

attaque d'apoplexie, à la faiblesse cardiaque, à la sclérose du rein ou à une cirrhose du foie avec ascite.

[**Alcoolisme subaigu.** — Nous avons vu plus haut le délire alcoolique chronique avec la dégradation intellectuelle et morale progressive qui le caractérise.

Or, sur ce fond, déjà profondément pathologique, se produisent, sous l'influence de diverses causes, des poussées délirantes pouvant durer quelques jours ou plusieurs semaines. Ces poussées délirantes survenant chez un individu atteint d'alcoolisme chronique constituent ce que Lasègue a décrit sous le nom d'*alcoolisme subaigu*; il s'agit ici bien plus d'un *rêve* que d'un vrai délire.

Le début de la crise a lieu la nuit sous forme de rêve, et ce dernier se prolonge pendant plusieurs jours.

A la période hypnagogique ou plus avant dans la nuit, le sujet se réveille aux prises avec une angoisse indescriptible : il est trempé de sueur, il a le visage blême, il a peur. Au milieu de phrases entrecoupées par l'émotion, on saisit des mots ayant trait à ses occupations, à ses travaux; il discute ou se dispute avec des interlocuteurs invisibles. Bientôt la chambre se remplit de toute sorte de choses fantastiques : c'est d'abord un point noir ou lumineux qui s'agite au fond de la pièce; ce point grandit, il devient une tache qui, à son tour, s'étale, s'amplifie, prend la forme d'un animal, d'un rat, d'un chat, d'un serpent; ces bêtes remuent, vont à droite, à gauche; c'est bientôt une collection d'animaux auxquels s'ajoutent des figures humaines, laides, grimaçantes, et tout cela remue, s'agite dans un grouillement bizarre, impressionnant, terrifiant. Il s'ajoute parfois à ces visions effrayantes des hallucinations auditives ayant le même caractère : l'alcoolique entend des injures, des menaces, des cris de désespoir, des coups de revolver. De plus, il souffre des sensations de chaleur, de brûlure, de froid, de piqure, de pincement, autant de troubles de la sensibilité générale.

Comme on le voit, ce délire est remarquable par bien des particularités. Les idées sont extrêmement mobiles, enchaînées sans aucun ordre, en apparence du moins; elles s'associent, comme dans le rêve, au gré de sensations de toute sorte qui viennent, du dehors ou de ses propres organes, solliciter l'attention de l'alcoolique.]

#### 4. — *Delirium tremens.*

Il s'agit d'une *psychose aiguë*, caractérisée par une obnubilation de la conscience, une désorientation accompagnée d'hallucinations en masse, une conservation relative de la compréhension, une excitation plus ou moins prononcée, un tremblement intense. Le *delirium tremens* ne se développe que sur le terrain de l'*alcoolisme chronique*. Cependant, pour la production de ce syndrome, il faut l'intervention d'une cause occasionnelle ou déterminante. Cette cause est constituée le plus souvent par des facteurs physiques débilitants, comme les affections fébriles, surtout la pneumonie; les traumatismes; les interventions chirurgicales. Parmi les causes morales, il faut indiquer toutes les excitations de la vie des sentiments. Les buveurs habituels d'eau-de-vie sont plus particulièrement menacés de *delirium tremens*.

On a prétendu que le *delirium tremens* survient chez les buveurs qu'on prive subitement de l'alcool. D'après les observations minutieuses de Bonhöffer et d'autres, il est incontestable que de tels cas de *délires par abstinence* existent effectivement. Cependant, il reste toujours la question de savoir si, à côté de la suppression de l'alcool, il n'y a pas d'autres influences de nature affaiblissante qui agissent sur l'organisme de l'alcoolique, influences telles que l'émotion consécutive à une arrestation ou la privation de nourriture. En tous cas, il est reconnu que de pareils délires par abstinence évoluent d'une manière absolument modérée. Une fois le *delirium tremens* déclaré, il n'est pas aggravé par la suppression de l'alcool.

D'ordinaire, l'accès est précédé d'une légère excitation durant quelques heures ou quelques jours. L'*état coenesthétique* est triste, déprimé ou irrité. Le sujet a quelques hallucinations élémentaires : il voit des étincelles, par exemple. Puis, les troubles principaux surviennent assez rapidement.

La concentration de l'attention devient difficile; mais, si l'on réussit à fixer cette dernière, on constate, d'après Bonhöffer, le bon état de l'acuité visuelle et auditive, ainsi que des sensibilités tactile, thermique et douloureuse. Seule, la perception des couleurs est un peu incertaine; le champ visuel pour le rouge et le bleu est rétréci. Fréquemment, le malade lit de travers ou, s'il lit à haute voix,

il dit des absurdités. L'examen est d'ailleurs rendu très difficile par ses propos souvent incohérents. Le sujet ne reconnaît souvent pas les personnes de son entourage. Les impressions du monde extérieur se gravent dans son esprit d'une manière inexacte et sont souvent falsifiées par des réminiscences.

Les *hallucinations* sont très caractéristiques dans le *delirium tremens*. Le sujet croit voir quelque chose qui remue ou se traîne; il aperçoit des animaux qui fourmillent et grouillent; il les désigne habituellement comme étant des souris, des rats, des insectes, des araignées, des papillons, des serpents, des grenouilles.

Mais parfois il sait, au début, qu'il ne s'agit que d'une vague ressemblance. Un malade avait dessiné les figures



Fig. 258. — « Araignées » vues par un malade dans un accès de *delirium tremens* et dessinées par lui-même.

de ses illusions qu'il appelait des « araignées » et que la figure 258 représente, réduites aux deux tiers. Au début, les sujets conservent encore une certaine faculté de discernement; ils peuvent expliquer comment et à propos de quels objets réels chacune de leurs illusions s'est formée. Mais à mesure que le *delirium tremens* progresse, les sujets finissent par croire à la réalité de leurs illusions. Les images du souvenir s'y mêlent beaucoup. Ce qui le prouve, c'est ce fait que beaucoup d'illusions ont trait à la boisson elle-même. Le délirant voit assez souvent des bouteilles et des verres. Un sujet, représenté par la figure 259, qu'on avait mis, pour le calmer, au bain prolongé, croyait apercevoir dans l'eau des poissons et cherchait à les prendre. Dans leurs troubles sensoriels, les délirants sont très suggestibles. Ainsi, on peut éveiller en eux très facilement des perceptions illusoire, en leur posant une simple question ou en les plaçant dans un endroit sombre. Il est probable que les nombreuses souris que les délirants voient sont nées de cette manière, c'est-à-dire par suggestion. Plus un délirant alcoolique est excité, plus ses hallucinations sont abondantes et mobiles.

On note assez souvent des *hallucinations tactiles* : four-

millements, morsures d'insectes ou de chiens. Ces troubles sensoriels sont particulièrement prononcés au niveau des mains. Si le délirant tend la main sans regarder, et si, en lui disant qu'on veut y mettre une pièce de monnaie, on ne fait que la toucher, il croit presque toujours y sentir l'objet indiqué. Les accidents névritiques des membres inférieurs sont interprétés par les malades

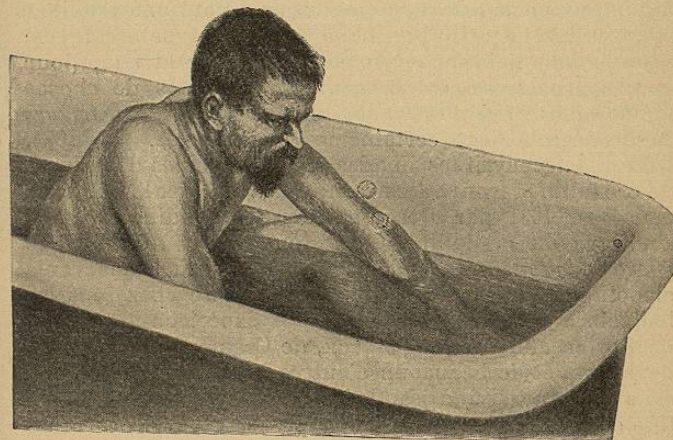


Fig. 259. — *Delirium tremens*. — Le malade, mis au bain prolongé, y aperçoit des poissons et cherche à les attraper.

comme des morsures d'animaux. On constate souvent des troubles de l'équilibre, sensation de vertige, le sentiment de planer ou de s'enfoncer. Ces derniers symptômes s'observent surtout quand les malades sont hors du lit.

On trouve parfois des illusions ou des *hallucinations auditives* : les malades entendent des sons et des paroles isolées, des murmures, des gens qui parlent tous ensemble. Un sujet croyait continuellement entendre téléphoner et répondait, appuyé contre la muraille, comme s'il y trouvait lui-même un téléphone.

Il s'agit souvent d'*hallucinations complexes*, d'événements embrouillés, d'intrigues, de scènes dramatiques auxquels se mêlent des perceptions réelles. Un malade

voyait qu'on hachait la tête à un autre malade. Un autre croyait qu'il se trouvait au jugement dernier. Un troisième voyait défiler tous les animaux de la création. Quelquefois, les sujets s'amuse de leurs hallucinations comme au théâtre.

Les troubles sensoriels peuvent être facilement provoqués à l'aide d'une excitation périphérique. Liepmann a déterminé ainsi des hallucinations visuelles chez 77 p. 100 des sujets en *delirium tremens*, en exerçant une pression sur leur globe oculaire. Il suffit souvent de mettre le malade dans l'obscurité ou de lui couvrir la tête, pour qu'il aperçoive immédiatement toutes sortes de choses fantastiques. Les *excitations endoptiques* et les *images de Purkinje* jouent certainement ici un rôle. [En 1825, Purkinje découvrit les images reflétées par les deux faces du cristallin et trouva ainsi le moyen de vérifier l'hypothèse émise en 1631 par Descartes sur les modifications de courbure du cristallin. Cette importante question de l'*accomodation* si profondément altérée chez les délirants alcooliques aigus mériterait d'être reprise chez tous les hallucinés de la vue en s'aidant des expériences célèbres de Porterfield, de Langenbeck, de Cramer et Helmholtz, de Knapp et de beaucoup d'autres.] La *suggestion* exerce sans doute aussi une grande influence, car, selon la question qui est posée, le malade voit des étoiles, des roses [ou des insectes]. On peut aussi provoquer directement des hallucinations tactiles ou auditives. Il est quelquefois nécessaire de stimuler l'attention du délirant, ce qui fait supposer que dans ces illusions il s'agit d'un processus essentiellement central.

La cohésion associative est relâchée. Bonhöffer a établi expérimentalement 20 p. 100 d'associations d'après les assonances chez un malade qui, guéri, n'en présentait que 2 p. 100. La pensée fondée sur l'attention active est abolie, mais on peut la réveiller presque toujours à l'aide d'énergiques excitations périphériques, quoiqu'il ne soit pas possible de la retenir pour un temps suffisamment long. En résumé, malgré le trouble si intense de l'intelligence, il persiste ordinairement, dans le *delirium tremens*, un certain degré de compréhension, contrairement à ce qui se passe dans les états délirants d'origine fébrile et infectieuse ou dans la paralysie générale. La faculté du contrôle, qui, au début, se maintient encore, ne résiste cependant pas

longtemps. Toutefois, hormis les perceptions illusoire ou hallucinatoires, il ne survient aucune conception délirante stable, en admettant qu'on puisse nommer *idées délirantes* celles qu'on a dans un rêve. Ces troubles sensoriels se manifestent en se mêlant souvent à des idées de souvenirs. Tant qu'il est possible de fixer l'attention des sujets, on réussit à réveiller chez eux un ensemble assez bien conservé de souvenirs et de connaissances. L'attention est troublée. On peut suggérer au malade des pseudo-réminiscences, lui persuader, par exemple, qu'il vient de chez lui ou qu'il vient de se marier. Cette manière d'être rappelle les troubles mentaux de la démence sénile et ceux de la psychose polynévritique. L'amnésie, après la disparition du *delirium tremens*, n'est pas fréquente. Les malades peuvent généralement rendre compte de tout ce qu'ils ont éprouvé pendant le délire.

En raison de l'incapacité où ils sont de bien concevoir de nouvelles impressions et de les relier avec ordre, en raison sans doute aussi de leurs hallucinations, les malades ne sont pas en état de s'orienter convenablement dans l'espace et dans le temps. Tandis que la conscience n'est généralement pas troublée, le délirant, à l'apogée de son accès, vit dans le monde de ses illusions, auxquelles viennent s'ajouter les nouvelles impressions du monde extérieur. Le sujet croit presque toujours qu'il vit dans son milieu habituel; dans son excitation, il continue à vaquer à ses occupations ordinaires. Cet état mental constitue précisément le *délire professionnel*. Ainsi, le menuisier croit qu'il rabote, le cordonnier tire son fil poissé, l'employé des postes tire des lettres, un préparateur d'anatomie fait des gestes comme s'il mettait des cerveaux dans le liquide de Müller. Beaucoup de ces malades se voient, conformément à leur vieille habitude, transportés au cabaret où ils vident verre sur verre. Dans les cas avancés et graves, on peut encore observer des délires avec *mussitation* (Voy. p. 541).

L'*humeur* des malades est triste, préoccupée au début; cette inquiétude peut d'ailleurs être facilement dissipée par la suggestion. A mesure que les hallucinations se multiplient, et malgré le caractère souvent effrayant de ces dernières, l'angoisse disparaît d'ordinaire, pour faire place à l'*euphorie*, qui est toujours le signe le plus caractéristique de l'état mental de l'ivrogne. Kraepelin désigne

ce mélange d'humeur gaie et d'idées tristes sous le nom d'humeur patibulaire ou crapuleuse des délirants alcooliques.

Souvent les malades, même avant le début du *delirium tremens*, présentent une légère excitation psychomotrice. Dans le délire, ils parlent et gesticulent beaucoup, veulent quelquefois se lever et s'en aller. D'autres, au contraire, restent étendus tout de leur long, mais sans arriver pour cela au repos. C'est surtout dans le sens du *délire professionnel* que s'expriment les mouvements, qui d'ordinaire ne sont pas de simples décharges motrices, comme c'est le plus souvent le cas chez les catatoniques, mais qui ont ici le caractère de mouvements en vue d'un but déterminé, comme dans la manie. La réaction motrice est précipitée et toujours altérée, au point de vue de sa sûreté.

#### Troubles physiques dans le *delirium tremens*.

Il n'est pas rare d'observer chez les sujets atteints de *delirium tremens* des troubles de la conscience survenant par crises accompagnées de convulsions. Parfois, ces crises convulsives se manifestent déjà dans le stade préliminaire, alors qu'il n'y a pas encore d'hallucinations intenses ni de tremblements. Quelquefois, c'est une ou plusieurs crises épileptiformes qui servent d'introduction au *delirium tremens*, ce qui est fréquemment l'occasion de morsures de la langue et d'autres blessures, ainsi que le montre la figure 260. D'après Döllken, 80 p. 100 de ces délirants alcooliques entrent à l'asile porteurs de traumatismes plus ou moins graves, mais toujours après que les signes précurseurs du *delirium tremens* s'étaient déjà nettement manifestés, de sorte qu'en général le syndrome mental n'est pas une conséquence des blessures, mais plutôt la cause.

Le tremblement est particulièrement marqué, d'abord aux mains et à la langue, plus tard aux lèvres, aux bras, aux pieds, à la tête, au corps tout entier. Le tremblement présente des oscillations très étendues, au nombre de sept à huit à la seconde. Dans les états graves de *delirium tremens*, le sujet est incapable de tenir quelque chose dans les deux mains. L'écriture est ataxique; mais elle ne commence d'ordinaire à devenir illisible que dans les tremblements très forts, comme la figure 261 en offre un exemple très démonstratif.

Parmi les symptômes plus rares, il faut citer : l'achoppement des syllabes, le *nystagmus* et la *diplopie*. Les pupilles sont souvent rétrécies, affaiblies dans leurs réactions, avec des réflexes abolis parfois complètement (dans 1 p. 100 des cas). La *parésie* de la langue et des extrémités, l'*ataxie*, des convulsions toniques viennent s'ajouter quelquefois aux symptômes précédents. On observe en outre des *hyperesthésies*, des *paresthésies* et des *anesthésies*. Quant aux fractures et aux autres traumatismes, le délirant alcoolique, comme d'ailleurs l'individu profondément ivre, n'en a souvent pas la moindre conscience.

Jacobson, Friis et Döllken ont constaté, même dans le *delirium tremens* non compliqué de maladie infectieuse, une hyperthermie dans plus des quatre cinquièmes des cas; dans les deux cinquièmes, la température dépassait 38°. Dans certains cas on a même observé 41°. Après les crises convulsives, la température tombe parfois à 35°.

Presque constamment le délirant alcoolique présente une dilatation du cœur. Le pouls petit et dur, souvent irrégulier, est fréquent, même pendant le repos au lit; il dépasse facilement 100 pulsations par minute et, dans une forte excitation, il va au delà de 150. A l'apogée de l'accès, le nombre de leucocytes est augmenté dans le sang (Elsholz).

La respiration n'est accélérée que modérément; on



Fig. 260. — Morsure de la langue et blessures au visage consécutives à une attaque épileptiforme chez un sujet atteint de *delirium tremens*.

constate jusqu'à trente mouvements respiratoires par minute. La *sécrétion sudorale* est augmentée. L'*excrétion urinaire* est diminuée, parfois jusqu'à 200 centimètres cubes par vingt-quatre heures; elle remonte seulement au moment où s'annonce l'excitation et où le sommeil survient. La densité de l'urine est élevée jusqu'à 1030.

Fig. 261. (Collection de Roubinovitch.) — Écriture ataxique d'un alcoolique en *delirium tremens*; l'écriture rappelle celle des paralytiques généraux très avancés. Le tremblement des mains était particulièrement intense. Voici la phrase que le malade a écrite sous dictée : *Il fait très froid aujourd'hui, Paris, 19 novembre 1902.* L'orthographe est en rapport avec le degré d'instruction très faible du sujet.

Exceptionnellement, Döllken a trouvé de l'*albumine* dans 120 cas, au début du *delirium tremens*. Dans 30 p. 100 des cas, le même a trouvé de petites quantités d'*albumose*.

#### Évolution du *delirium tremens*.

On a essayé de distinguer dans ce délire plusieurs périodes : 1<sup>o</sup> prodromes; 2<sup>o</sup> tremblement, insomnie et troubles sensoriels; 3<sup>o</sup> délire avec excitation; 4<sup>o</sup> convulsions. Mais, dans la réalité, on ne peut guère séparer la se-

conde période de la troisième; d'autre part, les accidents convulsifs ne se produisent nullement dans tous les cas de *delirium tremens* et parfois n'apparaissent qu'à la période prodromique. Le délire peut se terminer par la mort, soit par suicide, soit à la suite d'attaques convulsives ou de complications somatiques, comme une maladie infectieuse ou une affection cardiaque.

Souvent le délire présente, à son acmé, ce que les anciens appelaient une *phase critique* et qui consiste en ceci : après la période d'excitation la plus vive, accompagnée d'obnubilation de la conscience, le sujet tombe dans un sommeil profond et prolongé d'où il se réveille reposé, pour arriver ensuite progressivement à la guérison. Le *delirium tremens* évolue d'ordinaire en trois ou cinq jours, à partir du début des troubles sensoriels jusqu'au sommeil dit *critique*. A la suite de l'accès, les souvenirs sont relativement conservés, les facultés psychiques se rétablissent assez rapidement; parfois, le malade continue encore à attacher de l'importance aux perceptions illusoires qu'il a éprouvées; mais cela ne dure guère, et la plupart du temps la conscience de l'état morbide revient.

On peut aussi observer des *délires atypiques* de formes très diverses. La période prodromique ne manque que rarement. D'autre part, il arrive parfois que l'affection n'atteint pas son plein et entier développement, de sorte qu'on assiste à l'éclosion de *délires abortifs*. On constate alors l'apparition de signes précurseurs, comme l'oppression, l'inquiétude, les troubles du sommeil, le tremblement et la sueur. D'autre part, la perception est altérée. Parfois, survient de l'*albuminurie*. Les troubles de la parole et de l'écriture peuvent également se manifester. Cependant les troubles sensoriels typiques sont totalement absents. Döllken a décrit cette forme de *delirium tremens* sous le nom de *delirium sine delirio*.

On peut encore ranger parmi les *délires atypiques* à forme abortive les cas où un alcoolique chronique éprouve d'une façon transitoire des perceptions illusoires et qui consistent, par exemple, à voir, surtout pendant la nuit, des hommes noirs ou des animaux, à entendre appeler, mais sans que le malade cesse un seul moment de se rendre compte du caractère morbide de ses perceptions. Ce sont ces troubles sensoriels qu'on désigne sous le nom d'*hallucinations d'ivresse*.

On observe en même temps des tremblements, de la sueur, du sommeil agité, insuffisant, de l'angoisse.

Le *delirium tremens fébrile* est une forme décrite par Magnan; à sa période d'acmé, ce délire peut atteindre une température de 42°. Cette forme s'accompagne d'un tremblement très fort, saccadé. Elle correspond dans l'ensemble aux « délires graves » décrits par Bonhöffer.

Parfois, on trouve avant l'accès un *délire avec mussitation* (Voy. p. 541), comme dans les psychoses infectieuses. Dans cet état, le malade est sans connaissance, plongé dans une profonde prostration; il marmotte entre ses lèvres des mots inintelligibles et exécute de faibles mouvements stéréotypés, comme de tirer des duvets ou de tirailler la couverture du lit.

Näcke a décrit, sous le nom de *delirium tremens chronique*, une série de récives de ce syndrome allant en s'affaiblissant à chaque nouvel accès et se reproduisant souvent pendant plusieurs semaines. Cette forme s'observe surtout chez des sujets frappés d'une dégénérescence alcoolique profonde.

##### 5. — Psychose alcoolique hallucinatoire aiguë.

Dans cette forme d'affection mentale d'origine alcoolique, que Wernicke appelle *psychose hallucinatoire alcoolique aiguë*, et que d'autres appellent *paranoïa alcoolique aiguë*, on voit se développer, d'emblée, au milieu de troubles sensoriels variés et surtout d'hallucinations auditives élémentaires, un *délire systématisé* de persécution dans lequel la conscience reste, somme toute, intacte.

Au début se produisent des *hallucinations* élémentaires de l'ouïe, des bourdonnements, des tintements, des grondements dans les oreilles; bientôt ces hallucinations deviennent plus compliquées. C'est de la musique, des cris, des coups de feu et, finalement, de vraies paroles. Le malade fait attention à ces illusions; il croit reconnaître de quel côté viennent les voix: de la rue, du poêle; il distingue si ce sont des voix d'hommes ou de femmes; parfois ce sont des voix tout à fait étranges, des sons incompréhensibles; souvent plusieurs voix parlent en même temps.

Beaucoup d'auteurs remarquent en particulier le caractère rythmique, cadencé, de ces diverses hallucinations; les bruits se font entendre d'une façon synchro-

nique aux mouvements du pouls: « Va-t'en; va-t'en! » ou bien: « Oui, je te tue; oui, je te tue! »

Le malade entend qu'on le gronde, qu'on le menace, qu'on parle de lui, qu'on blâme sa conduite. On observe assez souvent le phénomène de la « pensée parlée ». Un malade de Bonhöffer pensait qu'il voudrait bien être ailleurs; aussitôt, il entendait des voix qui lui disaient: « Si tu étais ailleurs, que n'es-tu ailleurs. » S'il pensait qu'il voudrait bien dormir, les voix disaient: « Quand même tu pourrais dormir, tu ne pourras pas dormir quand même, pas aujourd'hui, pas demain, ni bien des nuits encore. »

Les *hallucinations de la vue* sont moins fréquentes. Il se produit aussi des troubles du *sens musculaire*.

L'halluciné alcoolique, contrairement au délirant, cherche à interpréter ses troubles sensoriels; il a des *idées de persécution*. L'obnubilation de la conscience est tout à fait minime; la compréhension est conservée, de même que l'orientation. Le malade cherche à expliquer tout ce qu'il remarque, bien que la conscience de sa maladie lui manque. A part les conceptions délirantes, la pensée associative, la faculté de remarquer et de reproduire les impressions, et même le jugement, sont bien conservés dans l'ensemble.

Dans le domaine cœnesthétique, c'est surtout l'inquiétude qui domine, inquiétude en rapport avec les hallucinations. La physionomie, ainsi que le montre la figure 262, exprime cette disposition d'humeur plus nettement que chez le sujet atteint de *delirium tremens*. Néanmoins, l'humeur plutôt gaie qui fait le fond du caractè-

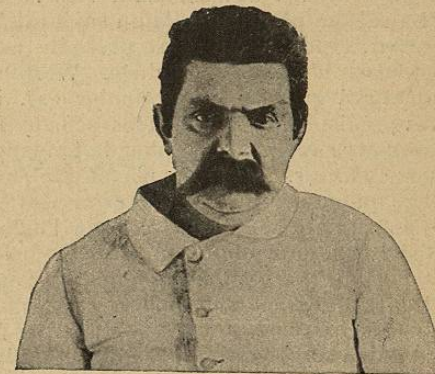


Fig. 262. — Psychose alcoolique hallucinatoire aiguë de Wernicke. — Traits flasques; expression inquiète.

tère de l'alcoolique finit par se mettre ici également au premier plan.

L'*attitude* du sujet est influencée par les hallucinations et les idées délirantes. Un malade, qui se croyait poursuivi, se blottit dans une cheminée où il resta caché toute la journée.

*Physiquement*, on constate fréquemment des troubles du sommeil, de la sueur, de la tachycardie. Le tremblement intense du sujet en *delirium tremens* manque ici; ordinairement, le tremblement est ici beaucoup moins accusé.

L'affection dure de plusieurs jours à trois semaines. Souvent un profond sommeil ramène la lucidité d'esprit. Dans les cas où la marche de l'affection est subaiguë, les perceptions illusoire disparaissent lentement. D'après Ilberg, ces troubles sensoriels ne disparaissent que tard, lorsqu'il y a eu des hallucinations de plusieurs sens. Habituellement, l'affection guérit. Naturellement, dans cette psychose, il y a danger de suicide, de même qu'après, le malade guéri continuant pourtant à s'alcooliser, il reste toujours la possibilité d'une récurrence, comme chez le sujet atteint de *delirium tremens*.

La raison pour laquelle un sujet est frappé de *delirium tremens*, tandis qu'un autre présente une *psychose hallucinatoire*, n'est pas élucidée. Wernicke et Bonhöffer admettent que, dans le premier cas, il s'agit de sujets plus prédisposés aux troubles sensoriels *optiques*, tandis que dans l'autre ils ont plus de tendance aux hallucinations *auditives*. Mais cela n'explique encore pas la différence qui existe dans l'évolution des deux syndromes, ni pourquoi chez l'halluciné de l'ouïe c'est l'émotion, l'inquiétude qui dominant, tandis que chez le malade atteint de *delirium tremens* il y a surtout un tremblement intense; cela ne rend pas compte non plus de la différence qui existe dans les deux affections au point de vue de la netteté de la conscience et de la compréhension.

Certains cas peuvent être considérés comme des formes de transition entre le *delirium tremens* et la *psychose hallucinatoire alcoolique*. D'autres peuvent être rangés parmi les cas de *psychose hallucinatoire chronique*, en ce sens que, à côté de la clarté de conscience et de la compréhension, il se produit, pendant des mois et même des années, des hallucinations auditives que le sujet cherche parfois à expliquer et à interpréter. Une malade assurait,

par exemple, que, depuis des années, elle entendait marmonner et, en même temps, elle faisait toute une théorie sur le « Royaume des Esprits ». Une autre alcoolique chronique entendait pendant des mois appeler son nom à haute voix.

Dans certains cas, il se produit des sensations sexuelles qui tourmentent les malades et causent quelquefois une grande excitation, surtout pendant la nuit. Ici encore se manifeste l'humeur



gaie, plus ou moins moqueuse, qui fait le fond du caractère de l'alcoolique chronique, même après une abstinence de plusieurs mois, et qu'on constate chez le malade représenté par la figure 263.

Fig. 263. — Psychose hallucinatoire alcoolique chronique. — Expression gaie, moqueuse.

#### 6. — Psychoses alcooliques chroniques paranoïdes.

Des troubles du jugement s'observent déjà dans l'alcoolisme chronique, principalement dans la forme délirante. L'appréciation de leur propre condition, des rapports réciproques entre eux et leur entourage échappe ordinairement aux buveurs. Ils font volontiers leur propre éloge, prétendant qu'ils sont très sobres, qu'ils sont les meilleurs pères de famille. Ils sont convaincus de leur supériorité et s'attribuent, même quand ils sont physiquement dans un état de déchéance complète, toutes sortes de qualités de force musculaire, d'énergie et de volonté. Ils rejettent toute la faute sur des circonstances extérieures, sur des rivaux, principalement sur la femme et sur la famille. En outre, ils ont souvent des idées de jalousie.

Sur cette base, outre l'affaiblissement du jugement, il

peut se développer tout un système délirant assez stable et inaccessible à tous les raisonnements, à toutes les objections. Le caractère fondamental de ce délire est que le malade tire souvent des conséquences trop absolues de ses idées fausses. Les hallucinations sont rares; la perception est généralement assez bien conservée, troublée seulement dans les limites de l'alcoolisme chronique. La pensée associée, la mémoire sont, à la vérité, un peu affaiblies; mais, d'ordinaire, elles ne sont pas profondément troublées. L'attitude du sujet est généralement correcte. Malgré les idées délirantes d'une nuance souvent mélancolique, on retrouve chez lui la bonne humeur caractéristique des alcooliques. Un malade déclarait qu'on allait l'exécuter: il reculait effrayé devant les médecins; il était méfiant, dès qu'on l'approchait; il refusait de répondre aux questions; puis, tout à coup, il se mettait à réclamer qu'on le tuât vite, au lieu d'attendre si longtemps, que d'ailleurs il avait déjà vendu son corps pour être anatomisé; tout cela dit avec un sourire malicieux et des tournures de phrase facétieuses.

Le délire de la jalousie est un des plus caractéristiques parmi les psychoses alcooliques chroniques. L'ivrognerie

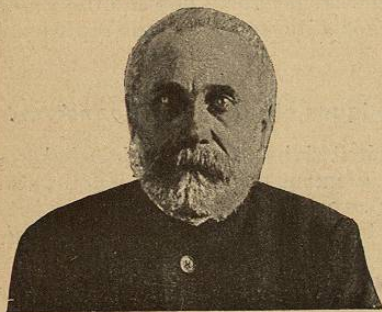


Fig. 264. — Délire de la jalousie d'origine alcoolique. — Expression triste et méfiante.

elle-même a déjà ordinairement pour conséquence des discordes domestiques. Le buveur est généralement brutal avec les siens. Ensuite, les tendances érotiques de l'homme ivre sont faites plutôt pour dégoûter la femme. Enfin, chez l'alcoolique chronique, il se produit aussi peu à peu une certaine impuissance, qui l'éloigne de la femme. La méfiance envers cette dernière s'en accroît davantage et le buveur épie toutes sortes d'indices. La figure 264 représente un de ces alcooliques jaloux. L'intervention d'un voisin dans une scène de ménage est interprétée dans le sens de l'adultère.

Le buveur va rechercher toutes les vieilles histoires désagréables, toutes les querelles d'avant son mariage. Il établit des comparaisons entre une ressemblance imaginaire de ses enfants avec les rivaux de ses rêves. Il est d'ailleurs possible que quelques-unes de ces récriminations soient fondées sur des griefs réels. Par moments, l'alcoolique chronique croit voir un rival rôder autour de sa maison et se glisser dans l'obscurité de l'escalier. La vie de la femme est souvent en danger par suite des brutalités du mari buveur. On a vu plusieurs cas où ces malades ont commis des assassinats. Bien des fois, des innocents pris par l'alcoolique pour des rivaux ont été victimes de sa brutalité et de son délire. Ce n'est qu'après une longue et sévère abstinence des boissons alcooliques, dans un établissement spécial, que ces états peuvent quelquefois s'améliorer, et que les idées délirantes peuvent s'atténuer à mesure que le buveur acquiert la conscience de son état morbide.

#### 7. — Complications de l'alcoolisme.

Les rapports de l'alcoolisme avec l'épilepsie sont complexes (Voy. le chap. xv). L'intoxication alcoolique constitue la cause déterminante essentielle des attaques épileptiques. Après l'absorption de petites quantités d'alcool, on observe chez les épileptiques des accès d'ivresse pathologique et des états crépusculaires de la conscience. Dans leur dépression, les épileptiques recourent souvent à l'alcool; et, en raison de ce penchant, nous avons déjà (Voy. p. 292) présenté la dipsomanie ou l'ivrognerie périodique comme étant, en réalité, une forme spéciale de l'épilepsie. Il est à noter, en outre, que même des individus qui ne sont nullement prédisposés à l'épilepsie et qui, pendant des dizaines d'années consécutives, n'ont jamais présenté aucun des symptômes de nature comitiale, sont parfois frappés d'accidents épileptiformes sous l'influence de l'alcoolisme chronique; dans les nombreux cas observés par nous, nous avons vu des absences, des crises convulsives se produire au cours ou à la suite d'un accès de *delirium tremens*. Ce sont principalement les buveurs d'eau-de-vie qui sont sujets à des crises de ce genre. Möli en estime le nombre à 40 p. 100. On trouve chez des buveurs une telle fréquence de crises convulsives qu'on peut admettre l'existence d'une *épilepsie alcoolique*.