses regards sur son corps ratatiné, carbonisé, mortifié. Une heure avant sa mort un enfant, atteint de semblables brûlures, s'amusait avec des jouets. On observe quelquefois, dans ces conditions, un délire calme et gai.

« La mort, ayant atteint les parties externes, les laisse insensibles; il ne lui reste plus que l'intelligence dont elle va bientôt s'emparer, elle la surexcite par un foule d'idées bizarres qui se pressent et se heurtent en une confusion incroyable. Il est étrange d'entendre un moribond chanter. »

Ces malades sont plus à plaindre que ceux dont les brûlures sont inévitablement mortelles et cependant qui survivent au choc pendant des jours, des semaines et quelquefois des mois. Y a-t-il lieu de s'étonner que tous ces malades

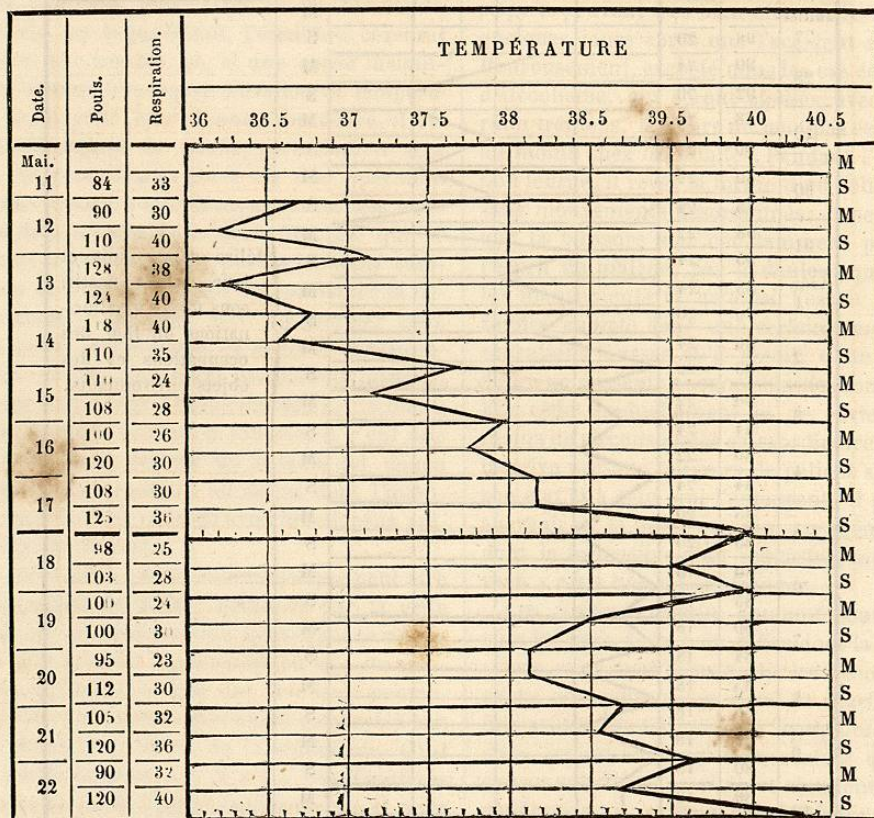


Fig. 26. — Tracé thermométrique de E. K. âgé de 37 ans. Délire traumatique à la suite de brûlures étendues de la face, du cou, des bras, des mains et du tronc, ayant atteint la peau et les aponévroses superficielles. Depuis le 14 mai jusqu'au jour de la mort, le délire n'a pas cessé d'être violent et on dut recourir à l'emploi de moyens de coercition. Le traitement consista en l'administration de 1 gramme de bromure de potassium avec 0,50 d'hydrate de chloral et 5 gouttes de teinture de digitale toutes les quatre heures.

ont le délire qui, chez quelques-uns, dure jusqu'à la fin? Le délire atteint aussi ceux qui guérissent, mais il est variable de durée et d'intensité. Le toucher, le premier des sens, duquel tous les autres dérivent et qui nous permet de nous former une idée du monde extérieur, a subi des désordres énormes et ne donne plus au sensorium que l'impression de la souffrance. Un

nombre considérable de fibres et de cellules sont atteintes dans leurs fonctions de conducteurs et de récepteurs. Les lésions de la surface sont tellement grandes que ce serait un miracle si le centre ne s'en ressentait pas. Je m'attendrais bien plutôt à trouver des exsudations irritatives sur la substance corticale des régions postérieures, dans les cas de brûlures mor-

telles, que des ulcérations dans le duodénum.

En outre de la douleur, comme cause productrice du délire dans les brûlures, la fièvre traumatique avec son cortège symptomatique habituel vient aussi contribuer à son développement. Cependant ce symptôme n'est pas commun, car quand les surfaces sont devenues nettes, que les papilles sont couvertes de granulations, il est étonnant de voir combien le patient est devenu tolérant, et quand la réparation est en plein progrès, il arrive jusqu'à la guérison,

qui est lente à se faire, sans aucun trouble mental.

J'ai devant les yeux les tracés thermométriques de six cas de brûlures avec délire. Il y eut quatre guérisons et deux morts. Parmi ces deux derniers, il y avait un cas de brûlure par le feu et l'autre par l'eau bouillante. Je joins ici les tracés des figures 26, 27 et celui de la figure 28 où la brûlure par le feu s'est terminée par la guérison.

Dans deux de ces cas le délire débuta le second

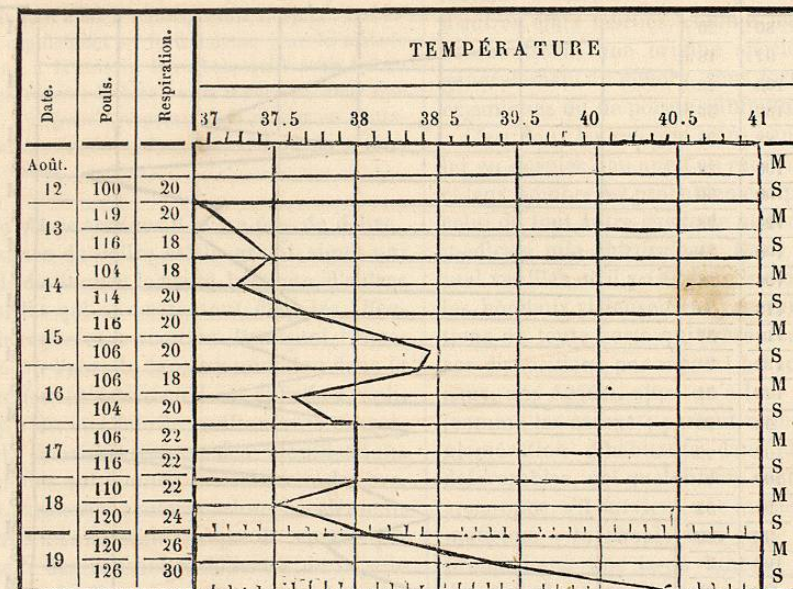


Fig. 27. — Tracé thermométrique de P. M. âgé de 23 ans. Délire traumatique à la suite de brûlure par l'eau bouillante de la face du cou, des avant-bras, des mains et des voies aériennes (par inhalation). Un violent délire furieux commença le 13 août (second jour) et continua jour et nuit jusqu'à la mort du malade nécessitant l'emploi de moyens de coercition. Le traitement consista en l'administration de 1,50 de bromure de potassium; 10 gouttes de teinture de digitale toutes les quatre heures; 0,50 d'hydrate de chloral toutes les six heures et 0,02 de morphine en injection hypodermique la nuit.

jour et dans l'autre, le quatrième jour, certainement trop tôt, à mon avis, ou tout au moins dans les deux premiers cas, d'après ce qui se passe d'habitude dans la fièvre traumatique. Il n'y eut pas de delirium tremens dans ces trois cas. La destruction absolue et rapide de la surface papillaire du derme ne se produit pas à un degré aussi marqué dans les cas mortels de brûlure par l'eau bouillante que dans ceux de brûlure par le feu. Aussi, chez les premiers, un délire brusque peut tomber quand arrive l'insensibilité des parties atteintes.

L'erysipèle est une cause active de délire. Quand la maladie siège à la face et au cuir chevelu, un délire violent peut se développer très

vite. Il n'y a pas de doute, à mon avis, que la contiguïté des tissus et l'apport sanguin provenant d'une même source ne soient les agents de production de congestions méningées qui jouent, dans ces circonstances, un grand rôle dans le développement du délire, et que, dans la première période, le cerveau est influencé beaucoup plus par cet état que par la présence de produits infectieux. C'est dans ces circonstances que la saignée est admissible, si on y a jamais recours. Quand d'autres parties du corps sont couvertes de larges plaques d'erysipèle, on se trouve en présence de conditions analogues à celles d'une brûlure étendue et superficielle et, comme conséquence de ce fait, on observe un

délire généralement de caractère violent. Dans les érysipèles phlegmoneux, où, en outre de la peau, le tissu cellulaire est le siège d'inflammation et de mortification, le sang est évidemment chargé de matières septiques. Un délire, souvent furieux dès le début, n'est pas un fait rare. Si

l'issue doit être fatale, il se développe un état analogue à celui de la pyohémie, et, comme le malade devient de plus en plus faible, le trouble du cerveau se manifeste par un murmure indistinct et incompréhensible.

Les *épileptiques*, atteints de traumatisme, ne

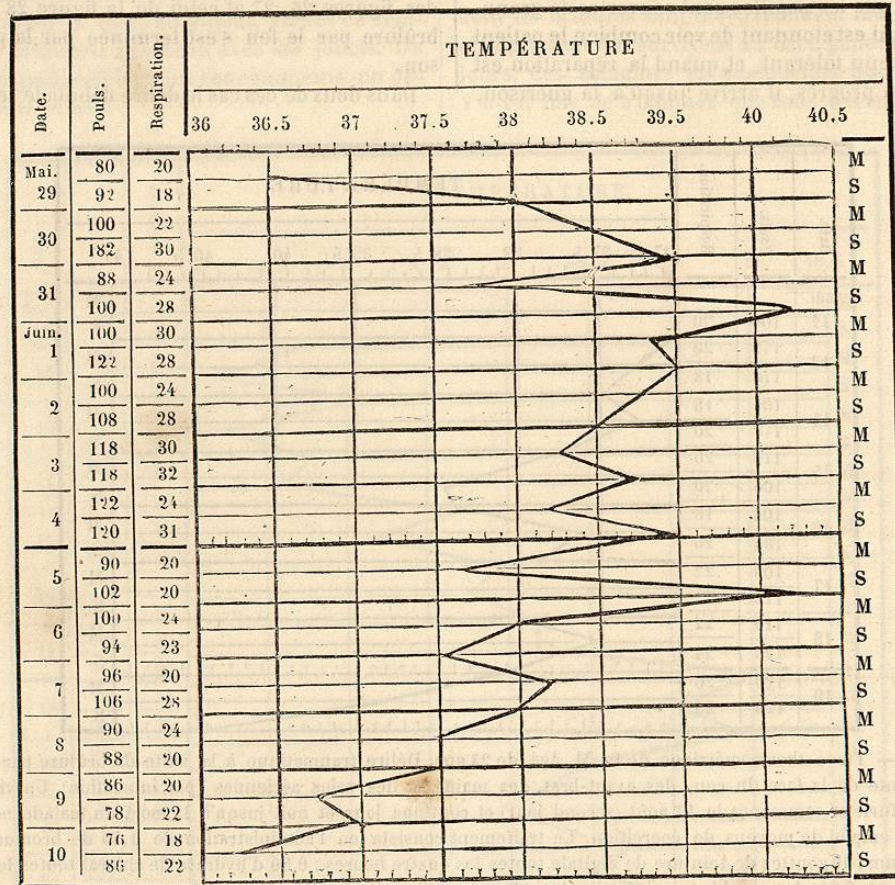


Fig. 28. — Tracé thermométrique de L. J. âgé de 21 ans. Délire traumatique à la suite de brûlures superficielles et profondes de la face, du cou, des avant-bras, des bras, des jambes et des pieds. Du 30 mai (second jour), au 6 juin (neuvième jour), il y eut un délire calme pendant la journée et furieux pendant la nuit, nécessitant l'emploi de moyens de coercition. Le 8 juin, la raison était revenue. Le traitement consista dans l'administration de 1,50 de bromure de potassium toutes les cinq heures, et 0,75 d'hydrate de chloral la nuit; et 0,01 de morphine quand cela était nécessaire. Guérison.

sont pas, selon moi, plus exposés au délire que les autres. J'ai même observé des cas où l'irritabilité cérébrale paraissait arrêtée et suspendue pendant quelque temps, par le fait de l'accident. Pendant que j'écrivais cet article, il s'est présenté, dans mon service de Pennsylvania Hospital, un cas rare et curieux.

On reçut un homme pour un accident qui nécessita la désarticulation de l'épaule droite. Quelques

jours après l'opération, on le trouva en pleine attaque de catalepsie. Les yeux ouverts et fixes, la tête immobile, ne répondant pas aux questions qu'on lui adressait. On souleva une jambe qui resta rigide et suspendue en l'air. Même phénomène pour l'autre jambe et pour le bras gauche. Les membres restaient dans la position qu'on leur faisait prendre jusqu'à ce qu'on la fesse cesser. On put aussi ouvrir la bouche et lui faire prendre toutes les positions possibles. Le réflexe rotulien était diminué, mais le réflexe scrotal était normal. L'anesthésie était complète, les piqûres d'épingle

et les pincements restaient sans effet. Pendant que j'étais dans la salle, on le vit tourner la tête, j'allai près de lui, il était éveillé, mais avait le délire. Ce délire consistait surtout en illusion sur le lieu où il était. Il put nous raconter nettement comment l'accident lui était arrivé et nommer la ligne de chemin de fer qui en avait été le théâtre. Il se voyait en haut d'une perche, puis dans un cimetière, puis dans le bâtiment de la Compagnie d'assurances de Pennsylvania, puis au faite d'un parapet. L'emploi qu'il occupait n'avait aucun rapport avec ces différents endroits. Il est possible que l'idée qu'il était dans le bâtiment de la Compagnie d'assurances pouvait provenir de ce qu'on lui avait dit qu'il était à Pennsylvania Hospital. L'attaque céda rapidement et le troisième jour le malade était revenu à la raison. Il raconta qu'il avait été en proie à des rêves pénibles, mais il déclara, ainsi que sa femme, que jamais auparavant il n'avait eu d'attaques de catalepsie, du moins d'après ce que tous deux pouvaient savoir.

Dans la *fièvre hectique* il n'y a pas de délire. Cette absence de délire est le grand signe qui permet de distinguer la fièvre hectique d'autres états fébriles qui se présentent dans les affections chirurgicales ou autres. Pourquoi l'encéphale est-il à l'abri de la contamination dans la fièvre hectique, c'est ce qu'il est difficile d'expliquer. Il y a un état fébrile continu avec exacerbation et, dans les tissus, des modifications pathologiques qui donnent naissance à des produits qui paraissent renfermer tous les éléments nécessaires à l'altération toxique du sang et par suite à celle des cellules si délicates de la substance corticale; il y a une diarrhée qui épuise; des douleurs atroces comme celles de l'arthralgie; des sueurs colliquatives et des irritations de la peau, à vous rendre fou, et malgré cela jamais d'imminence de délire. Ce fait est si généralement reconnu que quand le délire apparaît chez un malade hectique, on trouvera une cause accidentelle quelconque, pour l'expliquer, telle qu'un érysipèle intercurrent, et quand celui-ci aura suivi sa marche normale, la fièvre hectique reprendra son cours interrompu. Cette manifestation du délire ne peut pas être expliquée par l'hypothèse que les productions tuberculeuses ou autres analogues ne sont pas irritatives, car, dans la méningite tuberculeuse, quand la substance corticale est directement intéressée, il y a souvent un délire violent et continu d'un caractère qui indique quelque chose de particulier dans la cause qui l'a fait naître et que l'on ne peut pas simplement mettre sur le compte d'une hyperémie locale. La durée de cette maladie permet rarement le développement de la fièvre hectique. On prétend que, dans

la fièvre hectique, il n'y a pas de *materies morbi* venu du dehors, qui pénètre dans le sang, et que les déchets de tissus sont éliminés par les émonctoires avec une telle régularité et rapidité qu'il ne peut y avoir accumulation de matières infectieuses dans la circulation. C'est une interprétation ingénieuse, mais qui n'est pas absolument satisfaisante. On peut certainement invoquer à l'appui de cette théorie, que les causes qui donnent naissance à la fièvre hectique ont une origine locale et ne dérivent pas d'une infection antérieure du sang; en outre, que d'autres états fébriles, comme les septicémies, reconnaissent une origine spéciale qui vient généralement du dehors, sous forme de germes organiques ou de poisons animaux.

C'est dans les cas que nous venons de signaler en dernier lieu que l'on rencontre du délire, et leur nombre est probablement plus grand que celui de tout autre genre de maladie, aussi bien médicale que chirurgicale. Dans les logements mal ventilés où il y a agglomération de familles, les hôpitaux vicieusement construits, les habitations de toute sorte qui présentent de mauvaises dispositions par rapport à l'écoulement des eaux, aux égouts, ainsi qu'à leur emplacement (comme les camps); partout enfin où il y a agglomération d'habitants dans des conditions défavorables, qui quelquefois sont favorables en apparence, s'il survient une maladie ou un traumatisme, « le simple bon sens fera de suite pronostiquer une issue funeste, car la vitalité des globules sanguins est touchée par la corruption du milieu ». Dans ces derniers temps, on a fait un grand pas dans l'étude de la prophylaxie de ces maladies. Ce serait un tort de croire qu'elles disparaîtront définitivement, car les conditions de leur production se renouvellent sans cesse ou se reproduisent sur place quand on croyait en avoir triomphé. La *pyohémie*, la *phlébite*, les formes bâtarde d'*érysipèle*, la *gangrène*, la *pustule maligne*, le *phagédénisme*, le charbon; certaines de ces maladies, qui, par leur nature même engendrent certains poisons du sang et produisent des états fébriles analogues à ceux de la fièvre typhoïde ou du typhus, peuvent être rangées dans cette catégorie. Elles sont avec raison classées comme poisons du sang ou septicémies et quand elles se développent dans une certaine proportion, elles donnent, toutes sans exception, naissance au délire. Ce délire présente quelquefois un caractère actif, mais la plupart du temps il est passif. Quand il est actif, les méninges sont probablement le siège d'une inflammation locale qui

peut naître dans la première période de la maladie et qui implique un pronostic grave. L'intensité de l'excitation ne peut cesser qu'avec le collapsus et la mort. J'ai rencontré de ces cas, mais ils sont rares. Le plus souvent, il se passe du temps avant que le délire ne devienne le symptôme qui domine la scène. On le verra débiter avec le paroxysme fébrile et disparaître avec lui. Si la marche de la maladie va de pire en pire, il deviendra continu et se manifestera sous forme de chuchotements vagues, tant que le patient est abandonné à lui-même. Cependant il répondra avec justesse aux questions qu'on lui posera et prendra de la nourriture sans résistance, quelquefois avec avidité. Bientôt il retombe, perd la notion du lieu où il se trouve et « demande à aller chez lui » ; il n'a plus conscience de rien, évidemment par épuisement plutôt que par suite d'un coma profond, car il balbutie et chuchote presque jusqu'à sa mort. On rencontre peu d'affections chirurgicales, dont la forme grave ou légère ne présente les caractères décrits plus haut. Ceci est particulièrement vrai dans tous les cas où il y a eu ouverture ou abrasion des surfaces, simple ou compliquée, et ce fait est loin de venir à l'appui de la théorie des germes, cependant il ne la contredit pas.

Dans les maladies telles que le cancer, on ne constate pas de délire, c'est-à-dire qu'il n'y en a pas qui se développe par le fait même du cancer ; et cependant y a-t-il une opinion mieux acceptée des médecins que celle qui en fait une maladie particulièrement infectieuse ? Comme dans la fièvre hectique, il y a les éléments suffisants pour produire le délire ; mais je ne me souviens pas d'avoir rencontré un cancéreux qui en fût atteint. On applique à cette maladie la qualification de maligne et elle l'est bien ; mais il est rare que sa malignité porte son action sur la substance grise corticale.

Diagnostic du délire traumatique.

Le délire se reconnaît de lui-même et il n'y a rien de bien intéressant à dire à propos du diagnostic. C'est plutôt son espèce qu'il faut savoir reconnaître, car il faudra employer des moyens de coercition dans des cas et dans d'autres on se bornera à faire exercer une grande surveillance par les personnes qui entourent le malade.

On doit avoir soin de faire le diagnostic entre le délire commun et le delirium tremens — sujet qui sera traité plus loin. Quelquefois le délire peut être simulé. Il faudrait avoir bien

peu d'expérience pour s'y laisser tromper quelque temps. La coïncidence de symptômes fébriles ou autres serait recherchée et en surveillant le malade sans qu'il s'en doute, on verrait bien vite s'il a ou non sa raison. On rencontre quelquefois dans l'hystérie un pseudo-délire ou de la folie et il est souvent difficile sinon impossible d'en établir la nature. Dans de pareils cas, le temps seul sera le grand critérium.

Traitement du délire traumatique.

Le délire n'étant qu'un symptôme, le traitement doit naturellement s'adresser à la cause qui l'a produit. C'est la conduite que l'on suit dans la plupart des cas de traumatisme où il existe. Cependant quelquefois ce symptôme domine tellement la scène et jette tant de trouble dans l'affection primitive que l'on cherche à le calmer par des moyens appropriés. En réalité il est rare d'être obligé de suspendre, sinon tout à fait, du moins en grande partie, le traitement original et de diriger toute l'action contre le délire. Dans les formes très actives, on appliquera des ventouses à la nuque, on mettra une vessie pleine de glace sur la tête, et on administrera un purgatif drastique. On se trouvera bien de faire prendre des bains de pieds sinapisés, que l'on pourra donner immédiatement, le malade restant assis sur son lit, à moins qu'il n'y ait un traumatisme des extrémités inférieures. Le bromure de potassium, ou les autres bromures, peut être donné à pleine dose. On a trop peur de l'opium et certainement on ne devrait pas y renoncer d'une façon aussi exclusive que le font certains chirurgiens. L'hydrate de chloral est aussi très employé. Quelquefois, dans certains cas, on se trouve obligé d'avoir recours aux inhalations d'éther ou de chloroforme. Dans le délire à forme passive, où l'intervention est nécessaire, on se trouvera bien de ne pas employer les mesures déplétives. Une bonne nourriture, des stimulants joints à des doses modérées d'opium seront d'excellents moyens pour combattre la violence du mal sinon pour en prévenir tout à fait le retour, dans les cas ordinaires. Naturellement ce serait en vain que l'on dirigerait un traitement spécial contre le délire qui précède la mort, à moins que la violence ne soit extrême, ce qui est rare. Quand le délire vient de se déclarer, le repos, aussi absolu que possible, et l'isolement seront autrement utiles. On évitera d'avoir en présence du malade des conversations qui l'intéressent avec d'autres

personnes ou qu'il serait à portée d'entendre, car cela pourrait le conduire à des actes regrettables. Une observation de ce genre a été récemment publiée par les journaux de médecine. Dans un service d'hôpital, les malades délirants avaient une grande tendance à se jeter par les fenêtres et on exerçait sur eux une surveillance active. Les malades d'un autre service n'avaient pas cette tendance. Un des médecins tomba malade à l'hôpital et fut soigné par le chef du même

service. Il était dans le service du premier médecin. Après sa maladie, il raconta que ce docteur avait l'habitude de donner des ordres pour la surveillance des fenêtres, devant ses malades qui les entendaient. Il était du nombre de ces derniers et déclara, que, pendant son délire, il était poussé à se jeter par la fenêtre par une force si irrésistible qu'il aurait accompli cet acte, si on n'y avait mis obstacle.

DELIRIUM TREMENS

En 1813, Thomas Sutton, du Collège royal des médecins et médecin de l'armée (1), disait : « Le delirium tremens comme le traitement qui doit lui être appliqué, ainsi que nous le faisons, est connu jusqu'à un certain point de quelques médecins, mais la généralité l'ignore ; et la maladie n'a pas encore pris droit de cité dans les traités de médecine. » Dans sa pratique de 1798 à 1807, ce docteur « fut conduit à établir une distinction entre la phrénésie et le delirium tremens, du moins en ce qui touche le traitement. »

J'ai cité cette remarque pour montrer combien on a été de temps dans l'histoire de la médecine avant d'établir une distinction nette entre la méningite ou phrénésie et le delirium tremens, celui-ci procédant d'une cause spécifique et ayant une anatomie pathologique complètement distincte de celle de la méningite. Dès les temps les plus reculés, les hommes se sont livrés aux excès de boisson, et on a peine à croire que les effets de cette habitude, qui causait une affection spéciale du cerveau et de ses membranes, aient si longtemps échappé à l'attention. N'était-ce pas parce que tout le monde buvait et que boire était considéré comme un passe-temps si innocent qu'il ne venait à l'idée de personne que cela pût engendrer une maladie ? Ce qui est aussi incroyable c'est que les auteurs de tous les temps et de tous les pays ont disserté sur les dangers aussi bien que sur les plaisirs de la boisson. Aussi est-il probable que l'on connaissait son influence nocive, mais qu'on en interprétait faussement les effets que l'on considérait comme les signes d'une inflammation aiguë. Cela ne faisait pas l'ombre d'un doute, aussi le traitement de ces cas était-il antiphlogistique au suprême degré et la mortalité

effrayante. Un grand progrès fut accompli quand on reconnut en même temps par les effets du traitement et par les examens nécropsiques que cette maladie n'était pas constituée par une inflammation vraie. Le Dr Sutton croyait tout d'abord que l'affection était une méningite. Il l'avoue naïvement en ces termes : « Ceux qui, comme moi, pensaient que l'affection était le fait d'une inflammation aiguë du cerveau et de ses membranes, dirigeaient le traitement dans ce sens ; ceux de l'opinion opposée, sans prétendre localiser l'affection à l'encéphale, avaient coutume de donner l'opium à doses larges et répétées. Je m'aperçus bientôt que cette dernière pratique avait le plus de succès. »

L'examen *post-mortem* de l'encéphale présente ceci de particulier, c'est qu'on ne trouve pas de trace d'inflammation aiguë ni de produits inflammatoires. Au lieu de trouver dans les membranes des adhérences, des épaississements, des opacités, du pus, on observe un aspect si caractéristique, dans les cas non compliqués, qu'on l'a nommé « cerveau mouillé ». On trouve, de la congestion passive et de la sérosité sous l'arachnoïde, dans et sous la pie-mère, dans la cavité des ventricules et les anfractuosités des circonvolutions. La substance cérébrale proprement dite n'est pas nécessairement le siège d'altérations, et quand on l'observe dans un cas mortel, c'est forcément un élément secondaire, mais non essentiel de la maladie ; autrement, comment la plupart des individus pourraient-ils guérir entièrement de cette affection et passer leur vie sans qu'il leur en reste de traces moralement ou physiquement, pourvu qu'ils renoncent à leurs habitudes premières. En réalité, ce qui a été dit du délire traumatique et du délire en général, peut s'appliquer entièrement au delirium tremens. Une substance corticale saine capable

(1) London, 1813.