

cesser tout d'un coup l'absorption de l'alcool, faut-il décroître peu à peu. Le meilleur procédé consiste à diminuer lentement les doses quotidiennes. Quand, après de grandes difficultés, on arrive à pouvoir ainsi sevrer un malade, on obtient sa guérison.

Un Allemand (il n'y a que les Allemands pour avoir de ces idées-là) a proposé de gorger, de saturer d'alcool les alcooliques. On met de l'alcool dans leurs aliments, leurs boissons, dans leurs vêtements, dans leur lit, et on parvient ainsi à leur inspirer une répugnance salutaire et un dégoût invincible de l'alcool!! Seulement il y a un inconvénient, c'est qu'il devient impossible de leur faire avaler la moindre nourriture; et comme trois ou quatre malheureux, traités de la sorte, sont morts, on a renoncé au procédé.

DIPSOMANIE ET ALCOOLISME.

Il existe, au point de vue médical, deux formes définies d'empoisonnement par les boissons fermentées: l'une est la dipsomanie, l'autre l'alcoolisme.

Bien qu'elles se rencontrent sur le terrain commun de l'abus de l'alcool, elles n'ont pas d'autre point d'analogie. Indépendantes, étrangères l'une à l'autre, elles contrastent par leur étiologie, leur marche, leurs symptômes et leur terminaison.

La disparité est telle qu'aucun dipsomane ne devient alcoolique et aucun alcoolique dipsomane, à n'importe quelle période des deux maladies.

Il n'est pas dépourvu d'intérêt de fixer les lignes de démarcation et de montrer comment procède chacun des deux états maladifs, en suivant la voie qui lui est propre. Cette étude comparative aura encore l'avantage de rappeler à quelles conditions se constitue l'histoire clinique des intoxications par les boissons fermentées.

Toute observation d'empoisonnement par l'alcool qui ne remonte pas au delà du fait brut doit être réputée nulle. Non seulement on n'a considéré qu'une des faces de la question, mais, faute de s'enquérir des antécédents, on commet des fautes lourdes d'interprétation.

L'observateur ainsi limité, trop souvent inconscient de l'insuffisance de sa recherche, ne tient compte que du poison et oublie le sujet sur lequel il a opéré. De là des dissertations sur

les effets spéciaux de telle ou telle liqueur, riche ou pauvre en alcool, franche ou frelatée. De là aussi les opinions populaires si communément émises par les ouvriers des villes et par les habitants des pays vignobles, que boire du vin sans toucher à l'eau-de-vie est inoffensif, que l'eau-de-vie nuit d'autant plus qu'elle est plus falsifiée, etc. Toutes affirmations singulièrement contredites par l'expérience.

Qui s'expose à l'intoxication fait fonction de réactif. La substance demeurant la même, son action diffère suivant le mode d'ingestion, mais surtout suivant les aptitudes de l'individu. On pourrait emprunter une comparaison aux corps chimiques dont les propriétés se modifient selon la composition et la nature des autres corps avec lesquels ils entrent en contact.

La personnalité de l'*alcoolisable* intervient pour une part énorme, mais incessamment mobile, variant avec l'âge, avec les accidents physiques et moraux, avec les milieux et parfois même avec les saisons ; elle appelle une enquête incessamment renouvelée.

I

J'examinerai le dipsomane au triple point de vue de ses prédispositions, de son procédé d'intoxication et des conséquences qu'il entraîne.

On n'est pas dipsomane par constitution ou, comme on pourrait dire, de naissance. Presque toujours, sinon toujours (au moins en a-t-il été ainsi dans les cas nombreux qu'il m'a été donné d'observer), c'est à la suite d'un ébranlement de santé que se déclare la disposition malade.

Rien n'avait fait prévoir ou même soupçonner l'invasion du mal. Les habitudes de la vie avaient été jusque-là sobres, régulières, quelquefois même jusqu'à la correction exigeante. La surprise est si grande que d'abord on n'y veut pas croire.

Les qualités de l'esprit, l'activité de l'intelligence, le sens de la conduite, ne sont pas plus une sauvegarde contre la dipso-

manie que contre les congestions cérébrales. Seulement le jour où, de sobre, l'homme est devenu dipsomane, il s'était opéré en lui, au préalable, une transformation inaperçue. Combien de fois arrive-t-il dans l'existence médicale, et surtout dans les cas où le fonctionnement moral est compromis, qu'on découvre après l'explosion un passé qui se révèle à l'éclairage de quelque grosse aventure ! Rien de pareil chez l'alcoolique, pas de brusques revirements de santé : une autre pathogénie et naturellement une autre pathologie.

Je citerai sommairement quelques exemples tirés de ma propre observation, et ici une première remarque s'impose.

J'ai vu, comme je l'ai dit, beaucoup de dipsomanes, les uns dont je ne parlerai pas et qui répondaient à une clientèle de passage, les autres que j'ai suivis de près pendant des années et les seuls qui fassent foi.

La dipsomanie est plus qu'une rareté à l'hôpital où les faits d'alcoolisme surabondent. Chargé depuis un très long temps du premier examen des aliénés placés d'office par le département de la Seine et appartenant presque exclusivement aux classes pauvres, je n'ai rencontré que peu de dipsomanes. Et encore étaient-ce des déclassés ayant reçu de l'instruction, subi des examens et joui d'une fortune dissipée ou compromise. La dipsomanie rentre à ce titre dans la catégorie de la goutte, du diabète, etc.

Je me risquerais presque à ajouter que ce n'est la maladie ni des imbéciles ni des gens de peu. Qui oserait en dire ou même en penser autant des alcooliques ?

L'invasion a rarement lieu, à l'inverse de tant d'autres formes d'affections mentales, à la suite d'un brusque événement de santé.

Le choc foudroyant est l'exception. Plus souvent il s'est produit une succession d'incidents réputés insignifiants et qui sont à l'ictus vrai ce que sont au paroxysme de la goutte les *paroxysmules* dont parle Sydenham.

Après ce point de départ insidieux et que découvre laborieu-

sement une enquête rétrospective, l'incubation de la dipsomanie exige du temps avant que la première crise solennelle éclore.

Les faits qui suivent me dispenseront, je crois, d'une description générale.

X... est mort, il y a peu d'années, à l'âge de 65 ans. C'était un homme intelligent, d'aspect robuste, ayant supporté, on pourrait même dire recherché les fatigues, qui ne lui pesaient pas. Ses commencements avaient été pénibles ; parti de bas, il avait accompli la tâche courageuse de s'assurer une instruction classique complète et tardive. La position dont il jouissait n'était pas venue le chercher, et on peut dire qu'il l'avait conquise.

Tout avait été au mieux dans sa vie, marié, père de famille, heureux de son aisance, quand éclata tout à coup un trouble grave de santé.

Un matin, six ans avant sa mort, il fut pris soudainement d'une défaillance de courte durée, semi-comateuse, avec collapsus, perte de connaissance. La crise, inutile à détailler, laissa à sa suite une paralysie incomplète du membre inférieur gauche, qui ne devait jamais disparaître complètement.

Hors de là, pas de troubles apparents, sauf une paresse attribuée à la difficulté de la marche et plus d'irritabilité. De sobre, il devint plus enclin à boire, supportant mal le vin, rentrant chez lui étrange, sans ivresse. Un jour on le reconduisit, brutalement ivre, somnolent et abruti ; il avait été incapable de regagner seul son domicile.

Ce fut le début apparent. On s'informa, et la famille apprit ce que savait tout le voisinage.

X... était un dipsomane extérieur (variété commune parmi les simples ivrognes). Il ne buvait jamais chez lui, profitait des occasions sans les provoquer, et buvait rarement seul. Inconscient de son ébriété progressive, il se donnait en spectacle même au milieu de réunions d'affaires, ne se rendant compte de son trouble mental ni avant, ni pendant, ni après l'accès.

Cette sorte d'inconscience, cette indifférence au jugement des

autres, cet oubli même quand le calme est revenu, sont autant de traits de la dipsomanie qui l'éloignent de l'ivresse simple, pour la rejeter dans l'aliénation. On les retrouve dans tous les cas à des degrés variables.

Les choses se prolongèrent ainsi pendant trois années environ, malgré les reproches, les conseils, les supplications des siens, malgré les railleries mal dissimulées des voisins.

Une broncho-pneumonie grave survint alors, due peut-être à quelque refroidissement contracté pendant un accès. Ce fut la clôture ; car, sans que le milieu ait été modifié, la dipsomanie s'arrêta court.

A l'entrée, aussi bien qu'à la sortie, le mal n'avait été ni provoqué, ni même influencé par aucune cause morale. L'étiologie de la maladie était exclusivement du domaine pathologique, comme celle de la guérison.

Cette observation représente un des types curables d'une affection qui aboutit souvent à l'incurabilité, et c'est pourquoi je l'ai relatée la première. Elle montre d'une façon péremptoire quelle place considérable le mode d'évolution doit occuper dans l'histoire de la maladie.

M^{me} X..., 40 ans, mère de quatre enfants, vivant dans une situation aisée, mi-partie à Paris, mi-partie à la campagne. Intelligence moyenne, caractère égal, régulier, sollicitude peut-être exagérée pour ses enfants et pour la tenue de sa maison.

A la quatrième grossesse, qui a eu lieu il y a six ans, santé irréprochable jusqu'au dernier mois. Il survient alors de l'insomnie, attribuée à la gestation, de l'irritabilité rapportée à la fatigue, de l'agacement dont on ne manque pas davantage de trouver la cause.

Une quinzaine de jours après la couche, la mère allaitant son enfant, insomnie absolue, quelques propos bizarres, insouciance pour ce qui se passe dans sa maison, indifférence à l'endroit de ses enfants, même du nouveau-né. Pas de fièvre. On pouvait craindre l'imminence d'une manie puerpérale, si souvent prépa-

rée par les symptômes qu'on ne saurait appeler prémonitoires, tant ils avertissent peu les assistants. La manie ne se déclare pas. L'état s'améliore apparemment, et M^{me} X... continue la nourriture non interrompue.

Deux mois s'écoulent. Un soir on l'attend inutilement. Elle était partie dès la matinée, seule, son enfant sur les bras. Une anxiété bien naturelle s'empare de la famille. On bat les environs, la gendarmerie, la police sont mises en œuvre. La recherche est difficile dans une campagne des environs de Paris. Après une sorte de battue qui dure toute la nuit, on la retrouve ivre-morte dans un cabaret situé à quelques kilomètres de son habitation.

Là, encore, une explosion qui ouvre les yeux. La famille s'enquiert, elle interroge les domestiques, qui avaient eu plus que des soupçons et s'étaient gardés d'en entretenir le mari. L'inventaire de la cave et des armoires fait découvrir des bouteilles vides et disséminées de vins et de liqueurs. On apprend du voisinage que M^{me} X... va de cafés en cabarets, buvant au hasard et sans prédilection pour une boisson spéciale. Quoi de plus aisé que de se rappeler alors une foule d'aventures ou d'incidents intimes dont le sens avait échappé.

Une surveillance assidue est exercée ; il répugne d'enlever la malade en plein allaitement à sa maison. M^{me} X... ne se plaint pas, elle reste, comme tous les dipsomanes, insensible d'aspect, même à la contrainte humiliante qu'on lui impose, et à laquelle elle finit par échapper.

Quelques semaines se passent à peu près correctement ; la surveillance se relâche. M^{me} X... s'échappe encore une fois, mais seule, et est arrêtée en état de vagabondage et d'ivresse.

Cette fois, il fallait aviser, et j'obtins le placement dans un asile privé. L'abstinence absolue et forcée produit ses effets ordinaires. La malade s'améliore, la raison et le sentiment lui reviennent, elle se confond en excuses et en promesses, et la sortie a lieu après quatre mois d'isolement.

Au bout de peu de jours, nouvel accès, nouvelle fugue au

dehors, nouvelle ivresse motivant l'intervention de la police. On patiente ou plutôt on atermoie jusqu'au jour où la vie libre redevient impossible. Cette fois la malade, qui, si on ne passe ce mot expressif, a appris son métier de dipsomane, s'offusque des précautions, elle est plus irritable, et se livre même par intervalles à des scènes violentes.

Un second internement devient nécessaire. Il dure cinq mois ; mais, les mêmes indices d'amélioration se produisant, les supplications sont plus ardentes, et la malade quitte la maison de santé.

Durant les premières semaines du séjour, l'excitabilité avait pris les proportions d'un accès maniaque ; à l'agitation avait succédé une torpeur entremêlée de quelques crises d'irritation non délirante.

Depuis lors, plus d'hébétude que d'impulsion. Le goût pour les boissons s'est atténué, la surveillance ne détermine plus de résistance. Le placement dans un asile a agi sous forme comminatoire, comme il arrive à cette période demi-éteinte. Pendant le stade aigu, il n'avait exercé qu'un effet suspensif.

A aucun moment, pas plus que dans le cas précédent, je n'ai pu découvrir trace d'un délire ou d'un subdélire alcoolique, malgré la longue expérience que j'ai de cette recherche. Il n'a pas plus existé de tremblement caractéristique.

Mon impression fut qu'une sorte d'attaque cérébrale mal définie et indépendante de la boisson avait eu lieu lors de l'entrée dans la maison de santé. Le changement signalé ci-dessus se serait produit à la suite de quelque travail encéphalique insidieux, mais suffisant pour substituer la passivité qui persiste à l'activité impulsive des premiers temps.

M. X..., chef de service dans une administration de l'État, 40 ans environ, marié, père de famille, habitant une grande ville de province, où le retenaient ses occupations, est révoqué pour des raisons politiques. Il se retire dans ses terres, et revient entre temps habiter la ville.

Homme lettré, érudit, amateur passionné des travaux de ca-

binet, il occupe et suroccupe ses loisirs. Un an environ après sa révocation, il abandonne subitement ses travaux de prédilection, s'enferme dans son cabinet, où il dort, répond à peine aux correspondances urgentes, et parle peu.

On rapporte cette façon de mélancolie lourde au chagrin un peu tardif que lui cause son oisiveté, et on passe outre, en conseillant des distractions.

M. X... vient en effet à Paris. Un jour, qu'il était allé voir une de ses parentes, les domestiques le trouvent couché et ronflant dans l'escalier, il était ivre-mort. Au réveil, attaque convulsive, suffocation, pleurs, et reprise d'un sommeil plus massif. La crise, imputée à une congestion cérébrale, s'épuise vite, sans autres conséquences.

Une seconde fois, ivresse moins profonde, mais d'autant plus caractérisée, en se mettant à table pour prendre part à un dîner de famille, démarche spéciale, parole empâtée, regards éteints.

On couche le malade, et le lendemain tout est fini.

Ainsi qu'il arrive dans ces histoires d'une identité monotone, la famille s'alarme. Sur mon conseil, accepté par son médecin ordinaire, on se tait, et on fait suivre le malade, que ces énormités, dans un pareil milieu, ont laissé absolument indifférent. Pareille aventure serait arrivée au moindre de ses serviteurs, qu'avec ses habitudes sévères il aurait été insatiable d'étonnement et de reproches. Le malade entre dans les cafés, s'y fait servir des consommations de tout ordre; épuisé en fin de journée, il s'endort sur les tables, se réveille, et rentre en titubant à la maison. Cette débauche n'a pas lieu tous les jours avec la même intensité; mais pas une journée ne se passe sans un excès, on pourrait dire sans un vagabondage de boissons.

La claustration étroite à la campagne a depuis lors suspendu les accidents, qui ont reparu dès que le malade revenait en ville, si averti, si détourné qu'il fût par les plus chaudes influences morales.

Je me souviens des supplications de sa fille, âgée de 16 ans, et qui accumulait les tendresses, représentant quelles épreuves il

lui imposait, combien il compromettait son avenir. Il pleurait et recommençait.

M. X..., 50 ans, mort. Il était enfant, adolescent, même jeune homme, ce qu'on appelle un prodige. A toutes les distributions de prix, lycée et concours général, il tenait le premier rang. X... est reçu docteur en droit après les plus brillants examens.

Après quoi, il abandonne brusquement la vie parisienne, se retire dans ses terres, entame une courte campagne politique, et est nommé conseiller général et maire de sa commune. Puis il s'éteint un peu, vit en célibataire rural, et vient à Paris quatre fois l'an. Là, il ne fréquente plus ses anciens amis, il habite un hôtel de troisième ordre. Son séjour est d'environ trois ou quatre semaines, pendant lesquelles il regagne tous les soirs son logement quand on ne l'y ramène pas, en pleine ivresse. Le maître d'hôtel est au courant des habitudes de son locataire, et d'une patiente indulgence, bien qu'il ne boive jamais dans sa maison.

On le couche; le lendemain, il se lève vers midi et recommence. Plus d'une fois, on l'a ramassé sur un trottoir ou dans un ruisseau de quelque rue du voisinage. A cette époque l'ivresse publique n'était pas classée comme un délit.

La crise finie, X... rejoignait son pays pour continuer son oisiveté de plus en plus paresseuse jusqu'à la prochaine rechute. Il eût été difficile de trouver une pareille périodicité. Chez lui, maître exclusif de toutes choses, il buvait peu ou pas et n'était jamais entré dans un débit de boissons.

Un des accès parisiens prit de telles proportions qu'un ami s'alarma, et sur mon conseil le malade fut placé dans une maison de santé spéciale où il séjourna trois mois; j'accédai à sa sortie peu convaincu de la guérison, mais sollicité par le malade et le peu de personnes qui s'intéressaient à lui. Le soir même on le ramenait ivre-mort.

La dipsomanie, qui a duré six ou sept ans, qui a été préparée par une période d'engourdissement déjà morbide, procédait ici par attaques franches. Il est bon de noter ces faits décisifs, parce qu'ils éclairent les cas où l'intermission est moins évi-

dente; je crois qu'on est autorisé à dire que tout dipsomane rentre dans la classe des aliénés à délire par accès, en admettant la maladie comme plus fréquemment rémittente qu'intermittente vraie.

La plupart des délires à marche ainsi rompue sont compatibles avec un reste de raison qui ne s'efface pas complètement, même pendant les *insultus*. Ce sont les formes de trouble mental qui embarrassent le plus les juges et les médecins légistes.

M. X... a occupé une situation élevée dans le monde de l'intelligence; mort à 64 ans. Nature bizarre, vieux garçon, il a conservé toute sa vie ses habitudes d'étudiant; pensionnaire de modestes tables d'hôte ou habitué de petits restaurants, d'une sobriété relative, buvant de ci et de là sans avoir excédé la mesure, occupé de travaux sérieux et par nature travailleur tenace.

La première atteinte connue que sa santé mentale ait subie est assez bizarre. Pendant un voyage à l'étranger, il lui prend le caprice de pénétrer dans une maison de filles. Il franchit le seuil, monte un étage, attend quelques minutes et se sauve à toutes jambes. Il revient en courant à son hôtel, rassemble à la hâte ses effets, paye la note et s'enfuit comme s'il était sous le coup d'une poursuite.

De retour à Paris, X... est obsédé par l'idée qu'il a encouru une honte dont il ne se lavera pas, que ses amis sont au courant de l'aventure et ne la lui pardonnent pas. Il se renferme, ne sort plus que le soir et change ses habitudes.

Cette obsession type, qui ne monte pas jusqu'à un délire de persécution, dure quelques mois, perd de son acuité et finit par disparaître au moins en apparence. Il en reste en effet des traces. Bien que le malade n'ait pas un jour interrompu ses occupations, il concentre de plus en plus sa vie dans son intérieur solitaire; sa portière lui prépare son déjeuner et il est probable qu'il évite par là une sortie de plus en plein jour.

Un an plus tard, deux ans peut-être, X... ne descend pas de son logis. La portière inquiète monte accompagnée d'un loca-

taire et trouve le malade ivre, endormi sur son lit; les armoires sont bondées de bouteilles vides; on en découvre sous son bureau, sous son lit.

Cette première crise connue dissipée, il reprend sa vie extérieure, visiblement fatigué, jusqu'au jour où il devient presque obtus.

Ces aventures clandestines se reproduisent. On me demande enfin de le voir et je le trouve couché, fumant un cigare demi-éteint, une bougie allumée entre les jambes, une chope sur sa table de nuit pleine de bière et d'eau-de-vie.

Le sol est jonché de bouteilles de provenances diverses et vides.

Hébétude, état fébrile, langue sale, eczéma humide généralisé, inanition supposée depuis une huitaine de jours. Le malade est semi-conscient ou du moins sans délire.

Placé dans une maison de santé, il succombe au bout de deux semaines, infiltré, refusant la nourriture par dégoût, ne réclamant pas sa sortie, bien qu'il sût où il était retenu et ne délirât pas.

Là encore on a pu saisir l'entrée en matière de la perversion mentale sur laquelle se développera plus tard la dipsomanie.

Malgré l'énorme quantité de boissons ingérée, et le calcul était facile à faire par le dénombrement des fioles vides, X... n'a présenté à aucun moment le plus léger indice d'une intoxication alcoolique.

Les cas qui précèdent répondent au type le plus simple.

Dans d'autres conditions, les accidents cérébraux pathogéniques se sont développés plus insidieusement ou même se rattachent à une tare congénitale.

On voit alors la dipsomanie associée à des instincts vicieux, n'être qu'un épisode dans l'existence flottante de ceux qui en sont atteints. Si j'avais en vue d'écrire une histoire de la dipsomanie représentée sous toutes ses faces, je n'aurais garde d'omettre ces espèces qui, malgré leur apparente discordance, sont uniformes et par conséquent susceptibles d'une description