

psychoses paludiques des *psychoses alcooliques*, auxquelles elles ressemblent exactement, surtout lorsqu'on n'est pas absolument certain de la sobriété du sujet. Quelques particularités pourront aider cependant à résoudre ce problème. La crise de délire paludique survient sans cause occasionnelle ou à la suite d'un refroidissement, d'une émotion. Elle est précédée d'une céphalée très vive et caractéristique, qui persiste pendant toute sa durée et souvent même après. Elle est constituée par des scènes de rêves plus professionnelles et plus fantasmagoriques que zoopsiques, se rattachant dans bien des cas à un événement de la vie antérieure qui sert chaque fois de point de départ ou de thème au délire. Elle a, avec l'accès fébrile, lorsqu'il existe, des relations chronologiques et nosologiques évidentes et dans les accès aigus, tout au moins, la recherche de l'hématozoaire est positive. Elle est habituellement, comme toutes les manifestations paludiques, favorablement influencée par la quinine. L'examen de la rate, du foie, des urines peut enfin fournir d'utiles indications.

Chez un certain nombre de malades, il existe simultanément du paludisme et de l'alcoolisme. Le diagnostic différentiel se complique d'autant plus, dans ce cas, que les deux facteurs peuvent être en cause et il ne reste plus alors qu'à essayer de déterminer, à la fois par les antécédents et par l'ensemble des manifestations morbides, lequel des deux a exercé sur le délire une action prépondérante.

Le *traitement* des psychoses paludiques, en dehors des médicaments nervins habituels, est celui du paludisme lui-même.

CHAPITRE II

PSYCHOPATHIES DES AUTO-INTOXICATIONS

La doctrine des auto-intoxications, si admirablement formulée par CH. BOUCHARD, a trouvé dans la psychiatrie l'un de ses champs d'application les plus importants et les plus féconds, si bien que le chapitre des psychopathies auto-toxiques peut dès aujourd'hui être esquissé, sinon écrit, dans les ouvrages classiques.

Ce chapitre comprend une infinité d'états morbides qui encombraient auparavant, disséminés sous des étiquettes diverses, le cadre nosologique, et qui actuellement se trouvent réunis par leur communauté d'origine et de symptômes en une synthèse logique et naturelle. Telles sont par exemple les anciennes *folies sympathiques*, les anciennes *folies viscérales*, les anciennes *folies diathésiques* et bien d'autres encore dont le nombre s'augmente tous les jours.

On ne saurait s'étonner de cette propagation si rapide et si efficace des théories de BOUCHARD dans le domaine de la psychiatrie, car déjà les premiers observateurs de l'antiquité — il est bon de le rappeler, — avaient vu dans certaines psychoses, comme les psychoses viscérales, les psychoses de la puerpéralité et de la lactation, etc., le résultat de l'empoisonnement de l'organisme par l'altération des humeurs intérieures, en particulier de la bile et du sang : de sorte que nous confirmons aujourd'hui sur ce point, par des explications plus rationnelles et plus scientifiques, les vues humorales des fondateurs de la Médecine.

Ce qui ressort principalement de l'ensemble des travaux effectués depuis quinze ans, c'est que les psychopathies dues à

des auto-intoxications, pour si divers que soient les poisons qui les engendrent, comportent des altérations du système nerveux et des manifestations symptomatiques analogues à celles de toutes les autres intoxications. En ce qui concerne notamment la symptomatologie, on la trouve semblable à la fois dans les diverses psychoses d'auto-intoxications, dans les psychoses d'exo-intoxications, et dans les psychoses d'infections. Il existe donc, comme je me suis surtout attaché à le démontrer, une véritable *formule clinique des psychoses d'intoxication*, les reliant et les groupant toutes sans exception, dans une grande famille nosologique.

Aussi répéterai-je ici ce que je disais plus haut : bien connaître les types fondamentaux des psycho-névroses et psychoses par lesquels s'exprime l'intoxication de l'organisme : la *psychasthénie*, la *mélancolie*, la *confusion mentale*, le *délire onirique*, c'est connaître, dans leur physiologie générale et dans leur ensemble, toutes les psychoses toxiques. Il convient par suite, au seuil de ce chapitre et du suivant, de se reporter à la description de ces types fondamentaux, à celle, en particulier, de la *confusion mentale* et de ses formes (voy. p. 285).

Nous ne nous étendrons pas en détail sur les psychopathies liées à chacune des auto-intoxications, que nous diviserons en *spéciales* et *générales* et que nous passerons en revue dans l'ordre indiqué sur le tableau ci-dessus (voy. p. 460).

SECTION PREMIÈRE

AUTO-INTOXICATIONS SPÉCIALES

ARTICLE PREMIER

AUTO-INTOXICATIONS GASTRO-INTESTINALES

Les effets des auto-intoxications gastro-intestinales sur le système nerveux ne consistent pas uniquement en délire et en psychose. Ils peuvent se traduire par des troubles psychiques

purement élémentaires, sans parler des manifestations de simple névropathie, dont nous n'avons pas à nous occuper ici. Il y a donc là toute une gamme d'accidents cérébraux à considérer.

1° Symptomatologie. — Nous envisagerons successivement dans la symptomatologie : 1° les *troubles psychiques élémentaires*; 2° les *psychoses proprement dites*.

A. TROUBLES PSYCHIQUES ÉLÉMENTAIRES. — Un grand nombre d'auteurs tels que BEAU, GERMAIN SÉE, LEVEN, KRISHABER, etc., ont signalé les symptômes psychiques qui accompagnent fréquemment les maladies gastro-intestinales. Mais c'est CH. BOUCHARD qui a bien mis ces symptômes en lumière dans la dilatation de l'estomac prise pour type, et a montré qu'il s'agissait là de phénomènes d'auto-intoxication.

DUCHON-DORIS a développé les idées de BOUCHARD et fait une étude détaillée des troubles cérébraux liés à la dilatation de l'estomac. Les plus importants de ces troubles sont : la *torpeur psychique* avec *hypocondrie*, les *sensations douloureuses* et la *céphalalgie*, les *vertiges*, l'*insomnie* accompagnée d'*hallucinations* et de *cauchemars*, parfois le *délire*.

HEAD, dans ses études récentes des états psychiques associés aux maladies viscérales, a confirmé et complété le tableau clinique si bien tracé par CH. BOUCHARD.

Ce sont, d'abord, des *accès de tristesse* caractérisés par un besoin de s'isoler, d'aller pleurer à l'écart sous l'influence de la moindre cause, d'un air de musique, d'un mot, parfois même sans motif. Dans ces accès, les malades sont dans ce que l'on appelle l'*attente anxieuse*, c'est-à-dire en proie à la sensation très vive de quelque chose de fâcheux qui va arriver, sans qu'ils sachent quoi, qui les oblige à revenir chez eux pleins d'angoisse, pour savoir s'il n'est pas survenu quelque malheur. Ils voient également tout en noir : personnes, objets, événements; ils ont même parfois de la tendance au suicide, mais sous une forme généralement imprécise et qui ne se réalise pas par suite du peu de durée de la crise.

Ils présentent souvent aussi avec cela une tendance non pas