

miner l'état de la sensibilité spéciale en présence de l'agitation habituelle des maniaques : on en est réduit à se contenter de constatations un peu superficielles. Au reste, on peut dire *a priori* que l'état mental de ces malades se prête mal à la perception délicate des sensations qui suppose un certain degré d'attention. Quoi qu'il en soit, s'il n'est pas établi que les sens perçoivent les impressions avec plus de délicatesse et de finesse, la clinique montre journellement qu'ils se laissent plus facilement actionner qu'à l'état normal : le moindre bruit, la plus légère impression lumineuse, déterminent des réactions et des associations d'idées. En mettant en jeu les centres sensitifs, ces impressions auditives ou lumineuses provoquent des *illusions* qui tiennent une grande place dans la symptomatologie de la manie⁽¹⁾. Les malades voient les objets renversés, rapetissés ou démesurément grossis; ils croient reconnaître dans les traits de leur gardien ceux d'un parent, d'une personne amie, d'un personnage illustre : un meuble, un verre prennent à leurs yeux les proportions d'êtres fantastiques et effrayants; les menus bruits qu'ils entendent deviennent un carillon assourdissant ou une musique charmante; les boissons qu'on leur offre ont tantôt l'aspect et le goût d'un breuvage délicieux, tantôt celui d'un breuvage empoisonné.

Les *hallucinations* sont plus rares. D'après Macario, elles s'observeraient dans le septième des cas. En pareille matière une statistique est bien difficile à dresser, car ce n'est pas chose aisée au milieu du désordre des actes et des idées de discerner l'hallucination de l'illusion.

La sensibilité générale est troublée dans la manie comme la sensibilité spéciale, mais plutôt en sens inverse : ce n'est pas de l'hyperesthésie qu'on observe, mais au contraire de l'hypoesthésie. Les malades semblent n'avoir pas conscience des blessures qu'ils se font et n'en éprouver aucune douleur; ils sont insensibles à l'action du froid : on est surpris de les voir en hiver se dévêtir, se rouler dans la neige. Ils résistent d'ailleurs mieux que les autres personnes aux intempéries et ils contractent rarement les maladies aiguës que le froid détermine. La sensibilité *musculaire* semble aussi diminuée, et les maniaques paraissent ne pas éprouver le sentiment de la fatigue, malgré les efforts violents auxquels ils se livrent.

δ. *Conceptions délirantes. État émotif.* — La difficulté qu'éprouve l'esprit à se fixer, l'excessive mobilité des idées et des sentiments ne permettent pas à l'intelligence du maniaque de se concentrer sur une idée. Voilà pourquoi les conceptions délirantes ne tiennent chez lui qu'une place effacée et secondaire⁽²⁾. Toutefois, suivant que les dispositions originelles du malade, la nature des illusions et des hallucinations, dirigent l'esprit dans telle direction plutôt que dans telle autre, on peut voir apparaître à titre épisodique des idées mystiques, ambitieuses, érotiques ou de persécution. Les idées érotiques sont relativement fréquentes (moins pourtant qu'on ne l'a dit) dans la manie puerpérale, les idées ambitieuses chez les maniaques avec tares dégénératives. Mais, quelles qu'elles soient, ces conceptions délirantes sont mobiles, sans suite et mal systématisées.

D'ailleurs, lorsque l'état maniaque est accusé, la succession des impressions et des idées est si rapide que le monde extérieur apparaît aux malades confus et obscurci, et que les idées délirantes n'ont pas le temps de se former.

⁽¹⁾ BUCCOLA. La reazione elettrica dell' acustico negli alienati. *Riv. di frenat.*, 1885.

⁽²⁾ KNAPP. Les manies caractérisées par des idées délirantes de nature « allopsychique ». *Monatsch. f. Psychiat. u. Neurol.*, t. XVII, janvier 1905.

Enfin dans certains cas, les conceptions des malades sont remarquablement *puériles, enfantines*. On est alors en présence du syndrome décrit par Garnier et Dupré sous le nom de *puérilisme mental paroxystique*, syndrome qui est d'ailleurs loin d'être propre à la manie et qui peut se rencontrer dans une foule d'affections (tumeurs cérébrales, confusion mentale, états démentiels, hystérie)⁽¹⁾.

Existe-t-il dans la manie un fond émotif toujours identique à lui-même et intimement lié à la nature de l'affection? C'est une question qui a été souvent discutée et sur laquelle on est loin d'être d'accord. D'après Esquirol, tandis que la mélancolie serait le délire des passions amenant à sa suite les troubles intellectuels qu'il considère à juste titre comme secondaires, la manie serait primitivement caractérisée par le désordre de l'intelligence; ici le délire des passions serait consécutif. D'autres auteurs, Bucknill entre autres, ont soutenu une opinion inverse : pour ce dernier, dans la manie les troubles émotifs seraient primitifs, ceux de l'intelligence en dériveraient secondairement. La manie serait ainsi une maladie de la sensibilité morale avant d'être une maladie intellectuelle. La remarque fort juste de Guislain, qu'à son début l'accès de manie est précédé d'un stade mélancolique, milite en faveur de cette manière de voir, et l'opinion de Falret, affirmant « que les dispositions générales de la sensibilité morale, les impulsions, les penchants et les sentiments sont primitivement altérés dans toutes les formes des maladies mentales », trouve journellement sa confirmation en clinique. Si l'on admet que les symptômes moteurs et autres de la manie soient subordonnés à un trouble émotif primitif, il reste à déterminer quelle est la nature de ce dernier. On a souvent opposé la manie à la mélancolie, la dernière s'accompagnant d'un état cénesthétique pénible, la première d'un état cénesthétique agréable. Au sujet de la gaieté et de la satisfaction des maniaques il faut s'entendre; il est certain que ces malades présentent quelquefois les manifestations d'une gaieté débordante, et quelques-uns d'entre eux racontent, après le retour à la santé, qu'ils éprouvaient au cours de leur accès un sentiment de bonheur ineffable. En fait, l'état cénesthétique primitif semble être chez les maniaques comme chez les mélancoliques un état pénible, accompagné d'un sentiment de tristesse. Plus tard, quand le désordre des idées et des actes s'est établi, les sentiments sont mobiles et variables comme les pensées et la mimique, mais à ce moment se trouvent réalisées des conditions propres à faire naître la satisfaction et le plaisir. Il se passe là ce qui a lieu dans certains accès de colère déterminés pourtant par une contrariété ou une impression pénible. Comme le remarque justement Féré⁽²⁾, « à mesure que les réactions motrices deviennent plus énergiques, l'individu en arrive à prendre une idée exagérée de ses forces, de ses aptitudes intellectuelles, de tous ses moyens d'action; le vocabulaire de la vantardise sous toutes ses formes se joint aux menaces; l'ironie, le sarcasme, se joignent aux injures, et quelquefois on voit l'expression de la satisfaction remplir toute la scène ». En résumé, à l'origine de la manie comme à celle de la mélancolie, paraît exister un état cénesthétique particulier, état de malaise moral et de tristesse : les troubles intellectuels sont secondaires, dans tous les cas consécutifs; lorsqu'ils sont constitués, l'état émotif est variable, mais, comme dans toutes les situations où domine l'expansion, c'est plutôt un état de contentement, de bien-être et de satisfaction qui s'observe.

⁽¹⁾ GARNIER et DUPRÉ. Transformation de la personnalité. Puérilisme mental paroxystique. *Presse méd.*, 1901. — DUPRÉ. *Le puérilisme mental*. Congrès de Bruxelles, 1905.

⁽²⁾ CH. FÉRÉ. *La pathologie des émotions*. Paris, Alcan, 1892, p. 554.

II. *Troubles organiques.* — Les troubles mentaux s'accompagnent de désordres divers du côté des différentes fonctions organiques.

Au début les *fonctions digestives* s'accomplissent mal; la langue est saburrale, il y a de l'embarras gastrique; les malades mangent peu, ils refusent même quelquefois les aliments, mais boivent avec plaisir. Plus tard, à la période d'état, la langue se nettoie, l'appétit revient et même s'exagère, les malades mangent gloutonnement; ils réparent ainsi les pertes organiques qui résultent de leur excessive agitation. Le suc gastrique est plus acide que normalement⁽¹⁾. En général ils ne gâtent pas: s'il leur arrive de laisser échapper les urines et les matières fécales, c'est par défaut de précaution ou d'attention; il n'y a pas de paralysie des sphincters; d'ailleurs les évacuations involontaires sont rares et passagères.

Le *pouls* radial est ordinairement fréquent, mais cette fréquence est en rapport avec l'agitation; elle diminue pendant les périodes de calme relatif.

La *circulation périphérique* est active, le pouls digital bien marqué et fortement dicrote. La *pression sanguine* est faible ou élevée, suivant le cas, faible quand la vaso-dilatation n'est pas compensée par une énergie plus grande de l'impulsion cardiaque, élevée quand le cœur est en hyperactivité. Le dernier cas est de beaucoup le plus fréquent⁽²⁾.

La *respiration* est ample, rapide, généralement régulière, sauf dans les cas d'excitation extrêmement vive où elle peut perdre son rythme habituel.

La *température* reste normale dans les accès de manie sans complications viscérales: tout au plus peut-elle atteindre 38 degrés centigrades quand les mouvements sont d'une violence excessive⁽³⁾.

Les *sécrétions* sont quelquefois troublées. La peau est tantôt sèche et aride, tantôt baignée d'une *sueur* qui répand une odeur désagréable.

Les *urines* peuvent être diminuées au début et pendant le cours de la maladie. L'étude de leur composition chimique a donné lieu à des résultats contradictoires: Byasson a constaté l'augmentation de l'urée et de l'acide phosphorique, Magnan a par contre trouvé ces produits diminués. D'après Mairet, pendant la période d'agitation l'azote et l'acide phosphorique unis aux alcalis seraient augmentés. Telle est également l'opinion de Dumas, qui chez certains maniaques a vu la quantité d'urée éliminée en 24 heures atteindre et dépasser 50 grammes; pendant les périodes de dépression, de rémission et de convalescence ils diminueraient au contraire. La plupart des expériences tentées avec les urines des maniaques semblent établir que ces urines sont plutôt moins toxiques que les urines normales⁽⁴⁾. (Chevalier-Lavaure, Brugia, G. Ballet et Roubinowitch.)

La *menstruation* est quelquefois momentanément suspendue, peu abondante

(1) LEUBUSCHER et ZIEHEN. *Neur. Centralbl.*, 1892. — ORLIEU. *Le chimisme gastrique chez les aliénés*. Thèse de Toulouse, 1899.

(2) DUMAS. *La tristesse et la joie*. Paris, Alcan, 1900. — PILCZ. Ueber einige Ergebnisse von Blutdruckmessungen bei Geisteskranken. *Wien. Klin. Wochenschr.*, 1900. — SOKALSKI. L'état de l'appareil vaso-moteur dans les maladies mentales aiguës. *Ann. méd. psych.*, 1900.

(3) TOULOUSE et MARCHAND. Variations de la température chez une excitée maniaque. *Revue de psychiat.*, t. III. — HOLM. Sur la température dans les états psychopathiques et sur son importance au point de vue du diagnostic. *Norsk Magaz. for Lægevidenskaben. Analyse in Revue neurol.*, 1900.

(4) RÉGIS et CHEVALIER-LAURE. *Des auto-intoxications dans les maladies mentales*. Rapport lu au Congrès des aliénistes de La Rochelle, 1895, et diverses communications faites à la suite de ce rapport.

ou irrégulière. Mais ces troubles n'ont rien de constant ni de fixe. Chaque époque cataméniale, pendant la durée de l'accès, est d'habitude le signal d'une recrudescence des phénomènes d'excitation.

Les *fonctions sexuelles* et les appétits génésiques sont ordinairement exaltés. Les femmes particulièrement manifestent des tendances érotiques, et en présence des hommes perdent toute retenue.

Shermer⁽¹⁾ a recherché l'état des réflexes rotuliens chez les maniaques, et il a cru remarquer que, conservés pendant la période d'état, ils disparaissent pendant la convalescence pour reparaitre un, deux ou trois mois plus tard. Plus récemment Agostini a repris la question et n'a pu constater aucun trouble ni des réflexes tendineux et cutanés, ni de la contractilité idio-musculaire⁽²⁾.

Enfin, on peut voir survenir, à titre de complication exceptionnelle, des troubles circulatoires et trophiques tels que la maladie de Raynaud⁽³⁾ et la gangrène symétrique des extrémités⁽⁴⁾.

Marche. Durée. Terminaison. — Un accès franc de manie comprend d'ordinaire trois stades successifs: d'*invasion*, d'*état* et de *déclin*.

Le premier, qui peut être très court, ne pas excéder quelques jours et exceptionnellement quelques heures, correspond aux prodromes de l'accès, à la dépression du début avec fatigue, insomnie, perte de l'appétit, soif vive, état saburral de la langue. L'excitation qui fait suite à l'abattement et à la lassitude du commencement est d'abord modérée, elle se traduit par de la tendance aux excès bachiques ou vénériens, de la loquacité, un certain sentiment de contentement et de satisfaction. L'appétit renaît, les mouvements et les gestes deviennent exubérants. Puis l'exaltation s'accuse et la maladie arrive à sa période d'état.

Ce deuxième stade, caractérisé par les symptômes que nous avons précédemment décrits, est le plus long des trois. Il n'évolue pas d'habitude d'une seule tenue. Même pendant son acmé, il y a des moments d'accalmie relative, ordinairement assez courts: ces intervalles de calme ne s'observent pas plus spécialement la nuit, qui est souvent agitée et sans sommeil. A mesure que l'accès approche de la période de déclin, ils sont plus fréquents et plus longs⁽⁵⁾: mais l'excitation reparait sous la moindre influence, comme un changement brusque de température ou le retour de la période menstruelle.

A mesure que l'accès tend vers la guérison, l'agitation devient moins vive, la loquacité (qui persiste après l'agitation) moins fatigante et moins continue. Pendant les intervalles d'accalmie, qui sont plus longs qu'à la période d'état, le malade recouvre, partiellement au moins, la conscience de sa situation. Il accuse de la fatigue, de la céphalalgie; le sommeil est meilleur. Petit à petit, après des alternatives d'excitation et d'état normal, le stade terminal aboutit à la guérison.

(1) SHERMER. *Münchener med. Wochenschrift*, avril 1889.

(2) AGOSTINI. *Rivist. sperim. di frenatia*, t. XXX.

(3) MATAN RAW. Une observation de maladie de Raynaud consécutive à la manie aiguë. *The Journ. of ment. sc.*, 1889.

(4) MACPHERSON. Sur un cas de manie aiguë avec gangrène symétrique des orteils. *The Journ. of ment. sc.*, 1889.

(5) Ces améliorations passagères paraissent avoir, dans quelques cas, certaines relations curieuses avec des modifications de l'état organique. C'est ainsi que Lewis Bruce a vu, chez des malades dont la leucocytose était très basse, le relèvement de celle-ci, sous l'influence d'une crise de diarrhée, produire une sédation très nette des troubles psychiques (*The Journ. of ment. science*, vol. L., n° 209).

La durée d'un accès de manie est fort variable. Il en est de courts, qui se terminent en quelques semaines. Plus souvent le retour à l'état normal n'a lieu qu'après un temps assez long, 5, 4, 5, 6 mois. Canger⁽¹⁾ a rapporté un cas de manie aiguë guéri après une durée de 7 jours. La guérison coïncidait avec l'apparition d'une pleurésie. Cette brièveté est exceptionnelle. Rarement la durée excède une année. Quand une attaque de manie a dépassé un an et demi, il est rare qu'elle se termine par la guérison. Cependant il y a des exceptions à cette règle: nous avons vu guérir complètement un accès qui avait duré 19 mois; Magnan a observé un cas de guérison après 27 mois.

La manie peut passer à l'état chronique. Cependant il faut reconnaître que, de nos jours, grâce à une meilleure interprétation des symptômes et à une connaissance plus exacte de l'évolution des maladies mentales, la manie chronique devient de plus en plus rare. La plupart des cas désignés sous ce nom sont aujourd'hui rangés dans la démence précoce. Il n'est pas moins incontestable qu'un certain nombre d'accès de manie véritable se terminent par la chronicité et l'affaiblissement intellectuel. Il y a donc bien une *manie chronique*⁽²⁾. La transformation de la maladie de manie aiguë en manie incurable se fait d'une façon progressive, après 12, 15 mois et quelquefois plus. Les signes qui l'annoncent ne sont pas aisés à saisir au moins au début: l'agitation, tout en persistant, devient moins vive, plus uniforme: le sommeil est moins mauvais; la nutrition s'accomplit mieux, et parfois les malades engraisent. Ces changements, qui pourraient

donner l'illusion d'une amélioration, indiquent au contraire, dans le cas particulier, une aggravation définitive. Ils coïncident en effet avec un affaiblissement progressif et indélébile des facultés intellectuelles: la mémoire, qui au cours de l'accès aigu était exaltée, diminue, les sentiments affectifs s'émoussent, la faculté d'attention ne réapparaît pas, bien que le calme semble renaître en partie: c'est l'acheminement vers la démence. Le *maniaque chronique* présente alors une physionomie très spéciale: le regard est vague et incertain, la tenue négligée et malpropre; tranquille à certaines heures et comme indifférent à ce qui se passe autour de lui, il s'excite à d'autres moments, mais cette agitation intermittente et passagère n'a ni la durée, ni surtout l'intensité



FIG. 220. — Manie chronique (d'après H. Dagonet).

de celle de l'état aigu (fig. 220). Les malades conservent une certaine tendance à se livrer à des actes de destruction, mais ils les accomplissent d'une façon en

(1) CANGER. *Il Manicomio moderno*, 1895, 1-2.

(2) SCHOLL. Remarques à propos de la manie chronique. *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie*, vol. XV, fasc. 1. L'auteur de ce travail croit à l'existence d'une manie chronique d'emblée, non précédée d'un accès aigu. Si le fait existe, il doit être rare, à moins qu'il ne s'agisse d'un de ces cas que nous désignons en France sous le nom de *manie raisonnée* (voir p. 940).

quelque sorte automatique et machinale. Le langage est incohérent et sans suite, suffisamment intelligible quelquefois pour qu'on puisse saisir quelques vagues idées délirantes, idées de grandeur, de persécution ou idées mystiques, mais mal systématisées, cela va sans dire. Cette incohérence d'ailleurs est moins le fait de la manie que de la démence qui lui a fait suite. Cet état peut se prolonger des années.

La manie aiguë, dans quelques cas, fait place à un délire systématisé, délire de persécution ou délire ambitieux⁽¹⁾. C'est à l'étranger surtout qu'on a décrit ces formes secondaires (*paranoia secondaire*) de délire partiel, sur lesquels nous aurons à revenir plus tard. Quand la manie constitue ainsi le prélude d'un délire systématisé, elle semble sortir du cadre des manies idiopathiques et devrait être rattachée aux états maniaques symptomatiques, soit de la dégénérescence mentale, soit de la démence précoce.

La manie se termine quelquefois par la *mort*. Celle-ci peut survenir inopinément, sans que rien l'ait fait redouter et qu'aucune lésion viscérale en donne l'explication. Elle paraît être dans ce cas le résultat de l'épuisement nerveux. D'autres fois, elle est occasionnée par une maladie organique survenant à titre de complication, une broncho-pneumonie par exemple. Enfin, elle peut être amenée par une poussée de *délire aigu*.

Formes. — Lorsqu'on parcourt les descriptions de la manie qui ont été tracées par les divers auteurs, on voit que la plupart ont admis des formes nombreuses de cette affection. Cela tient à ce que le mot a été pris d'ordinaire dans son acception la plus générale, comme désignant un syndrome et non une espèce morbide définie. Les formes de la manie envisagée comme entité morbide sont loin d'être aussi multiples. Un accès maniaque peut affecter une intensité plus ou moins accusée, et c'est d'après le degré de cette intensité qu'on a classé les diverses variétés de l'accès: on a ainsi été conduit à admettre des manies subaiguës, aiguës et suraiguës (Marcé, Régis). Ces trois modalités correspondent à ce qu'on appelle aussi l'excitation maniaque, la manie type et le délire aigu.

L'*excitation maniaque* consiste en une simple exaltation des fonctions cérébrales, sans incohérence, sans délire, sans hallucinations: l'association des idées est plus facile, la mémoire plus vive, l'activité plus grande, le trouble ne va pas jusqu'au désordre dans les idées. Cet état peut bien à titre transitoire se montrer au début ou à la période de déclin de la manie, constituant ainsi soit un premier degré, soit une atténuation des troubles notablement plus accusés de la période d'état de l'affection, mais ce n'est pas à proprement parler une forme de la manie idiopathique. L'excitation maniaque s'observe surtout dans la dégénérescence mentale à propos de laquelle nous la décrirons, dans la folie intermittente et au début de la paralysie générale. C'est l'exaltation maniaque, la manie douce (*mitis*) de Schüle.

Quant au délire aigu, c'est une affection complexe encore mal définie, ou plutôt c'est un groupe morbide dans lequel rentrent à la fois des cas qui paraissent se rattacher légitimement à la manie et d'autres qui lui sont étrangers. Nous traçons plus loin la description de cet état morbide.

En somme, la manie idiopathique peut au début revêtir l'aspect de la simple

(1) ANGLADE. *Délires systématisés secondaires*. Rapport au Congrès de Marseille, 1899.

excitation maniaque; elle peut exceptionnellement tourner au délire aigu (manie suraiguë de quelques auteurs), mais le type qu'elle affecte communément c'est le type aigu que nous avons eu en vue dans l'étude de la symptomatologie. Ce type aigu peut, à la vérité, présenter lui-même des degrés: dans la simple *agitation maniaque* les mouvements sont désordonnés, la mimique exprime d'un instant à l'autre les sentiments les plus divers, elle est incorrecte et extravagante; les idées sont d'une mobilité excessive, la parole loquace et sans suite, mais le désordre n'est pas tel que l'attention ne puisse être fixée par moments. C'est la forme *légère* de la manie. Dans la forme *intense*, l'incohérence des idées est encore plus accusée, le désordre des actes plus complet: il devient

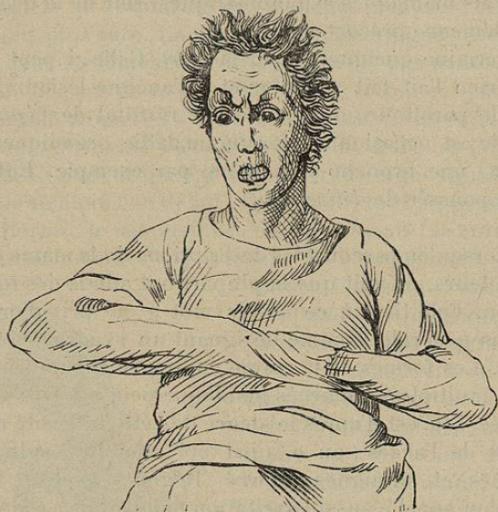


FIG. 221. — Fureur maniaque (d'après Esquirol).

fort difficile d'arrêter l'attention même pour un court instant sur une sensation ou une question. C'est au cours de cette forme intense que s'observe surtout la fureur maniaque, qui n'est, comme l'a dit Esquirol, que « la colère de l'homme en délire (fig. 221) ».

Diagnostic. — Lorsqu'on se trouve en présence d'un accès de délire revêtant de prime abord la physionomie du délire maniaque, il importe de s'assurer qu'on a bien affaire à un délire vésanique. Certains délires symptomatiques pourraient en effet, à un examen superficiel, donner le change. C'est ainsi que ceux de la *fièvre typhoïde*, de la *pneumonie*, de la *méningite*, revêtent parfois un degré d'intensité suffisant pour donner l'impression d'un état maniaque. Il en est de même des accidents cérébraux qui s'observent au cours des affections rénales, de certaines formes de l'urémie ou de l'infection puerpérale. La première obligation qui s'impose donc en face d'un cas de manie supposée c'est de procéder à l'examen méthodique de tous les organes du malade. La fièvre, lorsqu'elle est vive et durable, est un excellent élément de diagnostic, car, nous l'avons vu,

saut le cas de délire aigu, elle n'existe pas chez les maniaques. A la vérité, elle peut se montrer, si au cours de la manie survient une complication viscérale, une pneumonie par exemple, mais les anamnétiques permettront aisément de déterminer l'ordre de subordination des deux affections.

La manie survient parfois au déclin des maladies aiguës; on pourrait, dans ce cas, commettre l'erreur inverse de celle à laquelle nous venons de faire allusion et la considérer comme un délire symptomatique. Mais le moment auquel elle se déclare, ordinairement après la cessation de la fièvre, permettra d'établir aisément le diagnostic. Du reste, dans la manie, la loquacité, le désordre dans les idées et les actes, sont plus accusés et surtout plus soutenus et plus durables que dans les délires non vésaniques.

Certains cas de *confusion mentale* accompagnés d'agitation, et se déclarant, ce qui n'est pas rare, à la fin ou pendant la convalescence des maladies générales, ont quelquefois une vague ressemblance avec la manie franche. Mais, dans la confusion mentale, c'est l'obtusion intellectuelle qui domine, l'association des idées est entravée au lieu de se faire avec cette rapidité malade qui caractérise la manie; d'autre part, la turbulence, lorsqu'elle existe, est plus automatique et moins accusée que chez les maniaques.

Un diagnostic souvent fort difficile est celui qui est à faire avec la *paralysie générale*, lorsque celle-ci se traduit à son début par une excitation très accusée avec incohérence du langage et désordre des idées et des actes. D'ordinaire, dans l'encéphalite diffuse, on constate, en dépit du désordre intellectuel, une tendance plus accusée aux conceptions ambitieuses, et aussi des signes non équivoques d'affaiblissement intellectuel et de démence commençante. Mais ces signes différentiels sont quelquefois pendant longtemps malaisés à saisir, et le diagnostic ne commence à s'imposer avec quelque certitude que le jour où les troubles pupillaires et ceux de la parole ont fait leur apparition. Aussi doit-on s'attacher à rechercher ces divers troubles avec soin. Dans deux cas dont nous avons été témoin, ils ne se sont montrés que plusieurs mois après le début d'accidents cérébraux à forme maniaque, et le diagnostic est ainsi resté longtemps en suspens.

Lorsqu'on s'est assuré qu'on se trouve en présence d'un état maniaque indépendant de toute lésion organique, il reste à classer cet état maniaque et à se demander si l'on a affaire à la manie idiopathique ou à une manie symptomatique d'une intoxication, de la folie intermittente, de la démence précoce, de la dégénérescence mentale ou d'une névrose, notamment de l'épilepsie.

L'*alcoolisme aigu* ou *subaigu* peut dans quelques cas simuler la manie: on observe comme dans cette affection de la loquacité, du désordre dans les actes et les idées. Mais ici le trouble intellectuel est commandé et dominé par les hallucinations et les illusions, principalement par les hallucinations visuelles, qui dans la manie franche n'occupent jamais dans le tableau clinique qu'une place secondaire: il y a d'autre part de la panophtalmie, du tremblement de la langue et des membres. Il en est de même dans l'empoisonnement par les *solanées*: de plus, dans ce cas, on observe en dehors des hallucinations des troubles gastro-intestinaux, de la dilatation des pupilles, et parfois des convulsions. Il ne faut pas oublier qu'un accès de manie idiopathique peut être provoqué par des excès alcooliques: une erreur de diagnostic serait facile dans ce cas si l'on n'envisageait que l'élément étiologique, et elle conduirait à porter un pronostic erroné, car le délire alcoolique est transitoire, tandis que l'accès de manie, qu'il soit