

PSYCHOPATHIES SYMPTOMATIQUES OU ASSOCIÉES

<p>I. — Psychopathies des exo-intoxications.</p> <p>Alcoolisme. Saturnisme. Morphinisme. Éthérisme, Chloralisme, Cocainisme, Oxy-carbonisme, etc., etc., Pellagre. Paludisme.</p>	<p>1^o Aiguës (suite). Pneumonie. Fièvres éruptives. Diptérié. Erysipèle. Choléra. Rage.</p> <p>2^o Chroniques . . . Syphilis. Tuberculose. Cancer.</p>
<p>II. — Psychopathies des auto-intoxications.</p> <p>Gastro-intestinale. Hépatique. Rénale. Cutanée. Génitale. Thyroïdienne. Pituitaire, Surrenale, etc. Diathèses. Surmenage, et Ibanition. Traumatismes. Opérations chirurgicales. Insolation.</p> <p>1^o Spéciales . . . 2^o Générales. . .</p>	<p>IV. — Psychopathies des maladies du système nerveux.</p> <p>1^o Cérébro-spi- nales Abcès du cerveau. Tumeurs de l'encéphale. Artério-sclérose cérébrale, Cardiopathies. Hémorragie et Ramollissement. Paralysie générale. Tabes. Sclérose en plaques. Syringomyélie. Maladie de Parkinson.</p> <p>2^o Névroses Épilepsie. Hystérie. Chorée.</p>
<p>III. — Psychopathies des infections.</p> <p>1^o Aiguës { Fièvre typhoïde. { Grippe ou Influenza.</p>	

CHAPITRE PREMIER

PSYCHOPATHIES DES EXO-INTOXICATIONS

Dans ce chapitre, nous décrirons sommairement les psychopathies liées aux exo-intoxications ou intoxications d'origine externe. Leur type est celui des psychopathies alcooliques, auxquelles toutes les autres ressemblent cliniquement, à part les quelques nuances dues à la nature spéciale de chaque poison.

Nous parlerons donc tout d'abord, en autant d'articles distincts, des psychopathies alcooliques, saturnines, morphiniques; dans l'article suivant, nous dirons un mot des psychopathies exo-toxiques moins importantes et moins fréquentes, celles du cocaïnisme, de l'oxy-carbonisme, de l'éthérisme, du chloralisme, etc., etc.; nous consacrerons enfin les deux derniers articles de ce chapitre à la pellagre et au paludisme.

ARTICLE PREMIER

ALCOOLISME

Le mot *alcoolisme*, créé en 1836 par MAGNUS HUSS, s'applique à l'ensemble des accidents morbides que produit l'empoisonnement par les boissons alcooliques. Les troubles psychiques sont au nombre des plus importants, parmi ces accidents.

Le facteur qui domine l'étiologie de l'alcoolisme est sans contredit le facteur individuel. Ne devient pas en effet alcoolique qui veut, suivant l'expression courante.

Les sujets les plus exposés sont ceux chez lesquels une prédisposition spéciale crée à la fois une aptitude à l'intoxication et une diminution de résistance à l'agent toxique. Cette prédisposi-

tion se trouve réalisée surtout chez les hépatiques, les brigtiques, les artério-scléreux, comme aussi chez les névropathes, les déséquilibrés, les dégénérés, et particulièrement chez les descendants d'alcooliques eux-mêmes (hérédité similaire).

Un autre facteur dont il faut tenir compte est le facteur professionnel. Il est en effet des professions qui favorisent beaucoup l'alcoolisme et qui y mènent presque fatalement, ce que les malades traduisent en disant : « C'est le métier qui veut ça ». Il existe même un véritable *alcoolisme professionnel*, dont le type est celui de certains ouvriers distillateurs vivant perpétuellement dans une atmosphère d'alcool.

La nature, la qualité et la forme du poison alcoolique ne sont pas non plus indifférentes au point de vue de la production des troubles psychiques. Tous les auteurs sont d'accord pour reconnaître que les boissons les plus dangereuses sont les liqueurs à essences : l'*absinthe* et ses similaires, le *bitter*, le *vermouth*, et, de façon générale, les diverses sortes d'apéritifs.

On s'accorde également à admettre que les boissons provenant de la distillation des alcools sont nocives et que leur toxicité, comme l'avaient établi DUJARDIN-BEAUMETZ et AUDIGÉ, RABUTEAU, est d'autant plus forte que leur formule atomique et leur point d'ébullition sont plus élevés.

En appliquant ces données aux eaux-de-vie du commerce, DUJARDIN-BEAUMETZ et AUDIGÉ les ont rangées dans l'ordre croissant de toxicité suivant :

1° Eaux-de-vie de vin ; 2° eaux-de-vie de poiré ; 3° eaux-de-vie de marc, de raisin et de cidre ; 4° eaux-de-vie de grain ; 5° eaux-de-vie de betterave ; 6° eaux-de-vie de pomme de terre.

Les expérimentateurs plus récents, DAREMBERG, RICHE, JOFFROY et SERVEAUX ont confirmé ces vues, sauf en ce qui concerne l'alcool éthylique ou de vin, qu'ils ont trouvé plus toxique que l'alcool méthylique. Nous ne savons si le résultat d'expériences consistant à injecter de l'alcool dans des veines de chien ou de lapin peut être rigoureusement applicable à l'ingestion stomacale de boissons spiritueuses chez l'homme et il y a sans doute, à cet égard, quelques réserves à faire. Ce que nous savons bien, et cela nous paraît valoir toutes les expériences de laboratoire,

c'est que les médecins des pays où se distille et où se boit communément l'alcool de vin, comme la Charente, n'y ont réelle-

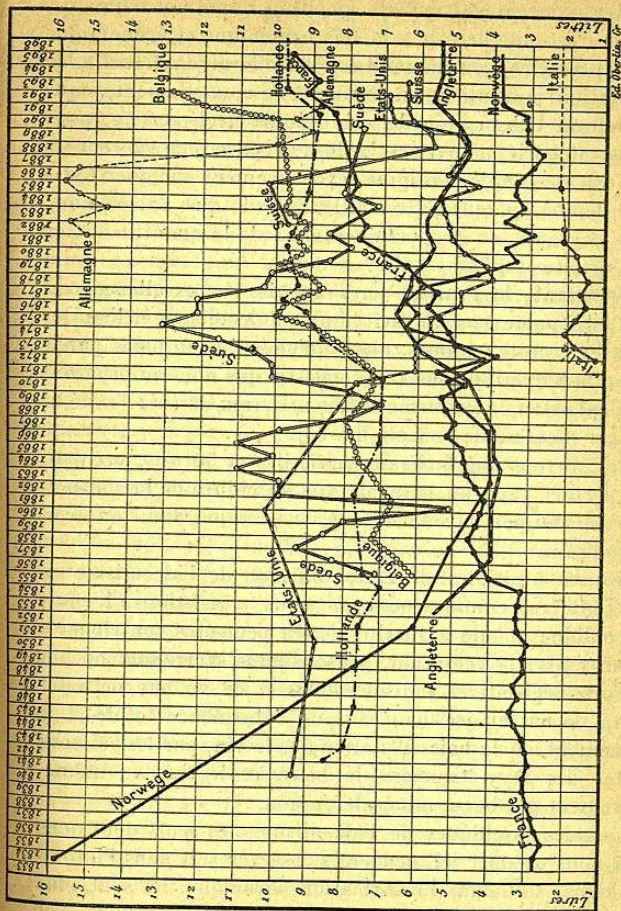


Fig. 56. — Graphique de la consommation d'alcool à 50°, en divers pays par tête d'habitant (composé d'après M. Jules Denis, de Genève). Extrait de l'art. Alcoolisme par Roumouvirch, in *Traité de Pathologie mentale* de BALLER.

ment observé l'alcoolisme, en particulier l'alcoolisme délirant et impulsif, qu'à dater du jour où, à la suite de la crise viticole,

les poisons des assommoirs s'y sont introduits de façon courante.

Quant au vin, au vin naturel, s'entend, nous n'hésitons pas à le déclarer innocent des méfaits qu'on lui impute et nous estimons que c'est une hérésie à la fois hygiénique et économique que de le proscrire, comme tend à le faire la mode actuelle, de l'alimentation journalière en France. Personnellement, dans une région où l'absorption de vin dépasse de beaucoup, pour certaines catégories d'ouvriers, la dose permise, j'en suis encore à voir un alcoolique d'origine exclusivement vinique. Cette formule démographique reste d'ailleurs vraie que l'alcoolisme, dans un pays, est en proportion inverse de la quantité de vin qu'on y récolte et qu'on y boit.

Et cependant, la France, pays du vin par excellence, est aujourd'hui l'un de ceux où sévit le plus l'alcoolisme et l'un des rares où il s'accroît toujours, ainsi qu'on en peut juger par le tableau graphique ci-dessus, très suggestif, que nous empruntons à l'excellent article Alcoolisme de ROUBINOVITCH dans le Traité de pathologie mentale de BALLET (fig. 56).

Nous y voyons que la France qui, il y a 50 ans, occupait l'avant-dernier rang au point de vue du chiffre de la consommation d'alcool par tête d'habitant, vient aujourd'hui au troisième rang.

Les causes multiples de cette diffusion de l'alcoolisme en France sont trop connues pour que nous y insistions. L'effort anti-alcoolique qu'elle a suscité pourra peut-être contribuer à l'enrayer, mais à la condition, pensons-nous, d'être soutenu par les mesures législatives indispensables et de ne pas dépasser lui-même le but en prêchant à tous l'abstinence totale et le remplacement de la boisson nationale, le vin, par les boissons courantes des pays étrangers, la bière et le thé, ou même, exclusivement par l'eau, minérale ou non.

Les troubles psychiques de l'alcoolisme, les seuls dont nous ayons à nous occuper ici, peuvent s'observer soit dans l'intoxication aiguë, soit dans l'intoxication chronique. Ils sont plus fréquents dans celle-ci.

Les formes cliniques principales sous lesquelles ils se présentent sont les suivantes : 1° *Ivresse*; 2° *Psychose alcoolique*

3° *Démence alcoolique*. Nous allons les passer successivement en revue.

§ 1. — IVRESSE

L'ivresse comprend trois périodes distinctes. La première est la *période d'excitation*; elle est caractérisée par l'animation du visage et du regard, un accroissement du pouls, de la transpiration, de l'excrétion urinaire, mais surtout par un sentiment général de bien-être, avec loquacité et tendances expansives. Ceux qui ont, comme on le dit, le *vin gai* sont à ce moment étourdissants de verve, d'entrain, de gaieté, de mouvement; ceux qui ont le *vin triste* sont déprimés, font la confidence de leurs malheurs, pleurent et se lamentent sans aucun motif; certains deviennent bienveillants, tendres, affectueux, très portés à l'érotisme; d'autres se montrent jaloux, susceptibles, irascibles, se fâchent pour un rien et ont une tendance marquée aux querelles et à la violence. A ce degré, l'homme ivre possède encore une demi-conscience, et la faculté de se contenir, au moins dans une certaine mesure. Mais déjà il existe chez lui une sorte d'anesthésie morale, il ne s'étonne plus de rien.

La *deuxième période* ou *période ébrieuse* se caractérise par des troubles plus marqués. Il n'y a plus seulement *exaltation*, mais encore *perturbation* de l'intelligence; les idées sont confuses, sans suite, mobiles à l'excès; le langage est incohérent, décousu; la langue est épaisse, la parole embarrassée, l'impuissance génitale ordinairement complète, la marche vacillante et la sensibilité très obtuse. En même temps, il existe des troubles sensoriels tels que confusion de la vue, diplopie, tintouin, illusions du goût et de la sensibilité générale, et quelquefois, un *délire véritable* avec *impulsions*.

La *troisième période* est la *période comateuse*. Elle se caractérise par un sommeil long et profond, accompagné de sueurs profuses, pendant lequel l'individu est anéanti, inerte et complètement inconscient. Au réveil, il éprouve des malaises généraux plus ou moins accusés, un sentiment de lassitude pénible, une soif fébrile, une sécheresse très grande de la bouche et surtout une migraine violente.

A côté de cette *ivresse simple*, comme on l'appelle, il existe d'autres formes plus graves, notamment l'*ivresse convulsive*, décrite par PERCY, et l'*ivresse amnésique*.

§ 2. — PSYCHOSE ALCOOLIQUE

1° Formes cliniques. — La psychose alcoolique affecte, au point de vue de son intensité, trois degrés différents : 1° l'*accès subaigu*; 2° l'*accès aigu proprement dit*; 3° l'*accès suraigu*. Quel que soit son degré d'intensité, l'accès de psychose alcoolique est susceptible de survenir soit dans l'alcoolisme aigu, à la suite d'une intoxication brusque et passagère, soit à un moment quelconque dans le cours de l'empoisonnement chronique. Son apparition peut succéder à de copieux excès (*delirium a potu nimio*), comme au contraire à la suppression de l'excitant habituel (*delirium a potu suspenso*). Il est très fréquent également de voir l'accès survenir brusquement à la suite d'un choc moral ou physique (traumatisme moral ou physique), surtout d'une maladie intercurrente. C'est ainsi que se développe le délire alcoolique dans la pneumonie, à la suite d'une chute, chez les prisonniers, etc. Un rien suffit donc, chez des individus sourdement intoxiqués et saturés d'alcool, pour *éveiller* ou *réveiller* les troubles cérébraux. Cela a lieu surtout dans l'alcoolisme lent, latent, inconscient, bien supporté en apparence et sans manifestations révélatrices habituelles, c'est-à-dire dans l'*alcoolisme larvé*.

A. PSYCHOSE SUBAIGUE. — La psychose la plus fréquente dans l'alcoolisme est la psychose subaiguë qui traversé le plus souvent, comme un épisode passager, le cours de l'empoisonnement chronique. Elle se manifeste sous la forme de *délire onirique* sur fond plus ou moins marqué de *confusion mentale*.

L'accès débute, en général, par l'*altération du sommeil*, qui devient pénible et troublé par des rêves. LASÈGUE, dont nous allons reproduire, en la résumant, la description, a dit qu'avant de délirer, l'alcoolique commence toujours par mal dormir, et que son délire n'est qu'un *rêve éveillé ou de jour*, qui fait suite

au *rêve endormi ou de nuit*, et le continue non seulement au point de vue *psychique*, mais aussi *chronologique*. Les rêves des alcooliques sont surtout des *rêves d'action*, ayant trait aux choses de la profession, aux événements du moment, à des péripéties dramatiques, et dans lesquels les *hallucinations de la vue* jouent le principal rôle. Il arrive un moment où ces rêves se prolongent pendant le jour, et c'est cette continuation du rêve pendant la veille qui constitue le *délire alcoolique*, véritable *rêve prolongé*, ainsi qu'on l'a dit fort justement. Le passage du délire dormant au délire éveillé s'opère sans transition; celui-ci ne suit pas le rêve à distance, il en devient le maximum. Les choses se passent de même en ce qui concerne la nature des divagations, c'est-à-dire que le délire continue les idées écloses pendant le rêve. Ce sont les mêmes tableaux fantastiques, les mêmes épisodes poignants, les mêmes aventures baroques ou sinistres, les mêmes scènes tumultueuses et mouvementées. Dans le délire alcoolique comme dans le rêve les *hallucinations visuelles*, qui revêtent d'ordinaire le caractère terrifiant et consistent surtout en visions d'animaux, de voleurs, d'assassins, de batailles, d'incendies, de morts, etc., jouent un rôle capital et existent à l'exclusion à peu près complète de toute autre. En effet, les *hallucinations auditives* s'y réduisent, en général, aux impressions les plus confuses, à des bruits de pas ou de coups, à des cris étouffés, à quelques phrases interjectives. D'autre part, à l'égal de tout rêveur, l'alcoolique est en mouvement incessant, physique et moral, pendant sa crise. Ses récits sont longs, mais composés de phrases saccadées, sans lien logique. Des faits et pas de réflexions, encore moins d'étonnement et de critique. Ce qui se passe se passe et voilà tout. Un dernier caractère, commun au rêve et au délire alcoolique, c'est la possibilité qu'ont ces deux états de se suspendre brusquement et passagèrement sous l'influence de secousses imprimées au dormeur ou au malade et accompagnées d'objurgations excitantes. C'est en se basant sur toutes ces particularités que LASÈGUE a pu dire que le *délire alcoolique subaigu n'était pas un délire, mais un rêve*.

Nous avons vu plus haut que ce délire de rêve, auquel nous

avons donné le nom de *délire onirique*, n'était pas spécial à l'alcoolisme, mais commun à toutes les intoxications, et que d'autre part il était assimilable, non pas au rêve ordinaire, comme l'avait fait LASÈGUE, mais au rêve somnambulique, à l'état second.

Il faut donc savoir que les alcooliques et, de façon générale, tous les délirants toxiques sont, durant leur accès, dans un état second, au cours duquel ils peuvent accomplir des actes quelconques d'automatisme somnambulique, notamment des fugues inconscientes et amnésiques (FRANCOTTE).

Le délire alcoolique est le plus souvent sans suite et sans cohésion, comme les scènes de rêves dont il est formé. Parfois cependant, il représente un thème plus cohérent et plus fixe, fait surtout d'idées de persécution, de jalousie, d'auto-accusation allant jusqu'à l'auto-dénonciation.

Tantôt ces idées délirantes se dissipent avec l'accès ; d'autres fois elles lui survivent et restent implantées dans l'esprit, soit à titre d'idées fixes post-oniriques, soit pour devenir le point de départ d'un véritable délire systématisé.

A ces symptômes psychiques, auxquels il faut ajouter la tendance impulsive au suicide, à l'homicide, à l'incendie, qui est assez fréquente, viennent se joindre les symptômes physiques habituels de l'alcoolisme, tels que céphalée, tremblement généralisé, crampes, fourmillements, troubles dyspeptiques, analgésie ou hyperesthésie des membres, accidents convulsifs, hystéroides ou épileptiformes, etc.

L'accès subaigu de psychose alcoolique présente une durée variable, mais en général assez courte, au moins quand le malade cesse de boire. Il est rare qu'au bout de cinq à six jours il ne survienne une amélioration notable ; peu à peu le rêve cesse, et le sujet revient à la réalité. De même que la perte du sommeil avait marqué le début de l'accès, de même son retour en marque la terminaison. Il reste souvent une amnésie plus ou moins marquée de l'accès.

B. PSYCHOSE AIGUE. — La psychose alcoolique aiguë surgit dans les mêmes conditions que l'accès subaigu et elle se mani-

festes particulièrement sous cette forme de confusion mentale que nous avons étudiée sous le nom de *délire hallucinatoire aigu*. Elle se présente sous deux aspects. Dans le premier, elle ne diffère de l'accès subaigu que par un degré plus élevé d'intensité. Elle est précédée de prodromes tels que sentiment de malaise, oppression, embarras gastrique, céphalalgie ; l'insomnie est plus complète, les hallucinations plus terrifiantes, la frayeur devient une véritable panophtobie, et les malades, qui se croient entourés d'ennemis, d'animaux féroces, de flammes, de cadavres, fuient épouvantés et sont en proie à une terreur indicible. De plus, il se joint à cet état un véritable délire qui roule le plus souvent sur des idées hypocondriaques et surtout de persécution. L'alcoolique se croit plein de vers, pourri, sans estomac, sans tête ; il est mort ; on se moque de lui, sa femme le trompe, on cherche à l'empoisonner, des gens à mine suspecte le suivent dans les rues, on veut se débarrasser de lui, on l'accuse de vol, d'assassinat, de pédérastie, il a commis de véritables massacres, on monte chez lui pour l'arrêter, le fusiller, etc. C'est dans cette forme, et lorsqu'il existe des idées de persécution, qu'on peut constater, chez les malades, des hallucinations de l'ouïe plus ou moins parfaites. La tendance au suicide est à peu près constante, et souvent elle se manifeste sous forme d'une tentative subite et non préméditée. Il s'y joint, comme dans tous les accès d'alcoolisme, un tremblement très marqué des extrémités, des crampes, des fourmillements, de l'anesthésie ou de l'hyperesthésie partielles, diverses hallucinations du goût et de l'odorat, enfin des troubles gastriques plus ou moins accentués.

Sous son second aspect, la psychose alcoolique aiguë n'est autre que ce qu'on désigne communément sous le nom de *delirium tremens*. Elle débute par de l'insomnie, de l'incohérence dans les idées et des phénomènes généraux divers. Bientôt l'excitation apparaît, et elle s'accroît rapidement. La face est rouge, vultueuse, congestionnée, les yeux brillants, le pouls fréquent, la température élevée, la peau brûlante et couverte de sueur, la soif très vive. Les hallucinations et surtout les illusions surviennent ; les malades croient reconnaître ceux qui les entourent ; ils prennent une fenêtre pour une porte, un objet pour un ani-

mal, un meuble pour une personne; ils trouvent une odeur et un goût tout autres aux choses qu'ils mangent et qu'ils boivent; enfin ils ont des visions fantastiques, surtout d'animaux, ou de scènes lubriques et de tableaux obscènes qui se déroulent à leurs yeux (hallucinations cinématographiques). En peu de temps, l'*agitation* est à son comble, l'alcoolique crie, vocifère, marche et court sans s'arrêter.

Le *tremblement* est tellement intense et tellement généralisé qu'il a donné son nom à cette variété de psychose alcoolique. Le corps tout entier est en vibration et il est facile de s'en assurer en plaçant les mains sur les épaules du malade. Les mains et les bras sont agités d'un mouvement étendu, incoercible; la tête tout entière oscille ostensiblement, la langue est tellement trémulante qu'elle est tirée convulsivement hors de la bouche; enfin le tremblement peut s'étendre parfois aux lèvres et aux muscles vocaux de façon à déterminer un certain embarras de la parole. De même il peut exister une *inégalité* apparente des pupilles, assez fréquente, comme on le sait, dans l'alcoolisme chronique.

Notons enfin divers troubles plus ou moins constants, tels que l'existence de *sueurs profuses*, l'*accélération du pouls*, les *accès épileptiformes*, enfin les manifestations habituelles de l'intoxication alcoolique dans les fonctions organiques. Quant à la *température*, elle n'est pas sensiblement modifiée, et serait plutôt diminuée qu'augmentée, surtout à la périphérie.

La *guérison* est la terminaison ordinaire de la psychose alcoolique aiguë et elle se produit assez rapidement, dans l'espace de huit à quinze jours, sous l'influence de la seule suppression de l'excitant habituel; elle se traduit par le retour du sommeil et la diminution progressive des symptômes de l'accès.

C. PSYCHOSE SURAIGUE (DÉLIRE AIGU ALCOOLIQUE). — Dans la psychose alcoolique suraiguë, l'accès atteint son degré d'acuité le plus élevé. Tantôt, il survient un véritable état de *stupéur*. Immobiles, hébétés, incapables de répondre et d'agir, le visage terrifié, les yeux hagards, les malades sont plongés dans la prostration la plus profonde; ils paraissent assister à des spectacles

horribles dont la vue les terrifie, et ils ne sortent de cet anéantissement que pour exécuter brusquement quelque tentative de *suicide*. C'est surtout dans cette forme qu'ils ne conservent qu'une idée extrêmement vague de tout ce qui s'est passé dans leur accès, et que tout ce qu'ils ont vu, entendu ou fait, même leurs tentatives de suicide, leur apparaît comme un rêve confus et éloigné. Cependant cet accès de stupeur guérit habituellement et disparaît, mais avec une certaine lenteur et laisse souvent à sa suite des troubles divers, notamment de l'*hébétude* et de l'*obtusité* intellectuelle.

D'autres fois, l'*agitation* est extrême, et elle offre tous les caractères du *délire aigu*, dont elle porte du reste le nom (délire aigu alcoolique). Tout à fait analogue au délire aigu simple, l'accès présente, comme lui, une élévation de température qui peut aller jusqu'à 40, 41° et même plus (*delirium tremens fébrile*), des symptômes typhiques, des sueurs profuses, des fuliginosités, des soubresauts des tendons, de la petitesse du pouls, des convulsions, de l'adynamie, etc. Comme lui aussi, il se termine habituellement par la *mort*, qui a lieu soit subitement, à la suite d'une syncope, soit dans le coma.

2° **Anatomie pathologique.** — Les *lésions cérébrales* que l'on rencontre le plus fréquemment dans les accès aigus de psychose alcoolique, en dehors des lésions habituelles de l'alcoolisme chronique, telles que l'athérome artériel et la dégénérescence graisseuse des vaisseaux, sont la *pachyméningite hémorragique*, l'épaississement des méninges et leur infiltration par la sérosité, les suffusions sanguines, l'adhérence des méninges à la couche corticale, la coloration plus ou moins marquée de la substance grise, le pointillé de la substance blanche, l'épanchement de sérosité dans les ventricules latéraux, enfin des foyers hémorragiques siégeant dans divers points et surtout dans le territoire de l'artère sylvienne du côté gauche.

3° **Diagnostic.** — Le diagnostic, en général facile, peut présenter des difficultés, dans le cas, par exemple, où il s'agit d'un accès aigu à forme dépressive et avec idées de persécution. Nous

avons vu que ces cas étaient fréquemment pris pour des cas de *délire de persécution* au début, et réciproquement. Cependant, ici les idées de persécution sont plus confuses, plus terrifiantes, et elles s'accompagnent d'une *panophtobie* qui n'existe pas dans la folie systématisée.

Quant à la *stupeur* et au *délire aigu* alcooliques, ils ne diffèrent de la *stupeur* et du *délire aigu simple* que par leur origine et les caractères concomitants de l'intoxication alcoolique.

Les psychoses toxiques étant toutes similaires, quel que soit le poison en jeu, il en résulte qu'elles peuvent facilement être confondues entre elles. Nous avons déjà mis en garde à plusieurs reprises contre la tendance à considérer comme d'origine alcoolique des psychoses relevant d'une autre intoxication. Nous y insistons de nouveau ici en rappelant qu'en présence d'une confusion mentale et d'un délire onirique hallucinatoire, c'est-à-dire d'une psychose toxique, il faut songer à la possibilité d'une intoxication quelconque et ne conclure à une psychose alcoolique qu'après avoir constaté l'absence de tout autre empoisonnement, interne ou externe. En procédant ainsi, en étudiant soigneusement chaque sujet, on peut arriver à distinguer dans une certaine mesure, dans les intoxications multiples, telles que alcoolisme et saturnisme, alcoolisme et paludisme, etc., ce qui appartient à l'une et ce qui appartient à l'autre, tout au moins à reconnaître l'intoxication ayant joué le rôle principal dans la production de la psychopathie.

Il convient aussi de faire le diagnostic de l'alcoolisme d'après la nature et la qualité de la boisson ingérée (vin blanc ou rouge, rhum, cognac et eaux-de-vie, absinthe, vulnéraire, amers, apéritifs, eau de mélisse). Plusieurs auteurs, notamment LANCEREAUX, MAGNAN, LABORDE, CADÉAC, se sont attachés à cette différenciation. Dans les intoxications par les essences et surtout par l'absinthe, le trouble de la sensibilité au lieu de se traduire par de l'analgésie, comme dans l'alcoolisme proprement dit, consisterait en hyperesthésie en botte, en brodequin; il y aurait exagération très accentuée des réflexes patellaires et plantaires, de fréquents accidents épileptiformes, se rapprochant des attaques comitiales, enfin, dans nombre de cas, des impulsions irrésis-

tibles particulièrement violentes et, dans les états chroniques ou dans l'intervalle des accès, de la dépression mélancolique avec conscience (GILSON).

MAGNAN et son élève LEGRAIN ont enfin décrit à part l'alcoolisme des héréditaires ou des dégénérés.

4° Traitement. — Le traitement de la psychose alcoolique se confond avec le traitement ordinaire de l'alcoolisme, et, comme lui, il consiste essentiellement dans la suppression de l'excitant habituel, qu'on peut et qu'on doit, sauf exception, opérer brusquement, même dans les cas aigus. Les bains froids ont été, dans ces dernières années, tout spécialement préconisés contre le *delirium tremens*, comme nous le verrons au chapitre du traitement général. L'insomnie étant le trouble le plus constant de l'alcoolisme et le point de départ de l'onirisme délirant, une des indications capitales consiste à rétablir le sommeil; c'est pour ce motif que les calmants et en particulier le *chloral* à haute dose, associé ou non à la morphine (LANCEREAUX), sont les agents thérapeutiques dont l'usage réussit le mieux, surtout dans les formes excitées. Contre les accidents de l'alcoolisme aigu et chronique on a vanté la *strychnine* (LUTON) et, tout récemment, la *ponction lombaire* (ARDIN-DELTEIL).

§ 3. — DÉMENCE ALCOOLIQUE

Lorsque l'alcoolisme chronique a duré un certain temps, il détermine à la longue une *déchéance* progressive de l'individu, tant au point de vue psychique, qu'au point de vue physique.

Dans la sphère *physique*, le tremblement, la dyspnée, l'aphonie, les convulsions épileptiformes, l'empatement de la langue, l'affaiblissement musculaire, l'anesthésie et l'hyperesthésie, les troubles oculo-pupillaires, la dégénérescence graisseuse, la perte de l'appétit, les vomissements bilieux, les troubles circulatoires, la congestion du foie, etc., etc., sont les plus importants de tous les symptômes.

Quant à l'*affaiblissement psychique*, il survient lentement et se manifeste comme tous les états de démence par la diminution

progressive de la mémoire, des facultés, ainsi que par l'indifférence et la perte des sentiments et des affections. A cette démence se joignent le plus souvent des idées vagues et confuses de persécution, de jalousie, d'hypocondrie, de l'insomnie, des rêves hallucinatoires, professionnels ou zoopsiques, revenant par intermittences, de l'irritabilité, de la violence, des tendances impulsives diverses, en particulier des actes indéliçats, obscènes, immoraux, des outrages et des attentats à la pudeur, marqués au coin de la diminution et de la perversion du sens moral.

De dégradation en dégradation, les malades en arrivent à l'état *gâteux* et finissent dans le *marasme*, emportés le plus souvent par une *attaque apoplectique*. Dans certains cas, ils rappellent de plus ou moins près l'aspect de la *démence paralytique*, au point que le diagnostic est rendu parfois difficile. Le tremblement, les hallucinations, le caractère de l'embarras de la parole, enfin la coexistence de tous les autres signes de la cachexie alcoolique, permettent cependant en général, de différencier ces deux états de démence. Nous dirons un mot d'ailleurs, au chapitre de la paralysie générale, de son diagnostic avec la pseudo-paralysie générale alcoolique (voir p. 757).

A l'autopsie on constate les *lésions* de l'alcoolisme que nous avons signalées à propos de la psychose aiguë, auxquelles vient se joindre parfois une *atrophie* plus ou moins marquée du cerveau.

ARTICLE II

SATURNISME

Le *saturnisme* est le résultat de l'empoisonnement par le plomb, comme l'alcoolisme est le résultat de l'empoisonnement par l'alcool. Mais tandis que les troubles psychiques liés à l'alcoolisme ont été l'objet de nombreux et intéressants travaux, on s'est fort peu occupé de la psychose saturnine, probablement parce qu'elle est plus rare et qu'on a, par suite, moins souvent l'occasion de l'observer. En dehors en effet des rapports du saturnisme et de la paralysie générale, dont l'étude a été abor-

dée par certains auteurs et que nous mentionnerons en parlant de cette dernière maladie, on en est encore, relativement au délire causé par le plomb, aux vagues indications laissées par TANQUEREL DES PLANCHES et GRISOLLE.

Or, conformément à ce principe nosologique que nous nous sommes efforcé d'établir, que toutes les intoxications et infections se traduisent par des manifestations cliniques identiques, la psychose saturnine ressemble exactement à la psychose alcoolique. C'est à ce point, ainsi que je l'ai déjà signalé en 1879, que des erreurs sont souvent commises et que le délire saturnin est considéré dans nombre de cas comme un délire alcoolique.

Ceci nous dispense d'entrer dans de longs détails au sujet des troubles psychiques liés au saturnisme, qui se prêtent à la même division et à la même description que les troubles psychiques liés à l'alcoolisme.

Il existe donc : 1° une *psychose saturnine*, avec ses variétés *subaiguë*, *aiguë* et *suraiguë*; 2° une *démence saturnine*. A la rigueur même, on pourrait admettre une forme plus légère encore, l'*ivresse* du plomb, plus ou moins analogue à l'ivresse alcoolique.

§ 1. — PSYCHOSE SATURNINE

1° **Psychose subaiguë.** — L'accès subaigu, dans le saturnisme, est plus rare que l'accès aigu, contrairement à ce qui a lieu dans l'alcoolisme. Au reste, comme dans ce dernier, l'accès subaigu revêt presque toujours la forme de confusion mentale avec délire onirique et se caractérise par les mêmes symptômes, surtout par l'insomnie, les hallucinations terrifiantes de la vue, les cauchemars, les idées vagues de persécution, la tendance au suicide, le tremblement généralisé, etc. La seule différence consiste dans la coexistence des stigmates habituels de l'intoxication saturnine, et notamment du liséré de BURTON, qui permettent d'établir le diagnostic. Encore ce diagnostic est-il rendu des plus difficiles lorsque le malade, ce qui arrive assez fréquemment, est à la fois imprégné de plomb et d'alcool.

2° **Psychose aiguë.** — La psychose saturnine aiguë se ma-