

gérer la confusion des idées. On recourra de préférence aux bains tièdes prolongés, aux préparations de valériane, et, s'il y a de l'insomnie, on pourra donner le chloral ou plutôt le sulfonal et le trional.

Lorsque les phénomènes de dépression prédominent, les stimulants cutanés, frictions sèches, lotions aromatiques, enveloppement dans le drap mouillé, seront quelquefois d'un utile emploi. Les injections de sérum artificiel donnent aussi, en pareil cas, de bons résultats⁽¹⁾.

Le traitement moral, au moins à une certaine période de l'affection, quand les malades commencent à se rendre un peu compte de ce qui se passe autour d'eux, n'est pas moins utile que le traitement physique, et c'est à coup sûr dans les cas de confusion mentale qu'il trouve une de ses plus heureuses applications. Sauze⁽²⁾ en a formulé les règles avec tant de netteté qu'on ne peut mieux faire que de reproduire ce que cet auteur a écrit à ce sujet : « Si dans la période d'acuité le traitement moral est impossible, dit-il, il n'en est plus de même dans la période de délire. Quand l'intelligence recommence à fonctionner, quand arrivent les rémissions, il faut activer sans relâche les opérations cérébrales, il faut interroger les malades, fixer leur attention, insister quand leur réponse est ou trop lente ou peu précise. On doit s'attacher à leur faire comprendre qu'ils sortent d'une maladie grave : on les voit presque toujours être dans l'étonnement, ne pas se rendre compte des diverses circonstances de leur maladie, ni du changement qui s'est opéré en eux, comme un individu qui, pendant son sommeil, transporté dans des lieux inconnus, mettrait un certain temps à reprendre ses sens. Quelques-uns nous ont dit qu'il leur semblait sortir d'un long sommeil. A ces malades qui se réveillent il faut expliquer tous ces détails, les éclairer sur leur position, rappeler leur mémoire, leur poser de petits problèmes et leur en demander plus tard la solution. Cet exercice intellectuel répété chaque jour sans interruption, en procédant des choses simples aux questions plus difficiles, ramène peu à peu toutes les facultés à leur activité première : c'est comme un enfant dont l'intelligence se développe progressivement. »

Faut-il interner les malades affectés de confusion mentale? La question mérite d'être discutée. Nous pensons qu'il y a plutôt avantage qu'inconvénient à le faire lorsque l'affection est à sa période aiguë, que les malades semblent avoir rompu toute relation précise avec le monde extérieur et que l'agitation est vive. Dans ce cas, les soins que réclame l'état des malades peuvent difficilement leur être donnés chez eux, et la maison de santé a de réels avantages. Mais nous sommes d'avis que l'isolement doit être réservé pour ces circonstances et ne pas être prolongé trop longtemps. Lorsque le cas se prête au traitement moral préconisé par Sauze, il est préférable de laisser ou de replacer le malade dans son milieu habituel. Séglas⁽³⁾ observe avec raison que le changement de milieu ne peut alors qu'augmenter la désorientation, la confusion mentale qui fait le fond de la maladie. Plusieurs fois nous avons vu l'affection, qui restait stationnaire dans l'isolement de la maison de santé, se modifier promptement après le retour dans la famille. Entouré des personnes et des objets qui sont de nature à lui rappeler ses idées habituelles, le malade se ressaisit plus aisément.

(1) JACQUIN. Du sérum artificiel en psychiatrie. *Ann. méd.-psych.*, 1900.

(2) SAUZE. *De la stupidité*. Thèse de Paris, 1852.

(3) SÉGLAS. Un cas de folie post-cholérique à forme de confusion mentale. *Ann. médico-psychol.*, mai-juin 1895.

BIBLIOGRAPHIE. — DAGONET. Art. STUPIDITÉ. *Nouveau Traité élémentaire et pratique des maladies mentales*, p. 528. — RITTI. Art. STUPEUR, STUPIDITÉ. *Dict. encyclop. des sciences méd.*, 1885. — WILLE. Die Lehre der Verwirrtheit. *Arch. f. Psychiatrie*, t. XIX, 1888. — PH. CHASLIN. La confusion mentale primitive. *Ann. médico-psychol.*, p. 224, 1892. — HANNION. Thèse de Paris, 1894. — DE SUTZENBERGER. Delirio sensoriale acuto. *Manicomio moderno*, IV, 1888. — DEL GRECO. Il delirio sensoriale in rapporto alle altre forme de paranoia. *Ibid.*, VIII, 1892. — WITHWELL. *Journ. of ment. sc.*, octobre 1889. — FERGUSON. *Americ. Alien. and. neurol.*, juillet 1892. — SCHUEFER. *Lehre der Erschöpfungsstupor*. Thèse Iena, 1889. — MEYNERT. Amentia, die Vewirtheit. *Jahrb. für Psychiat.*, IX, 1890. — SERBSKY. *Allg. Zeitschr. f. Psychiat.*, XLVIII, 1892. — MENDEL. Das Delirium hallucinatorium. *Berl. klin. Wochensch.*, 1894, n° 29. — ILBERG. Ueber hallucinatorischen Wahnsinn. *Congrès des médec. alién. allem. Dresde.*, 1894. — MORSELLI. La pazzia confusionale o disnoia (confusione ment.). *Gaz. degl. Osped.*, 1895. — GREIDENBERG. Sur les formes aiguës de la confusion mentale. *Allg. Zeits. f. Psychiat.*, 1895. — GICOLA BUCELLI. Les formes stupides et confusionnelles de l'amentia. *Rivist. di pathol. nerv. e ment.*, 1896. — DEL GRECO. Les diverses formes de la confusion mentale. *Il manic. modern.*, 1897. — RAECKE. Ueber Erschöpfungspsychosen. *Allg. Zeitsch. f. Psychiat.*, 1900. — FRANCOTTE. Étude clinique sur le délire généralisé (Verwirrtheit, Confusion mentale). *Bull. de la Soc. de méd. ment. de Belgique*, 1900. — MARANDON DE MONTYEL. La confusion mentale. *Bulletin méd.*, 16 et 20 juillet 1904.

IV. DÉLIRE AIGU

(Allemand : *Delirium acutum*. — Anglais : *Acute delirious mania*.)

La clinique conduit à rapprocher de la description de la confusion mentale primitive celle d'une entité morbide sur la nature de laquelle il règne encore une grande obscurité et qu'on désigne depuis Calmeil sous le nom de *délire aigu*. Pendant longtemps, au moins en France, en se fondant sur quelques analogies symptomatiques simplement superficielles, on a considéré et décrit le délire aigu comme le degré le plus accusé de la manie, comme une manie *suraiguë*. Cette manière de voir n'était certes pas justifiée. Par ses symptômes, par son étiologie, par ce que nous sommes en droit de supposer plus encore que par ce que nous savons de sa pathogénie, le délire aigu présente plus d'analogie avec la confusion mentale qu'avec la manie. Pour quelques auteurs même, pour Wille notamment, il en serait l'une des formes. De fait, on va le voir, dans l'un et l'autre cas les symptômes sont ceux d'un épuisement du cerveau, moins accusé dans la confusion, plus grave dans le délire aigu; dans l'un et l'autre cas le trouble cérébral paraît dépendre soit d'une infection, soit d'une auto-intoxication dont la nature nous est à la vérité inconnue.

Historique et Définition. — Entrevu par les auteurs anciens, qui semblent y faire allusion dans les descriptions de la phrénitis et de la phrénésie, le délire aigu a été certainement observé par Georget (1820), Abercrombie (1825), Esquirol (1858), qui l'ont sommairement indiqué ou décrit. Toutefois, c'est Calmeil⁽¹⁾ qui le premier paraît en avoir eu la conception précise. Le tableau qu'il en trace a été maintes fois reproduit. « Il meurt dans les maisons de fous, dit-il, peu de temps après l'invasion du délire, un certain nombre de sujets dont l'état maladif paraît général et bien difficile à caractériser. Le malade est en proie à l'agitation la plus vive, ses membres sont continuellement en mouve-

(1) CALMEIL. *Dict.* en 50 volumes. Art. ALIÉNÉS, p. 186.

ment; il parle avec volubilité et sans qu'il existe de suite, de rapport entre les paroles qui lui échappent; il paraît obsédé par des hallucinations ou de fausses sensations de l'ouïe, de la vue, de l'odorat; sa figure est altérée, ses yeux sont rouges, chassieux, extrêmement vifs ou tout à fait ternes; il s'exhale de tout son corps une odeur repoussante; le pouls est fréquent, la peau brûlante, la soif vive, l'expuition continuelle. Aussitôt que cet aliéné porte un liquide à ses lèvres, il le repousse avec une sorte de précipitation dont il ne peut se rendre maître. Sa langue, ses lèvres deviennent arides et fuligineuses. Enfin il succombe du cinquième au dixième jour, et l'autopsie des organes ne donne pas d'explication de ces funestes accidents. Quelques sujets sont assez heureux pour rentrer dans les conditions ordinaires de la folie et se rétablissent plus tard. Il ne faut pas confondre cet état qu'on peut, si on le juge convenable, qualifier de *délire aigu*, avec les symptômes d'une dothiéntérie et ceux d'une phlegmasie locale intense. »

Si la courte esquisse de Calmeil n'apprend pas grand'chose sur la nature de l'affection, elle en indique tout au moins nettement la physionomie et en circonscrit avec assez de précision le domaine. Elle constitue la meilleure définition qu'on en puisse donner. L'expression *délire aigu*, dans l'acception où on la prend aujourd'hui, ne s'applique pas à tous les délires intenses, fébriles, à évolution rapide, vésaniques ou non : en attribuant au mot, conformément au sens littéral, cette large signification (Morel), on contribuerait à jeter la confusion dans les esprits et rien de plus. Il désigne une entité clinique particulière dont nous ignorons la pathogénie et qui ne constitue peut-être pas une espèce nosologique dans le sens scientifique du terme, mais que son étiologie, ses caractères symptomatiques, ses lésions mêmes, négatives ou peu accusées, suffisent à séparer des affections qui lui ressemblent.

Brierre de Boismont⁽¹⁾ s'est inspiré de ces vues lorsqu'il a décrit le délire aigu comme une individualité nosographique. Après lui un double courant s'est établi : tandis que les uns ont refusé d'admettre le délire aigu à titre d'entité (Lutjer Bell, Jensen) ou l'ont considéré comme une simple forme fébrile et grave de la manie (Parchappe, Griesinger, Baillarger, Mendel, Jolly, Schüle), d'autres ont persisté à l'envisager comme une affection autonome. Les thèses de Thulié⁽²⁾ et de Briand⁽³⁾ reflètent cette dernière tendance. Le délire aigu, en effet, paraît bien être une entité clinique, sinon nosologique.

Étiologie. — Il peut se développer d'une façon imprévue chez des individus exempts de toute tare névropathique. Mais le fait est exceptionnel : d'habitude les malades qui en sont atteints ont des antécédents héréditaires chargés. D'autre part, en remontant dans leur passé personnel, on retrouve souvent des bizarreries de caractère, des inconséquences de conduite, des tics, des accidents nerveux de divers ordres (sommambulisme naturel, crises d'hystérie ou d'épilepsie, chorée, accès de manie ou de mélancolie, etc.), qui révèlent une vulnérabilité particulière du système nerveux.

D'après les observations de Hertz⁽⁴⁾, le rétrécissement du canal jugulaire

⁽¹⁾ BRIERRE DE BOISMONT. Du délire aigu observé dans les établissements d'aliénés. *Bull. de l'Acad. de méd.*, Paris, 1841-1842, t. VII, p. 983, et *Mém. de l'Acad. de méd.*, t. XI, 1845.

⁽²⁾ THULIÉ. *Etude sur le délire aigu sans lésions*. Thèse de Paris, 1865.

⁽³⁾ BRIAND. *Du délire aigu*. Thèse de Paris, 1881.

⁽⁴⁾ HERTZ. Du rétrécissement du canal jugulaire comme cause du délire aigu. *Ann. médico-psychol.*, t. VI, 1871.

s'observerait souvent chez les individus morts de délire aigu; peut-être cette malformation joue-t-elle le rôle de cause prédisposante. La prédisposition, tenant au terrain ou à la conformation physique, a pour auxiliaires les nombreuses causes banales qu'on rencontre souvent à l'origine des affections mentales : les chagrins, les émotions pénibles, les fatigues physiques et intellectuelles; les privations et les mauvaises conditions hygiéniques de l'alimentation ou du logement, les excès de tous ordres, excès de travail, excès vénériens, excès de boisson.

La menstruation, comme l'a noté Baillarger constitue une circonstance physiologique favorable au développement de la maladie : il en est de même des suites de couches. Les traumatismes crâniens, les fièvres et les phlegmasies, la pneumonie notamment, surtout lorsqu'elles atteignent les aliénés, favorisent aussi l'apparition du délire aigu.

Cette affection survient souvent à titre de complication au cours de certaines vésanies, de la confusion mentale primitive, de la manie⁽¹⁾, de la mélancolie, et des accès de folie périodique. On la rencontre dans la paralysie générale, surtout à sa première période; mais il est vraisemblable que, dans ce cas, il s'agit moins d'une paralysie générale compliquée d'une autre affection, que d'une paralysie générale précipitée dans son évolution.

Plus fréquent chez les hommes, contrairement à la manie qui affecte de préférence le sexe féminin, le délire aigu est une maladie de l'âge moyen de la vie.

Il semble, en somme, que cette affection se développe surtout chez les individus dont le cerveau a naturellement peu de résistance, et sous l'influence des causes multiples qui sont de nature à amoindrir encore cette résistance en entravant la nutrition du système nerveux.

Symptômes. — Le délire aigu, nous venons de le voir, peut être *primitif* ou *secondaire*. Il convient d'étudier de préférence le délire aigu primitif, dont la description permet de mieux isoler les symptômes propres de l'affection, et dont le délire aigu secondaire ne diffère d'ailleurs qu'en ce qu'il est lui-même consécutif à une autre maladie mentale.

Rarement la crise de délire aigu débute brusquement : d'ordinaire elle est annoncée par des *prodromes*. Le malade, quelques jours avant l'apparition des symptômes caractéristiques, devient triste, préoccupé, anxieux, indifférent aux choses et aux personnes qui l'entourent. L'intelligence s'obscurcit, elle se voile d'une sorte de brouillard. En même temps apparaissent de la céphalalgie, des vertiges, une insomnie opiniâtre. L'appétit disparaît, la constipation s'établit et le malade se met à maigrir. Il a des rêves pénibles, des cauchemars effrayants : pendant la veille, à ce moment déjà on constate des hallucinations terrifiantes : ce sont des visions de cadavres, des scènes horribles qui impressionnent vivement les malades; il peut y avoir des illusions du goût d'où naissent des idées d'empoisonnement. L'indifférence fait place à la défiance, aux sentiments d'hostilité, à de vagues idées de persécution. Le patient devient difficile à vivre, il s'isole. Encore conscient de son état, il se rend compte qu'il

⁽¹⁾ Les moyens de contention inopportunistement et fâcheusement employés chez les malades agités, notamment chez les maniaques, sont de nature à amener la transformation de la manie, affection purement fonctionnelle et essentiellement curable, en délire aigu, maladie vraisemblablement organique (encéphalite?) et d'ordinaire mortelle.

se passe en lui quelque chose d'anormal et a de sinistres et trop légitimes appréhensions. Bientôt, en effet, apparaît l'agitation, qui s'accroît assez vite, et avec elle l'obnubilation intellectuelle et la fièvre.

Il faut distinguer, dans les cas types, deux phases à la période d'état, une phase d'excitation et une de dépression ou de collapsus.

La phase d'excitation se caractérise au point de vue mental par des troubles fort analogues à ceux de la manie aiguë : mais ici l'excitation cérébrale et l'incohérence des idées sont encore plus accusées, la conscience et l'intelligence plus profondément atteintes; les hallucinations et les illusions enfin tiennent, dans le tableau clinique, une place bien plus grande que dans la manie.

L'agitation est portée à son dernier degré : le malade va et vient en tous sens, se précipite contre les parois de sa cellule, se jette violemment sur son lit ou sur le plancher; sa physionomie exprime tour à tour les sentiments les plus divers et les plus contraires : on le voit s'arrêter tout à coup, prêter l'oreille aux voix imaginaires qu'il croit entendre, esquisser, sous l'influence des hallucinations de la vue, des mouvements de défense ou tomber momentanément en extase. Le langage présente la même intempérance que les mouvements : c'est une suite de vociférations, de phrases mal enchaînées les unes aux autres, de mots incohérents; ce sont d'autres fois de simples cris ou des sons inarticulés, proférés d'une voix rauque et à demi voilée. Souvent cette exubérance de parole ne permet de découvrir aucune préoccupation spéciale; d'autres fois des phrases reparassent qui indiquent tantôt la terreur, tantôt la satisfaction, tantôt des préoccupations religieuses ou hypocondriaques. Foville a vu un ouvrier qui pendant plusieurs jours n'a cessé de parler d'une manière incohérente de ses relations avec l'empereur, des titres, des décorations, des richesses que celui-ci lui prodiguait. Un jardinier, observé par Ball, croyait se promener dans des jardins délicieux et respirer les suaves odeurs du jasmin et de la rose. Un frère lazariste, dont parle Thulié, se mettait sur son lit et hurlait sans trêve : Jésus, Marie, Joseph. Mais le plus souvent le langage des malades dénote des idées d'un autre ordre : ils se croient damnés, ils voient leurs parents morts, leurs enfants égorgés, ils s'imaginent qu'on les empoisonne, qu'ils ne peuvent plus manger, qu'ils ne vivent plus. La nature du délire est en rapport avec la nature des hallucinations : multiples et mobiles ce sont elles qui commandent pour la plus grande part les troubles intellectuels.

Comme dans la manie elles s'associent à une hyperesthésie sensorielle générale, qui intéresse à la fois la vue, l'ouïe, le tact. Aussi le bruit, la lumière, les contacts, provoquent-ils des réactions vives.

A la phase d'excitation les malades ne sont pas complètement étrangers à ce qui les entoure : on peut quelquefois, comme dans la manie fixer momentanément leur attention en les interpellant vivement. Toutefois, il y a d'ordinaire une obnubilation plus ou moins accusée de la conscience; mais, comme l'observe Schüle, elle est susceptible de se modifier d'un moment à l'autre : on voit le malade passer tout à coup d'un état de profonde stupeur à une lucidité relative; « la stupeur alterne avec des états de rêve demi-lucide ».

Deux symptômes importants, l'un simplement habituel, l'autre constant, accompagnent les troubles intellectuels : ce sont la *sitiophobie* et la *fièvre*. En général, le malade repousse les aliments qu'on lui présente ou les boissons qu'on lui offre; si l'on arrive à les introduire dans la cavité buccale, ils pro-

voquent souvent un spasme réflexe du pharynx, qui occasionne leur rejet. En outre, la sputation est fréquente, et l'on observe communément un crachotement presque continu.

Il n'y a pas de délire aigu sans élévation de température. La *fièvre* marque le début de la période d'excitation; elle peut être modérée les premiers jours, mais plus souvent elle s'élève d'emblée à 40 degrés et au-dessus. Elle se maintient au voisinage de ce chiffre jusqu'à la fin de la maladie, en présentant cependant des rémissions momentanées qui peuvent donner temporairement l'illusion d'une amélioration. — L'accélération du pouls et de la respiration marche parallèlement à l'élévation de la température. Le pouls, qui bat de 100 à 140, est petit, serré, quelquefois irrégulier et inégal. Exceptionnellement, on le voit au contraire se ralentir (Jensen). La peau est sèche, terreuse; les urines rares, parfois albumineuses.

C'est à cette période que se montrent, dans quelques cas, des convulsions toniques ou cloniques, générales ou partielles, qui rappellent parfois celles du tétanos.

Au bout de 5 ou 6 jours, si l'amélioration ne se manifeste pas, le *collapsus* fait suite à l'excitation. Le délire et l'agitation cessent, ils font place à la stupeur, qu'accompagnent d'ordinaire la mussitation et la carphologie. Les yeux s'excentrent, le nez se pince, les lèvres se couvrent de fuliginosités, la langue est sèche, parcheminée, la voix s'éteint, les excréments sont involontaires, la respiration haletante, le pouls misérable. La température continue à s'élever : elle peut dépasser 41 degrés, et le malade succombe dans le coma par une sorte d'épuisement aigu du cerveau. Cette période est toujours de durée courte; elle ne dépasse pas un jour ou deux, et quelquefois ne va pas au delà de quelques heures.

Formes. — On peut, avec Schüle, admettre trois formes du délire aigu : la forme *maniaque*, la forme *mélancolique*, et la forme avec prostration ou *paralytique*.

La première est celle qui a servi de type à notre description : c'est elle qui est exclusivement visée dans la plupart des ouvrages français.

La seconde (délire aigu *mélancolique*) se distingue de la précédente par un début plus insidieux, une période prodromique plus longue, par le caractère triste et dépressif du délire, qui consiste en rêvasseries monotones, avec craintes d'empoisonnement, refus obstiné des aliments, par la moindre élévation de la température, qui, après avoir dépassé la normale pendant 2 ou 3 jours, peut descendre jusqu'à l'hypothermie, enfin par l'intensité des phénomènes de dénutrition que compliquent d'ordinaire la diarrhée, les escarres, l'aspect typhoïde et souvent des lésions viscérales diverses, pulmonaires ou rénales. Le pronostic de cette forme paraît un peu moins grave que celui de la forme maniaque : on l'observe de préférence chez les individus affaiblis par de longues souffrances physiques ou morales, chez les accouchées, surtout quand la parturition a été laborieuse et pénible.

La forme dite *paralytique* mérite à peine une description spéciale : elle est intermédiaire aux deux précédentes, en ce sens qu'elle débute comme la forme maniaque par des phénomènes d'excitation et que ces troubles alternent avec des signes de dépression, de stupeur, de paralysie vaso-motrice, comme dans la forme mélancolique. Mais l'excitation est moins vive, la fièvre moins forte que

dans la variété maniaque. La température d'ailleurs ne tarde pas à baisser et les malades succombent dans le collapsus et l'algidité par paralysie des centres de calorification.

De ces trois formes la première est la plus courte (5 à 8 jours), la seconde la plus longue : la mort ne survient parfois qu'après plusieurs semaines; la troisième a une durée intermédiaire.

Diagnostic. — Le tableau clinique du délire aigu rappelle d'assez près celui que présentent certaines maladies infectieuses, pour qu'on puisse au premier abord hésiter à le diagnostiquer. Les fièvres éruptives avec délire s'en différencieront bien vite par l'apparition de l'exanthème; la fièvre typhoïde pourrait être plus aisément confondue avec lui; mais dans cette maladie, même lorsque les manifestations cérébrales sont accusées, les troubles psychiques, notamment les illusions et les hallucinations, sont moins intenses, d'autre part l'état du ventre, la douleur de la fosse iliaque, la tuméfaction de la rate, la diarrhée permettront de reconnaître aisément, au moins en général, la dothiérien-térie. La pneumonie, quand elle s'accompagne de troubles cérébraux, peut aussi simuler un instant le délire aigu, mais les signes d'auscultation viendront bien vite en aide au diagnostic. Dans la méningite, simple ou tuberculeuse, le délire est moins prononcé, l'agitation moins violente; il y a des vomissements, des troubles pupillaires, du strabisme, des paralysies et des convulsions localisées.

Dans la manie aiguë le délire est plus exclusivement psychique, moins sensoriel; la fièvre n'existe pas, ou, lorsque la température s'élève, c'est seulement de quelques dixièmes de degré et d'une façon temporaire; la dénutrition est moins rapide; on ne constate ni l'aspect typhoïde, ni les phénomènes de collapsus. Si ces symptômes se montrent, c'est qu'alors le délire aigu complique la manie.

Au début ou au cours de la paralysie générale, on peut observer de la fièvre, un délire intense avec hallucinations, suivi bientôt de collapsus et de mort. Quand cet ensemble de symptômes se manifeste loin du début de l'affection, les anamnétiques et la coïncidence de troubles somatiques (troubles de la parole, tremblement des lèvres et de la langue, inégalité pupillaire) permettent de reconnaître l'encéphalite interstitielle diffuse. Au reste, dans ces cas, on est en droit de dire qu'on a affaire à un véritable délire aigu venant compliquer la paralysie générale.

Cette complication peut se manifester de très bonne heure presque au début de l'encéphalite. Est-on alors en présence, comme précédemment, d'un délire aigu secondaire et surajouté, ou simplement d'une forme rapide de la paralysie générale? C'est une question qu'il est, en l'état des choses, difficile de trancher. Le fait est que le tableau symptomatique peut ne pas différer notablement de celui du délire aigu primitif, sauf par l'adjonction de quelques-uns des symptômes les plus précoces de la démence paralytique. A l'autopsie, d'ailleurs, on rencontre des lésions plus ou moins accusées de méningo-encéphalite.

Quelquefois une paralysie générale, qui doit ultérieurement évoluer avec plus ou moins de lenteur, débute par un accès maniaque intense. On pourrait alors redouter l'imminence d'un accès de délire aigu; mais dans ce cas la fièvre est peu vive, le visage rouge et animé; les hallucinations sont absentes ou rares; les symptômes se prolongent d'ordinaire au delà du terme assigné au délire

aigu simple, et l'on ne tarde pas d'ailleurs à constater la tournure naïve des idées, l'affaiblissement intellectuel et les autres signes de l'encéphalite diffuse.

Il y a de grandes analogies entre le délire aigu et le delirium tremens : mais, indépendamment des commémoratifs, le tremblement intense de la langue et des membres, la prédominance des hallucinations visuelles terrifiantes, permettront de reconnaître la seconde de ces affections.

Pronostic. — Le délire aigu est le plus souvent mortel. Dans les cas où la guérison a lieu (une fois sur quatre, d'après Marcé), elle s'annonce par le retour du sommeil et l'amélioration progressive des autres symptômes. La convalescence est longue et la maladie laisse souvent après elle un certain degré d'affaiblissement mental. La démence consécutive est surtout fréquente quand la maladie s'est développée secondairement au cours d'une maladie préexistante. Le délire aigu est susceptible de récidiver et les récidives paraissent encore plus graves que la première atteinte, tant au point de vue des conséquences immédiates que des conséquences éloignées.

Anatomie pathologique. — Pathogénie et nature. — Les lésions qu'on rencontre à l'autopsie des malades morts de délire aigu varient suivant les cas : tantôt elles sont nulles, tantôt elles consistent en lésions congestives des méninges et de la substance cérébrale, tantôt enfin elles réalisent l'ébauche d'un processus phlegmasique.

Il est positif que l'examen le plus attentif du cerveau, au moins fait à l'œil nu, ne révèle dans certains cas aucune altération appréciable. Thulié a mis en relief les faits de cet ordre dans son travail sur le délire aigu sans lésions. Il suppose que les troubles cérébraux sont alors attribuables à l'anémie cérébrale. Cette interprétation est difficilement acceptable; nous en dirons plus loin la raison.

Le plus souvent, les lésions observées sont de nature congestive. La dure-mère participe quelquefois au processus hyperémique: elle est en outre comme distendue par suite de l'augmentation de volume du cerveau congestionné. Mais les troubles vasculaires sont surtout appréciables au niveau de la pie-mère : les vaisseaux de cette membrane, particulièrement au pourtour de la scissure de Sylvius, ou bien au niveau des lobes frontaux et sphénoïdaux, sont gorgés de sang; les capillaires paraissent finement injectés. Quelquefois, la meninge est légèrement œdémateuse, et autour de ses vaisseaux on peut observer de petites suffusions sanguines. La substance grise du cerveau est congestionnée comme les membranes enveloppantes : la pie-mère se laisse nettement détacher de sa surface; mais, après son ablation, l'écorce apparaît parsemée d'un fin piqueté vasculaire qu'on retrouve sur les coupes, occupant de préférence les couches moyennes et profondes. Quelquefois, la congestion de la substance nerveuse se présente sous l'aspect de taches de teinte améthyste ou hortensia décrites naguère par Calmeil.

Dans certaines circonstances le processus pathologique dépasse la phase hyperémique et l'on trouve alors des lésions qui peuvent être considérées comme de nature phlegmasique. Le long des vaisseaux de la pie-mère on observe des traînées blanches périvasculaires; la membrane ne se laisse plus détacher facilement de la substance nerveuse, elle adhère à la surface des cir-