

fier ce tissu conjonctif, par une gymnastique bien entendue, par l'hydrothérapie, par le massage, par un régime tonique et fortifiant, par l'hygiène alimentaire.

Puisque le tissu conjonctif est le *locus minoris resistentie* pour tous les arthritiques, évitez à ceux-ci toutes les causes qui peuvent l'irriter, introduisez dans l'économie le minimum des poisons organiques, facilitez toujours leur élimination, et, comme le dit encore Cazalis : « Veillez à la quantité et à la qualité des aliments, stimulez les actes nutritifs, agissez toujours sur les émonctoires dont le fonctionnement est, chez eux, si souvent imparfait. » C'est ce que j'ai toujours pensé pour ma part, et le régime alimentaire doit être regardé comme la base du traitement préventif ou curatif de l'artériosclérose, ou même de ces « scléroses polyviscérales interstitielles » de quelques auteurs.

Qui sait ? Nous avons peut-être trouvé ainsi la formule depuis si longtemps attendue de cette maladie insaisissable qu'on appelle la *neurasthénie*, et de laquelle, dès 1883, j'ai dit expressément : « Dans la plupart des cas, la neurasthénie est une névrose arthritique (1). »

Oui, la neurasthénie est souvent une névrose arthritique. Mais la diathèse arthritique, comme la goutte, est héréditaire ou acquise; on est arthritique ou goutteux par droit de naissance ou de conquête, et dans ce dernier cas, c'est le régime alimentaire — lisez : empoisonnement alimentaire — qui fait tous les frais de l'étiologie. L'asthénie du tissu conjonctif et l'asthénie en général, ou neurasthénie, peuvent être d'origine toxi-alimentaire, plus souvent qu'on le croit; et l'intoxication frappe d'emblée ce tissu conjonctif, sorte de laboratoire de la vie, où se font tous les échanges organiques. Quand le mal est consommé, on tonifie les malades. Ne ferait-on pas mieux de remonter à la cause, de s'élever jusqu'à la pathogénie, de s'opposer à l'intoxication !

(1) *Traité des névroses*. Paris, 1883.

INTOXICATIONS

XLIX. — DÉLIRE ALCOOLIQUE.

- I. RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU. — DÉLIRE ALCOOLIQUE.
II. RÉGIME LACTÉ ABSOLU. — DÉLIRE ALCOOLIQUE.

En clinique, et surtout en thérapeutique, il n'y a pas de petits faits. Les deux malades dont je vais rapporter l'observation ont présenté, avec des affections dissemblables, un symptôme commun sur lequel l'attention doit être appelée, en raison d'une erreur d'interprétation possible, conduisant à une faute thérapeutique des plus graves.

I. — Rhumatisme articulaire et délire alcoolique.

Un de nos malades, âgé de quarante ans, venait de terminer heureusement une attaque de rhumatisme articulaire aigu, compliqué dès le début d'une endocardite légère. Celle-ci, caractérisée par un assourdissement des bruits cardiaques sans souffle valvulaire, avait rapidement disparu en dix jours environ, sous l'influence d'un traitement rationnel, ou peut-être d'une façon spontanée. La température n'avait jamais été très élevée, n'ayant pas dépassé le soir 38°,5 à 38°,7.

Le malade pouvait être considéré comme guéri, lorsque brusquement, un soir, quelques manifestations délirantes survinrent. Serrurier de son état, cet homme parle à chaque instant, hors de propos, de ses occupations journalières; il paraît inquiet, anxieux, agité; ses membres supérieurs sont le siège d'un tremblement caractéristique, sa langue est trémulente; il élève la voix, vocifère contre des ennemis

imaginaires, parce qu'il est en proie à des hallucinations visuelles. Ce délire de paroles, qui ne devient pas encore un délire d'action, dure pendant une grande partie de la nuit, pour diminuer pendant le jour et acquérir une nouvelle intensité vers le soir.

Quelle est la signification clinique de ce délire, et quel traitement?

De prime abord, on aurait pu penser à un début de rhumatisme cérébral, et j'ai vu plusieurs fois commettre cette erreur de diagnostic, qui entraîne forcément une erreur grave de pronostic, d'où faute de thérapeutique plus grave encore.

Il ne faut pas croire que le délire, dans le cours d'un rhumatisme articulaire aigu, est toujours synonyme de rhumatisme cérébral. Dans celui-ci, la température est ordinairement très élevée, et il faut se rappeler que le rhumatisme articulaire aigu, même compliqué d'endopéricardite, n'est pas d'ordinaire une maladie élevant beaucoup le chiffre thermique. Il en résulte que, dans les cas où celui-ci atteint et dépasse 40° ou 40°5, on doit chercher dans une complication intercurrente la cause de cette température anormale. Or, souvent — je ne dis pas toujours — le rhumatisme hyperpyrétique trahit l'imminence de complications cérébrales.

Il y a, au contraire, des maladies qui, normalement, élèvent la température jusqu'à 40° et 40°5, sans que pour cela le pronostic devienne sensiblement plus sévère. Le type de ces maladies est la scarlatine, dans laquelle le pouls a encore des caractères particuliers : il est rapide, fréquent, petit.

Il y a aussi des maladies où l'élévation thermique est d'un pronostic moins grave que la fréquence du pouls. Par exemple, dans la fièvre typhoïde, le pronostic est moins sévère avec une température à 40°5 et un pouls à 90 ou 110, qu'avec une température à 39°5 et un pouls à 140.

La connaissance de ces faits est très importante au point

de vue clinique, et pour revenir à notre malade, nous ne pouvions et nous ne devons pas formuler un pronostic grave, malgré le délire dont il était atteint. Du reste, celui-ci avait les caractères du délire alcoolique, ce qui nous a été encore démontré par les habitudes d'intempérance du malade, par l'existence d'un léger tremblement des membres supérieurs, de troubles de la sensibilité des membres inférieurs, par les pituites matinales et les rêves spéciaux.

Ce délire éclate à l'occasion d'une maladie aiguë, souvent d'une pneumonie, plus rarement d'un rhumatisme articulaire aigu, et il doit être traité d'une façon particulière. La médication salicylée, qui a été accusée bien à tort de produire des accidents cérébraux, ne peut pas être incriminée, et dans les faits assez rares d'intolérance au salicylate de soude, ce sont surtout les accidents dyspnéiques que l'on observe. Du reste, lorsque l'on traitait autrefois le rhumatisme aigu par des doses plus ou moins élevées de quinine, n'a-t-on pas faussement accusé celle-ci de provoquer le rhumatisme cérébral?

J'ai dit qu'une erreur de diagnostic pouvait entraîner une erreur de pronostic et une faute de traitement.

Si l'on attribuait ce délire à un début de rhumatisme cérébral — et cette erreur a été parfois commise, je le répète — on formulait un pronostic grave, on instituait une thérapeutique irrationnelle par les bains froids. Le diagnostic de *délire alcoolique* dans le cours d'un rhumatisme aigu étant établi, le pronostic devenait plus rassurant, surtout si la thérapeutique s'emparait de l'exacte interprétation des faits pour instituer la seule médication rationnelle en pareil cas : la prescription de quelques boissons alcooliques, leur privation pendant le cours d'un rhumatisme articulaire aigu ayant été la cause occasionnelle du délire éthylique.

Sous l'influence de cette simple médication, aidée de la prescription d'une potion bromurée au chloral (4 grammes

de bromure et 1^{er},50 de chloral), notre malade a guéri très rapidement de ces manifestations délirantes dont la gravité n'était qu'apparente, et ce petit fait clinique, comme on voit, n'est pas sans importance pratique.

II. — Régime lacté absolu et délire alcoolique.

Les cas de ce genre ne sont pas rares. Je rappellerai à ce sujet deux faits dont l'un s'est passé à l'hôpital et l'autre tout dernièrement, chez un malade au sujet duquel j'avais été appelé en consultation.

Un ouvrier de cinquante-huit ans, atteint d'artériosclérose rénale avec hyposystolie, entre à l'hôpital. Dès son entrée, il présentait une dyspnée toxi-alimentaire des plus accusées, pour le traitement de laquelle le régime lacté exclusif avait été régulièrement institué.

Sous l'influence de cette médication, aidée de grands lavages intestinaux, l'oppression disparut rapidement. Grâce à la théobromine à la dose quotidienne de 2 à 3 grammes, une diurèse abondante survint, et l'on constata en même temps la résolution rapide des œdèmes. Cependant, comme les accès dyspnéiques se manifestaient encore de temps en temps et que l'albumine augmentait dans des proportions notables, je laissai toujours ce malade soumis au régime lacté exclusif.

Il s'agissait d'un alcoolique incorrigible, et quelques jours plus tard, mon interne découvrit sous son oreiller une bouteille de « mélé-cassis », que le malade absorbait régulièrement tous les jours pour « se donner un peu de ton ». Naturellement, la bouteille et son contenu furent supprimés; mais vous pourrez vous rendre compte, dans un moment, que ce malade faisait de la très bonne thérapeutique sans le savoir.

Cinq jours environ après la suppression de cet excitant nécessaire, notre malade présente un délire qui promptement

devient très violent, au point que, pendant la nuit, il est en proie à des hallucinations constantes. Il se lève, tombe à terre avec tant de violence qu'il se fait une large ecchymose au-dessous de l'œil droit. Il se relève, crie qu'on veut l'empoisonner, court au lit de son voisin et cherche à l'étrangler. Le lendemain, même délire, mêmes hallucinations, quoique moins accusées que pendant la nuit. Il parle sans cesse, clame et vocifère contre des individus dont il se croit menacé, et il devient tellement turbulent qu'on est obligé de lui mettre la camisole de force.

En présence de quel délire nous trouvions-nous?

Était-ce un délire cardiaque? Assurément non; car celui-ci ne survient qu'à la période d'asystolie avancée, il est du reste plus calme et plus monotone. D'autre part, quand ce délire est survenu, tout symptôme hyposystolique avait disparu depuis plusieurs semaines.

Devions-nous penser à une intoxication médicamenteuse? Nullement, ce malade ayant pris pendant trois jours seulement de la digitale, puis de la théobromine; mais ni l'un ni l'autre de ces médicaments ne pouvaient être incriminés, puisque la dernière dose datait au moins de huit jours.

L'abondance d'albumine pouvait nous faire penser à la folie brightique ou au délire urémique. Mais aucun symptôme urémique ou toxique concomitant n'existait.

Quant aux accès de délire qui peuvent survenir très exceptionnellement à la suite de la disparition d'œdèmes ou d'épanchements ascitiques considérables, assurément ils ne devaient pas être incriminés, les manifestations cérébrales étant survenues trop longtemps après la rapide disparition de l'œdème des membres inférieurs.

Alors, en m'appuyant sur les caractères symptomatiques de ce délire actif et violent, hallucinatoire, légèrement professionnel, à paroxysmes nocturnes, avec tremblement des membres supérieurs, trémulation de la langue et des lèvres, m'appuyant d'autre part sur la suppression de toute boisson alcoolique par le fait de la médication lactée, je

conclus, dès le second jour, à l'existence du *délirium tremens*. Je ne savais pas alors, que le malade, jusqu'aux derniers jours qui avaient précédé sa crise délirante, absorbait en cachette une certaine dose d'alcool.

Le diagnostic établi, notre médication fut simple : elle consista dans l'administration de deux potions de Todd par vingt-quatre heures.

Le résultat ne se fit guère attendre. En trois jours, toute manifestation délirante disparut, et ce malade revint à un état absolument normal au point de vue cérébral.

Voilà un fait pratique très intéressant et qu'on ne doit pas perdre de vue, lorsqu'on soumet des cardioscléreux alcooliques au régime lacté exclusif. Il faut donc, en même temps, leur prescrire quelques boissons alcooliques, dont la privation très rapide peut être suivie, comme nous l'avons vu pour le rhumatisme, de l'éclosion soudaine d'accidents cérébraux dont l'origine éthylique peut être méconnue.

A ce sujet, je me rappelle qu'en 1891, dans mes leçons de l'hôpital Bichat sur le « cerveau cardiaque » (1), j'avais déjà attiré l'attention sur cette cause, plus fréquente qu'on le pense, d'erreur de diagnostic et de traitement.

On attribue souvent, disais-je alors, à une origine cardiaque des accidents délirants qui reconnaissent l'alcoolisme pour cause, et il importe de savoir que ce n'est pas seulement dans la clientèle ordinaire des hôpitaux, chez les ouvriers, que l'on rencontre des symptômes de ce genre.

Il y a quelques années, j'eus l'occasion de voir un malade atteint de sclérose cardiorénale présentant ce mélange d'accidents asystoliques et toxiques, si fréquents dans le cours de cette affection. L'asystolie était représentée par un œdème considérable des membres inférieurs, l'augmentation de l'albumine dans les urines devenues très rares, par un peu de congestion du foie et des deux bases pulmonaires.

(1) *Bulletin méd.*, 1891.

La toxémie se manifestait par des accès de dyspnée très intense, qui ne pouvaient assurément pas être mis sur le compte de la congestion hypostatique des poumons.

Ces divers accidents avaient rapidement cédé au régime lacté absolu, mais en même temps avait apparu un délire d'une violence extrême, se manifestant surtout pendant la nuit ; il était professionnel et hallucinatoire, il s'accompagnait de trémulence des lèvres et des membres. En rapprochant ces troubles cérébraux de la dyspnée, le médecin crut à la nature urémique de tous ces accidents. Il n'en était rien. La dyspnée était bien d'origine toxique puisqu'elle avait disparu par le régime lacté, mais le délire était dû à une toute autre cause. Il présentait d'abord, chez un malade notoirement alcoolique, les caractères cliniques du délire éthylique, et il s'était produit et accentué sous l'influence du régime lacté, qui avait brusquement privé le malade de son excitant habituel et devenu nécessaire, de l'alcool. C'est alors, que l'association du régime lacté et des boissons alcooliques fit disparaître rapidement les troubles dyspnéiques et délirants.

On a dit, et vous lirez encore dans quelques livres, que dans le cours de l'urémie, certains accidents sont « remplacés » par d'autres. Sans aucun doute, ils sont « remplacés », mais par le fait de la médication, et non par le fait de l'intoxication urémique. Le régime lacté qui fait promptement disparaître tous les accidents dus à l'insuffisance ou à l'imperméabilité rénale, fait au contraire apparaître une véritable attaque de *délirium tremens*, par suite de la suppression de l'alcool.

Voici une dernière observation de ce genre.

Il y a quelques mois, je fus appelé en consultation pour un homme atteint, comme les malades précédents, d'artériosclérose cardio-rénale, accompagnée d'accidents dyspnéiques et d'œdème des membres inférieurs. J'ordonnai le régime

lacté exclusif; la dyspnée et l'œdème disparurent rapidement.

Tout allait pour le mieux; je croyais mon malade sinon guéri, au moins très amélioré, lorsque je reçus une dépêche alarmante m'apprenant que notre cardioscléreux avait du délire. Aujourd'hui, un nouveau télégramme plus explicite me donnant les symptômes et la description des actes délirants, me révéla la nature exacte des accidents, et je fis la réponse suivante: « Prescrivez de l'alcool. »

En instituant le régime lacté exclusif, j'avais omis de penser à la profession de mon malade qui est distillateur; il est probable qu'il dégustait trop volontiers les produits qu'il fabrique, d'où intoxication éthylique chronique, dont la première manifestation, en dehors bien entendu de son artériosclérose et de ses accidents toxémiques, a été un accès de délire, quand est venue la privation des boissons alcooliques.

Conclusion: Rappelez-vous que, chez les artérioscléreux alcooliques, on peut voir survenir des accidents divers d'origine asystolique, urémique ou éthylique, et que la médication doit naturellement s'inspirer de cette pathogénie multiple et différente. En clinique, il s'agit souvent d'être prévenu de certaines causes d'erreurs pour les éviter et appliquer alors la médication convenable. Chez les cardiaques ou cardioscléreux, soumis au régime lacté exclusif et présentant brusquement des phénomènes délirants, songez à la possibilité d'un délire alcoolique.

La médication ici s'inspire, comme toujours, de l'exactitude du diagnostic, et quelques potions de Todd ou quelques doses d'alcool donneront rapidement la sanction thérapeutique des phénomènes observés..., et bien interprétés.

L. — QUELQUES FORMES ANORMALES D'IODISME.

I. MANIFESTATIONS CUTANÉES. — 1° Nodosités sous-cutanées. — 2° Formes bulleuses.

II. IODISME OURLIEN.

Les meilleures médications ont leurs dangers, et la médication iodurée, plus que toute autre, vient souvent se heurter à de grandes difficultés d'administration, chez certains sujets absolument réfractaires qui, en vertu d'une idiosyncrasie tout à fait particulière, primitive ou acquise, ne peuvent supporter les moindres doses d'iode, sans en être très incommodés, et sans même en éprouver des inconvénients plus ou moins graves. Or, fait étrange en apparence, l'intolérance du médicament existe parfois autant pour les petites doses (10 centigrammes à 50 centigrammes) que pour les hautes doses (2 à 6 grammes); mais, chez certaines personnes, elle est complète, elle existe aussi bien avec de petites qu'avec de grandes quantités d'iode, et comme ce médicament est un de ceux qui s'éliminent très rapidement par les urines après deux ou trois minutes, cette intolérance est due souvent, à un certain degré *d'imperméabilité rénale*, avec ou sans lésions du rein.

En tous cas, lorsqu'il s'agit d'un médicament, comme l'iode, doué d'une activité si remarquable, il est bon d'en connaître les inconvénients et les dangers qui tiennent, non pas au médicament lui-même, mais au malade, à sa susceptibilité toute particulière et personnelle. Ainsi, on a signalé le *purpura iodique*, la production de *l'albuminurie* et même un accident très grave, *l'œdème de la glotte*.

J'ai rapporté un cas de ce dernier accident qui a nécessité la trachéotomie. Il s'agissait d'un tabétique auquel on