

les idiots. Ce traitement, fort heureusement dénommé *médico-pédagogique* par BOURNEVILLE qui a consacré toute son existence à l'étude et à la thérapeutique de l'idiotie, consiste dans l'emploi sagement combiné et lentement progressif de moyens hygiéniques, moraux, et intellectuels.

On arrive de la sorte non seulement à supprimer le gâtisme chez les idiots, à les rendre propres, bien tenus, polis, à leur apprendre à manger, à s'habiller, etc., mais encore dans certains cas à leur enseigner un métier plus ou moins difficile.

Cette méthode nécessite évidemment des asiles ou établissements spéciaux, avec un personnel compétent et bien dressé.

Les pays étrangers nous ont largement devancés dans cette voie et beaucoup sont déjà pourvus non seulement d'Instituts pour arriérés et dégénérés, mais aussi de classes distinctes pour les nerveux et attardés des écoles. En France, comme le montre l'excellent rapport de JACQUIN au dernier Congrès d'Assistance publique et de Bienfaisance privée, l'assistance et l'éducation des arriérés en sont encore à leurs débuts.

CHAPITRE II

INFIRMITÉS PSYCHIQUES D'INVOLUTION

(DÉCHÉANCES)

§ 1. — GÉNÉRALITÉS

Les infirmités psychiques d'involution ou déchéances sont essentiellement caractérisées par la dissolution de l'être psychique. Ce n'est plus, comme dans la dégénérescence, un vice d'organisation, une faiblesse native; c'est une désorganisation, un affaiblissement acquis des facultés.

Aujourd'hui, cette distinction entre les états de malformation, d'oppression, de ruine intellectuelle est parfaitement nette. Il n'en était pas ainsi autrefois et ce n'est guère qu'avec ESQUIROL qu'elle s'est, bien qu'encore incomplètement, effectuée.

La déchéance psychique est représentée cliniquement par une forme morbide : la *démence*.

Si l'on tient compte des divers facteurs qui la produisent, la démence offre de nombreuses variétés. De façon générale, on la divise en *primitive* ou *secondaire*, suivant qu'elle apparaît d'emblée ou à la suite d'une autre affection dont elle n'est que l'étape terminale.

La démence primitive est celle qui est due aux progrès de l'âge (démence sénile) ou à des altérations organiques du cerveau (démence apoplectique, démence athéromateuse, démence paralytique ou de la paralysie générale, etc.).

La démence secondaire est celle qui termine les diverses psychoses (démence vésanique), l'épilepsie, l'alcoolisme, les arrêts de développement, et, d'une façon générale, tous les états pathologiques qui aboutissent à l'usure des facultés intellectuelles et morales.

Jusqu'à ces derniers temps, c'était là l'opinion généralement admise et la démence, la démence vésanique surtout, était considérée comme nettement secondaire aux psychoses, « comme un point d'arrivée et non comme un point de départ » (BALL).

Or, sous l'influence des théories de KRAEPELIN, quelques auteurs tendent actuellement à considérer la démence vésanique comme presque toujours, sinon toujours, primitive, et DENY s'est fait cette année même, au Congrès de Pau, le champion convaincu de cette doctrine. Pour lui, les démences vésaniques ou secondaires doivent être rayées du cadre nosologique, attendu que certaines d'entre elles n'existent pas et que les autres font partie de la *démence précoce*, qu'il regarde comme une démence primaire.

La démence secondaire à la manie et à la mélancolie ne saurait être admise, dit DENY, avec KRAEPELIN, puisque la manie a disparu en tant que psychose et n'est plus qu'un stade de la *folie maniaque dépressive*, et puisque la mélancolie de son côté, n'a de vie propre qu'en tant que *psychose d'involution présénile*.

De même la démence regardée comme secondaire aux psychoses des dégénérés est en réalité une démence primaire, précoce, masquée tout d'abord par des manifestations délirantes. Enfin, la démence consécutive aux folies systématisées chroniques hallucinatoires est aussi une démence primaire, appréciable dès le début des troubles psychiques et rentrant dans le domaine de la *démence précoce*.

On le voit, d'après cette théorie, c'est la démence qui commence et la psychose qui suit ; il n'y a plus de démences vésaniques secondaires, il n'y a que les démences vésaniques primaires.

Cette opinion, qui ne tend à rien moins qu'à supprimer toutes les grandes formes de psychoses existantes, est encore bien loin d'être établie et adoptée. Elle aura, si elle veut prévaloir sur des données solidement assises depuis longtemps, à faire sérieusement ses preuves dans l'avenir.

En attendant, il me paraît nécessaire de conserver la plupart des états morbides dont elle réclame la suppression, en particulier les *démences vésaniques secondaires*. Car l'observation nous

montre la réalité de ce principe fondamental sur lequel reposent la plupart de nos classifications, à savoir que, dans les psychoses, c'est la perturbation mentale qui commence et l'affaiblissement qui suit et que, lorsque les psychoses se terminent par la démence, c'est non pas, comme dit DENY, « une dyspepsie qui ferait place à un cancer », mais bien le trouble de la fonction qui aboutit à la longue et tout naturellement à l'usure de l'organe.

Primitives ou secondaires, les démences sont représentées par une forme type, la *démence simple*. C'est là le fondement de la démence, le fond commun à toutes ses variétés.

Nous décrirons donc ici la démence type, nous réservant de signaler les particularités spéciales à ses principales formes en parlant de chacune d'elles.

§ 2. — DÉMENCE SIMPLE

1° Symptomatologie. — On peut distinguer à la démence trois périodes : 1° *une période initiale* ; 2° *une période d'état* ; 3° *une période terminale*.

A. PÉRIODE INITIALE. — Il est exceptionnel de voir la démence éclater brusquement. Le plus souvent, son début est insidieux, et l'affaiblissement psychique est déjà plus ou moins profond, lorsqu'on le constate. Tout d'abord, il survient une incapacité plus ou moins grande de travail, un manque de précision et de lucidité dans les affaires, les idées, le jugement, des erreurs d'orthographe, de chiffres et de calculs. Bientôt, des lacunes se manifestent dans la mémoire, qui est, en général, la première faculté atteinte. L'amnésie, essentiellement progressive, porte d'abord sur les souvenirs les plus récents et, par suite, les moins *adhérents* (KUSSMÄUL), tandis qu'au contraire les souvenirs anciens reviennent en foule et s'illuminent d'une reviviscence particulière.

Les malades oublient ce qu'ils ont fait et dit la veille, ils perdent leurs objets, et ne se rappellent pas ce qu'ils sont venus faire lorsqu'ils arrivent quelque part. Lorsqu'ils parlent, ils rabâchent constamment, en oubliant des noms et des mots, les

mêmes histoires dans les détails desquelles ils s'égarerent, perdant à chaque instant le fil de leur discours. Leurs sentiments affectifs s'émoussent et se rétrécissent comme leurs facultés intellectuelles, et ils se replient sur eux-mêmes, dans une sorte d'égoïsme inconscient. En même temps, leur caractère change, et, sous ce rapport, on peut les distinguer en deux catégories : les *apathiques*, doux, placides, inertes, passifs ; les *excités*, remuants, instables, hargneux et irritables à l'excès. Le plus souvent, ils commencent à perdre, à ce moment, les bonnes manières, l'usage et le bon ton, et à pécher dans leurs discours, leurs gestes, leur tenue, leur façon de vivre, contre les règles les plus élémentaires de la politesse, de la bienséance, de la décence.

TUCZEK, dans une récente étude générale de la démence, rappelle que l'activité psychique normale exige comme conditions une bonne mémoire, des représentations suffisamment nombreuses et des associations d'idées suffisamment variées et rapides. Aussi, est-ce avec raison que beaucoup d'auteurs désignent comme les éléments les plus importants de la démence : la faiblesse de la mémoire et du jugement, la pénurie des représentations et la lenteur de l'association des idées. Cependant un autre élément, très important, doit entrer pour lui dans la définition de la démence : c'est la paralysie de l'affectivité. La démence est donc constituée par la somme des déficits qui frappent les diverses fonctions psychiques. Mais, en règle générale, toutes les fonctions psychiques ne sont pas atteintes avec une égale intensité. Le processus morbide est toujours plus ou moins électif. Un jugement defectueux peut coexister avec une lucidité parfaite, etc. Il importe donc de déterminer exactement l'importance du déficit qui frappe chaque fonction. L'état de la mémoire, la marche de l'association des idées et d'autres fonctions peuvent être étudiés à l'aide de certains procédés expérimentaux. Le jugement, l'initiative, la sensibilité morale, au contraire, ne peuvent s'apprécier que par l'observation pure et simple du sujet, aux prises avec les devoirs, les difficultés et les efforts de la vie sociale.

B. PÉRIODE D'ÉTAT. — Au bout d'un temps plus ou moins

long, les malades deviennent absolument incapables d'un travail sérieux et soutenu, et leur démence fait des progrès évidents. Des faits récents, l'amnésie s'étend aux idées, aux mots, aux notions scientifiques ou professionnelles, aux langues apprises, n'épargnant que les premières acquisitions du premier âge, ce qui légitime parfaitement l'expression populaire : « tomber en enfance ». Il en résulte une puériorité d'idées et de langage, une diminution progressive des sentiments et des affections qui font du dément un véritable enfant, crédule, sans volonté, mobile à l'excès, oublieux des choses les plus simples, incapable de se conduire, et livré par conséquent, sans défense, à toutes les suggestions et à toutes les captations. Quant au langage, il devient *incohérent*, non pas à la façon de celui des maniaques, chez lesquels il résulte d'un excès d'activité intellectuelle et est purement elliptique, mais par suite de l'oubli des mots et des expressions à employer. C'est une *incohérence verbale*, une espèce d'aphasie amnésique caractéristique. Il en est de même pour l'écriture.

Des délires divers se greffent fréquemment sur ce fond de démence simple. Ces délires, variés et variables, incohérents, absurdes, enfantins, roulent le plus souvent sur des idées de persécution, de vol, de ruine, d'hypocondrie, d'érotisme, de grandeur, etc.

A un degré plus marqué, le dément est réduit à l'état d'automate, et vit dans l'inconscience la plus complète. Chose curieuse, cependant, bien qu'ayant tout oublié, jusqu'au nombre, à l'âge, au nom de ses enfants, jusqu'au sien propre, quelquefois, il peut encore se livrer d'une façon irréprochable et par une espèce d'habitude acquise, d'automatisme, à des occupations ou à des distractions plus ou moins difficiles, telles que lecture de journaux, jeux de cartes, d'échecs, de billard, etc. La diminution mentale peut donc être moins apparente que réelle et, surtout chez les gens instruits et bien élevés, être en partie masquée par certains dehors qui persistent comme une sorte de vernis à la surface de la démence. A ce moment, le langage n'est plus qu'un *radotage* sans aucune signification.

Du côté physique, il existe également certaines particularités

à signaler : ainsi, la plupart des déments prennent de l'embonpoint, et, chez eux, les fonctions organiques s'exécutent avec la plus grande régularité. Il semble que la vie intellectuelle et la vie physique soient devenues tout à fait indépendantes l'une de l'autre. En revanche, le sommeil est léger, court, souvent presque nul. Chez certains, surtout chez ceux dont la démence relève d'une affection cérébrale, organique, la parésie des sphincters ne tarde pas à survenir. Il s'y joint des signes évidents d'affaiblissement musculaire.

C. PÉRIODE TERMINALE. — Cette période est constituée par l'anéantissement à peu près absolu de l'intelligence et par les progrès de la cachexie organique. Au point de vue intellectuel et moral, le dément se trouve, à ce moment, dans les mêmes conditions que l'idiot ; plus rien n'existe de ce qu'il a été autrefois. En même temps, il maigrit, perd l'appétit, devient complètement gâteux, et, réduit à un état de décrépitude plus ou moins complet, il finit par mourir, soit par suite d'une complication cérébrale ou viscérale, soit par suite de troubles trophiques ou des progrès de la cachexie.

2° Durée, anatomie pathologique. — La démence simple peut durer plus ou moins longtemps ; en général, son évolution est très lente et s'étend à plusieurs années. Quant aux lésions auxquelles elle se lie, elles varient suivant la cause de la démence. On peut dire toutefois, d'une façon générale, que la démence correspond surtout à des troubles vasculaires, à de l'atrophie cérébrale et à des altérations dégénératives des centres nerveux.

3° Diagnostic, pronostic. — Le diagnostic de la démence comporte deux éléments : le diagnostic de la démence avec les autres états morbides ; celui des diverses variétés de démence entre elles.

La démence doit être différenciée surtout des *dégénéscences* et de la *confusion mentale*. Elle se distingue des premières par l'absence de stigmates physiques et psychiques constitutionnels, le passé du sujet, le mode d'invasion de la maladie, la progression des symptômes. Elle diffère de la seconde par son apparition

moins brusque, moins rapide, la non-coexistence habituelle d'un processus toxique ou infectieux, par son allure lente et chronique d'emblée, qui ne ressemble en rien à l'ensemble des manifestations plus ou moins aiguës qui constituent la confusion mentale.

Parfois cependant la distinction devient très malaisée ; lorsque, par exemple, la dégénéscence ou la confusion mentale tournent à la démence. Rien n'est plus difficile en effet que de préciser si une psychose dégénérative ou une confusion mentale se compliquent d'affaiblissement psychique et dans quelle mesure. Chaque cas doit être étudié, ici, en particulier et à fond.

Le diagnostic des diverses variétés de démence est souvent fort difficile. Il ne peut être établi que par la connaissance aussi exacte que possible des particularités étiologiques et cliniques de chacune d'elles.

La démence peut-elle *guérir* ? C'est là une question qui ne se posait même pas autrefois, la démence étant par essence une perte irréparable de l'intelligence.

Aujourd'hui, cette question peut se poser et certains auteurs n'hésitent pas même à la résoudre par l'affirmative. Cela tient évidemment à la façon dont on entend le mot *démence*, qui n'est pas compris exactement de même par tous et sous lequel quelques-uns rangent des états morbides curables qui, pour d'autres, ne lui appartiennent pas, tels par exemple, que la *démence précoce*.

Pour nous, et pour éviter toute erreur d'appréciation et toute controverse, nous croyons qu'il faut conserver au terme *démence* son acception rigoureuse, absolue, de diminution *définitive* de l'être psychique.

4° Traitement. — Le traitement de la démence ne peut être qu'un traitement palliatif. Quand la démence est simple, il se borne à des soins hygiéniques et moraux, à l'emploi d'une surveillance régulière, à l'usage de certains médicaments destinés à éviter les complications. Lorsque l'affaiblissement intellectuel s'accompagne de délire et surtout d'actes pathologiques, il est souvent nécessaire de recourir à l'isolement, parfois même à l'internement.

DEUXIÈME SECTION

PSYCHOPATHIES SYMPTOMATIQUES
OU ASSOCIÉES

Dans la première section du Livre II, nous avons étudié les Psychopathies simples, ou plus exactement les Psychopathies Entités, c'est-à-dire les formes primitives et autonomes des maladies mentales.

Dans la deuxième section, nous allons étudier les Psychopathies symptomatiques ou associées, c'est-à-dire celles dans lesquelles la psychopathie, au lieu d'être tout par elle-même, n'est plus qu'un syndrome lié à un état autre, dont elle dépend.

Lorsqu'on examine, dans leur ensemble, les psychopathies symptomatiques, on ne tarde pas à constater : d'une part que les troubles psychiques qui les composent sont, dans toutes, plus ou moins similaires ; d'autre part que ces troubles psychiques sont ceux d'une des psychopathies prises plus haut pour types, en particulier ceux de la *mélancolie* et surtout de la *confusion mentale*.

Il résulte de là que les psychopathies symptomatiques peuvent être légitimement considérées comme étant le résultat de la combinaison d'une des psychopathies types et, ce qui est important, d'une des psychopathies à base ordinairement toxique, avec un processus déterminé de l'organisme.

On voit combien cette notion, que nous croyons juste, simplifie et précise tout à la fois la conception générale de la psychiatrie, puisqu'elle ramène l'innombrable foule des psychopathies à quelques types fondamentaux dont toutes les autres ne sont que des dérivés, et puisqu'elle met en évidence le rôle prépondérant de l'intoxication dans les psychopathies, leur donnant ainsi la

même base pathogénique que celle qui domine actuellement la médecine générale.

Si l'on veut bien réfléchir à ce fait que la presque totalité des états morbides qui s'accompagnent de manifestations psychopathiques sont des états d'intoxication ou d'infection, depuis l'alcoolisme, le saturnisme, le paludisme jusqu'au brightisme, à l'hépatisme, au diabète, en passant par la fièvre typhoïde, la grippe, la tuberculose, la syphilis, etc., etc., on ne peut que voir là une confirmation de l'opinion que nous venons d'exprimer.

Les psychopathies associées étant pour la plupart des psychoses toxiques ou infectieuses, à forme de mélancolie et surtout de confusion mentale avec prédominance de délire onirique, il n'est pas nécessaire, sous peine de redites incessantes, de décrire en détail chacune d'elles. Il suffit, pour les bien connaître, de se reporter pour toutes à la description du type de psychose qui leur sert de fondement, c'est-à-dire de la confusion mentale et du délire onirique. Il convient toutefois, pour être complet, d'indiquer à grands traits leurs caractères principaux, en insistant particulièrement sur celles d'entre elles, qui, par leur fréquence et leur importance, s'imposent le plus à l'attention du praticien.

Dans cette revue rapide, nous suivrons l'ordre adopté dans le tableau suivant, où les psychoses symptomatiques sont groupées par catégories similaires. Mais il doit être entendu que ce tableau n'est qu'une annexe non indispensable de notre classification, un cadre synoptique destiné simplement à aider la mémoire et à recevoir à leur place toutes les variétés de psychoses associées, au fur et à mesure qu'elles se trouvent signalées.

| | |
|---|---|
| <p>I. — Psychopathies des exo-intoxications.</p> <p>Alcoolisme. Saturnisme. Morphinisme. Éthérisme, Chloralisme, Cocaïnisme, Oxy-carbonisme, etc., etc. Pellagre. Paludisme.</p> | <p>1° Aiguës (suite). Pneumonie. Polynévrite. Fièvres éruptives. Diphthérie. Erysipèle. Choléra. Rage.</p> <p>2° Chroniques . . . Syphilis. Tuberculose. Cancer.</p> |
| <p>II. — Psychopathies des auto-intoxications.</p> <p>1° Spéciales . . . { Gastro-intestinale. Hépatique. Rénale. Cutanée. Générale. Thyroïdienne. Pituitaire, Surrénale, etc. Diabésées. 2° Générales. . . { Surmenage, et Inanition. Traumatismes. Opérations chirurgicales. Insolation.</p> | <p>IV. — Psychopathies des maladies du système nerveux.</p> <p>1° Cérébro-spi- nales { Abscès du cerveau. Tumeurs de l'encéphale. Artério-sclérose cérébrale, Cardiopathies. Hémorragie et Ramollissement. Paralyse générale. Tabes. Sclérose en plaques. Syngomyélie. Maladie de Parkinson.</p> <p>2° Névroses { Epilepsie. Hystérie. Chorée.</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 1856 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 brightiques, 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-

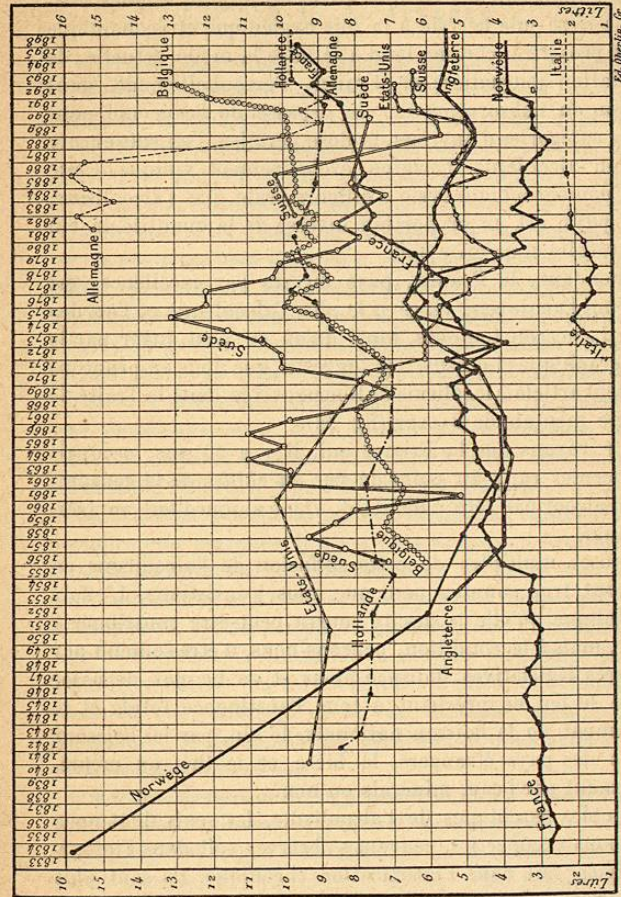


Fig. 56. — Graphique de la consommation d'alcool à 50°, en divers pays par tête d'habitant (composé d'après M. JULES DENIS, de Genève). Extrait de l'art. Alcoolisme par ROUBINOVITCH, in *Traité de Pathologie mentale* de BALLEZ.

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 30 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 traverse 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 héroïques 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*, *algésie* 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 *panopobie*, 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-