qui à ce titre doit surtout nous intéresser, est le grand accès maniaque d'alcoolisme aigu[1]. Cette variété d'ivresse anomale, où l'agitation traduit le plus souvent un délire hallucinatoire actif, ne doit pas être confondue avec le *delirium tremens*, ni avec le délire subaigu, qui rentrent dans la catégorie bien définie des accidents épisodiques de l'alcoolisme chronique.

En présence d'un accès de ce genre, la première chose à faire est d'isoler le malade et d'exercer sur lui une surveillance continuelle, dans la crainte qu'il ne se livre à quelque violence contre lui-même ou contre les personnes qui l'entourent. Mais en aucun cas on n'aura le droit, sous prétexte de prendre une mesure de sécurité, de recourir à l'emploi des moyens de contention, tels que la camisole de force, pratiques barbares et dangereuses, sévèrement condamnées par tous les médecins.

En général, étant donnée la durée assez courte de l'affection, il vaut mieux ne pas recourir au placement du malade dans une maison d'aliénés, sauf s'il ne peut recevoir chez lui les soins nécessaires. L'isolement, l'éloignement de toute cause d'excitation et surtout le séjour au lit (qui se recommande dans toutes les formes aiguës de l'alcoolisme) seront la base d'un traitement hygiénique très propre à influer avantageusement sur l'agitation du sujet.

En même temps, il convient de favoriser l'élimination[2] du poison, afin de débarrasser l'organisme de ce dangereux ennemi qui, dans certains cas, persiste encore dans les tissus trois jours après la cessation des excès (Magnan). Pour atteindre ce but, la médication vomitive sera bien rarement de mise, car il est rare qu'on puisse l'employer au début de l'accès d'agitation, c'est-à-dire en temps opportun ; mais il n'en sera que plus urgent d'assurer le bon fonctionnement des émonctoires naturels (reins, surface cutanée, etc.) par l'ingestion de diurétiques et par l'emploi de l'hydrothérapie, notamment sous forme de bains tièdes prolongés ou d'enveloppement dans le drap mouillé. Dans le même esprit, on peut recourir aux

lepsie alcoolique. Quand elle est franchement alcoolique, la cessation des excès et la sobriété suffisent pour faire disparaître les accidents. Mais, d'ordinaire, les phénomènes convulsifs que l'on observe au cours de l'alcoolisme sont sous la dépendance d'excès répétés et apparaissent chez les alcooliques chroniques (voir, à ce sujet, le paragraphe Épilepsie alcoolique au chapitre *Alcoolisme chronique* de cet article, et consulter la leçon du professeur Joffroy sur l'*Aptitude convulsive*, in *Gaz. hebdomad. de méd. et de chir.*, n° 12, p. 133, 11 février 1900, et l'ouvrage du docteur Paul Garnier : *La folie à Paris*, 1890).

1. Synonymes : manie alcoolique aiguë, ivresse alcoolique aiguë compliquée de délire maniaque, accès d'alcoolisme aigu, délire alcoolique aigu à forme maniaque, accès maniaque de délire alcoolique aigu.

2. Consulter, sur ce sujet : Nicloux, Recherches expérimentales sur l'élimination de l'alcool dans l'organisme (Thèse de Paris, 1900, n° 523).

toniques du cœur, aux stimulants diffusibles, et, en fait d'alimentation, s'en tenir au régime lacté exclusif, combiné avec la prise de boissons abondantes non alcoolisées. La plupart du temps, ces différents moyens suffiront à ramener le calme au bout de quelques jours, surtout si l'accès en cours est le premier de ce genre qu'ait présenté le malade. Si l'agitation et l'insomnie présentent une intensité inquiétante, et surtout persistent, on aura recours aux narcotiques, et surtout au chloral, à la dose de 2 à 4 grammes.

Une fois la convalescence commencée, on continuera encore l'usage du lait et des diurétiques pendant quelques jours et, en même temps, on combattra l'état saburral des voies digestives, qui est de règle ici, à l'aide des alcalins, de l'antisepsie intestinale et des purgatifs salins. C'est alors que le moment sera venu de moraliser le patient et de le mettre en garde contre les dangers sérieux résultant pour lui de tout excès de boisson, en prenant à témoin la leçon sévère qui vient de lui être infligée.

Il est enfin d'autres cas d'intoxication aiguë où l'intervention thérapeutique restera trop souvent inefficace ; ce sont ceux où l'ivresse se complique de lésions cérébrales, comme l'hémorragie de la pie-mère, ceux où elle survient chez un individu ayant une tare viscérale grave, ceux encore où, notamment à la suite de paris absurdes, l'ingestion de l'alcool en un temps très court a été considérable, réalisant cette intoxication suraiguë que nous reproduisons sur les animaux dans les laboratoires. Dans tous ces cas, il sera bon de recourir aux médications précitées, en tenant compte des seules indications d'urgence, mais sans se dissimuler que ces accidents auront presque toujours une issue fatale, à brève échéance, et que le médecin ne peut guère que chercher à soulager le patient dans une bien faible mesure.

ALCOOLISME CHRONIQUE

En présence d'un alcoolique chronique, c'est-à-dire d'un malade chez lequel l'alcool a agi sur l'économie tout entière pour créer des lésions durables, la tâche du médecin est singulièrement complexe : car, pour remédier à la situation du patient, il ne suffit plus de traiter les accidents locaux ou généraux qui ont attiré momentanément l'attention ; mais il faut encore s'attaquer à l'agent d'intoxication primitivement responsable, en cherchant à déraciner non seulement à titre temporaire, mais à titre définitif, les habitudes d'alcoolisme afin d'en supprimer dorénavant les redoutables conséquences. Par con-

séquent, pour remplir ces desiderata, le traitement individuel de l'alcoolisme chronique comprendra, en premier lieu, celui des manifestations de l'intoxication chronique et, en deuxième lieu, celui des habitudes d'alcoolisme, c'est-à-dire qu'il consistera, dans ce dernier cas, à pratiquer la *cure du buveur d'habitude*.

A. — Traitement des manifestations de l'intoxication chronique.

Il y a lieu d'exposer d'abord quelles indications thérapeutiques concernent les symptômes que commandent toujours les lésions créées par l'alcool, c'est-à-dire les petits signes de l'intoxication chronique, et d'indiquer ensuite le traitement des grandes manifestations de la maladie qui sont représentées par les importantes déterminations viscérales de l'alcoolisme, notamment sur le système nerveux et sur le système digestif.

Petits signes de l'intoxication chronique.

S'il est une affection souvent ignorée et rarement rapportée à sa cause initiale par le sujet qui en est atteint, c'est bien l'alcoolisme, lorsqu'il se présente à une période où l'intoxication est faite, mais où n'existent pas encore les lésions profondes qui pourront se développer dans les différents organes, en donnant au tableau clinique un aspect nouveau et saisissant. Soit préjugé, soit ignorance, le buveur d'habitude ne se rend presque jamais compte du danger permanent que constitue pour lui l'abus prolongé des boissons alcooliques, et tant que les symptômes généraux sont compatibles avec une existence quasi normale, il n'a cure de consulter le médecin. Cependant, dès cette époque de l'évolution morbide, le diagnostic est aisé, et il y aurait lieu d'intervenir avec quelque chance de succès. C'est alors qu'on se trouve en présence de ce qu'on pourrait appeler les petits signes de l'alcoolisme : face bouffie, apathique, souvent avec développement anormal des capillaires des joues, dyspepsie avec défaut d'appétit, soif exagérée, pituites matinales, tremblement des mains, soubresauts des tendons, incertitude de la marche, troubles de la sensibilité, diminution de la mémoire, irritabilité, parfois jalousie morbide, insomnie avec rêves professionnels, cauchemars effrayants mêlés d'hallucinations surtout visuelles, etc. Ce sont ces symptômes plus ou moins persistants, plus ou moins coexistants chez le même individu, suivant l'ancienneté et la variété de l'intoxication (œnilisme, alcoolisme, absinthisme) qui constituent le fond des descriptions

bien connues de Magnus Huss, Morel, Lancereaux, Lasègue, Magnan.

En présence de ces signes révélateurs de l'intoxication chronique, l'intervention médicale devra consister beaucoup moins à établir un traitement médicamenteux pour soulager le patient qu'à instituer un régime hygiénique s'adressant à la cause première et à la cause d'entretien et d'aggravation progressive des accidents. C'est-à-dire qu'on supprimera rapidement tout alcool, sous quelque forme que ce soit, en soumettant l'alcoolique au régime lacté, le lait constituant toujours un aliment et un agent thérapeutique merveilleux lorsqu'il s'agit de combattre les insuffisances gastro-hépatiques, cérébrales, cardio-vasculaires ou rénales. On provoquera presque à coup sûr, en agissant ainsi, une sédation rapide des troubles incriminés; mais, pour obtenir une amélioration durable, voire même la guérison, il est nécessaire que le buveur renonce, non plus seulement d'une manière temporaire, mais d'une manière définitive, à ses habitudes de boisson.

Or c'est là précisément ce qui constitue peut-être la partie la plus importante, mais aussi, il faut bien l'avouer, la pierre d'achoppement du traitement. On s'efforcera d'atteindre ce but, d'abord au moyen d'une psychothérapie très active, puis, en cas d'insuccès, on sera autorisé à pratiquer la cure des buveurs d'habitude selon la méthode américaine, anglaise, suisse ou allemande, c'est-à-dire en isolant et en traitant le malade dans un établissement spécialement consacré au traitement de l'alcoolisme (voir traitement des habitudes d'alcoolisme).

En France, à défaut de complications délirantes pouvant légitimer l'internement dans un asile, et surtout en l'absence d'établissement pour la cure des buveurs non délirants, on est réduit presque toujours à moraliser un malade bien souvent sceptique, sinon récalcitrant, avec un bien mince espoir de le convaincre. Aussi, à la suggestion à l'état de veille fera-t-on bien d'ajouter, le cas échéant, mais en la maniant avec discrétion, la suggestion hypnotique qui, chez les buveurs hypnotisables, a donné des résultats favorables à Forel, Seppili, Tuckey, Ladame, Buschnill, de Jong, Vlavianos.

Mais la psychothérapie de l'alcoolisme, quelle que soit la méthode adoptée, aura d'autant plus de chances de réussir qu'on aidera l'alcoolique à se passer de son stimulant habituel en relevant son état général et en combattant l'insomnie, au cas où elle persisterait en dépit du régime lacté. Pour relever l'état général, lutter contre le besoin intermittent de l'alcool, diminuer l'apathie et influer avantageusement sur l'état cénesthésique du sujet, une pratique recommandable, et qui paraît avoir donné de bons résultats entre les mains de

Luton, Dujardin-Beaumetz, Journet et Bonnaud, Legrain et Bauzan[1], Combemale, consiste dans l'emploi des injections hypodermiques de sulfate de strychnine. On peut employer cette médication, soit d'une manière transitoire ou intermittente, soit, ce qui est préférable à notre avis, d'une manière assez prolongée. Quelle que soit la ligne de conduite que l'on adopte, la première précaution à prendre c'est de s'assurer que l'alcoolique ne présente pas de lésions avancées du foie et des reins, et de tâter la susceptibilité à l'aide de doses d'abord minimes.

Lorsqu'on décide ensuite de poursuivre le traitement pendant longtemps, on se contente de pratiquer une injection de 1 milligramme de strychnine par jour; si des phénomènes de strychnisme apparaissent, tels que spasmes des muscles de la déglutition et de la respiration, hyperesthésie rétinienne, tressautements, etc., on espacera les intervalles des injections.

Si l'on estime, au contraire, qu'une médication plus active en un temps court est nécessaire, la technique n'est plus la même. En pareil cas, une bonne formule à employer est la suivante :

Sulfate de strychnine.....	0gr,12
Eau distillée.....	30 grammes.

Chaque seringue de Pravaz (de 1 centimètre cube) contient ainsi exactement 4 milligrammes de sulfate de strychnine, mais cette dose ne peut être administrée que progressivement. Le premier jour, on commence par injecter 1 milligramme, puis on augmente de 1 milligramme *pro die* jusqu'à la dose de 4 milligrammes. A partir de la dose maxima (4 milligrammes), le traitement se continue ainsi durant quinze jours, au bout desquels on diminue en progression décroissante la dose injectée. Ce mode d'administration du médicament, que l'on peut reprendre après quelques jours de repos, pour le cesser au bout d'une quinzaine et le reprendre à nouveau, s'il y a lieu, est en général bien supporté et les phénomènes de strychnisme ont rarement l'occasion de se manifester, si l'on se dispense, comme certains auteurs le conseillent, de recourir à des doses de 5 et 6 milligrammes de strychnine par jour.

On peut encore donner la strychnine sous forme d'arséniate de strychnine (quatre à six pilules d'un demi-milligramme *pro die*), ou user de la teinture de noix vomique (vingt gouttes par jour en deux fois); mais ces agents thérapeutiques donnent, en général, des

1. BAUZAN, Du traitement de l'alcoolisme et de la dipsomanie par les injections de sulfate de strychnine (Thèse de Paris, 1895).

résultats moins satisfaisants que les injections de sulfate de strychnine.

Dans certains cas, surtout quand l'intoxication se greffe sur des diathèses ou des troubles nerveux préexistants (arthritisme, névroses convulsives), on aura recours aux iodures pour combattre ou prévenir les processus de sclérose, au fer, aux bromures, aux préparations de kola ou de quinquina, mais en évitant soigneusement les formules sous forme de vin, de teinture ou d'extrait alcoolique.

Presque toujours, on obtient de bons effets de l'hydrothérapie froide, par suite de la stimulation qu'elle imprime aux fonctions digestives, assimilatrices et nerveuses et de la sensation de bien-être et de force qu'elle provoque. On emploie les douches froides en éventail sur tout le corps, à l'exception de la tête; la durée doit en être très courte. A défaut des douches, les frictions sèches sur tout le corps, les lotions froides, les immersions dans une piscine froide, les enveloppements dans le drap mouillé peuvent être utilisés. Kovalewsky a conseillé l'électricité, sous forme de bains et de douches faradiques. Le massage, la gymnastique compléteront ce traitement.

Grandes manifestations de l'intoxication chronique (déterminations viscérales).

Quand l'alcoolisme chronique se traduit uniquement par les signes qui précèdent, on comprend que ces symptômes discrets ne procurent que rarement au médecin l'occasion de traiter le buveur d'habitude; mais il en va tout autrement lorsque, sur ce terrain si bien préparé, se montrent les accidents bruyants aigus ou subaigus qui méritent l'épithète de grandes manifestations de l'alcoolisme. Qu'il présente une gastrite, une cirrhose hépatique, un accès délirant, une polynévrite, etc., l'alcoolique n'échappe plus alors à l'intervention médicale, et l'ensemble des malades se répartit soit dans les hôpitaux, où l'on constate leurs manifestations gastro-hépatiques, soit dans les asiles, où l'on voit leurs troubles cérébraux. Il est remarquable, en effet, que l'alcool agit avec une prédilection toute particulière sur le système digestif et sur le système nerveux, au point même qu'il est permis de distinguer un alcoolisme gastro-hépatique et un alcoolisme cérébro-spinal.

Le traitement des manifestations nerveuses sera seul exposé dans cet article, celui des autres accidents qui peuvent survenir étant décrit dans les autres chapitres correspondants de ce Manuel. (Voir *Traitement des cirrhoses, des gastrites chroniques*, etc.)

BIBLIOTHÈQUE

Les principales formes de l'alcoolisme cérébro-spinal que l'on peut avoir à traiter sont les suivantes :

1° Les délires alcooliques;
2° Les paralysies alcooliques;
3° Les névroses alcooliques;
4° Les démences alcooliques.

Délires alcooliques. — Le terme général de délire alcoolique sert à désigner en bloc, au risque, du reste, de confusions regrettables, des manifestations cérébrales bien différenciées au point de vue de leur pathogénie, de leurs symptômes, de leur pronostic et, par conséquent, aussi du traitement qu'elles réclament. C'est ainsi qu'on doit distinguer nettement du *delirium tremens*, véritable délire toxi-infectieux aigu qui commande une intervention thérapeutique immédiate et énergique, le délire alcoolique subaigu, ou *delirium tremens* sans fièvre de certains auteurs, qui est, en général, justiciable d'un traitement bien moins actif et prête à des considérations d'un tout autre ordre.

Délire alcoolique subaigu. — Il est susceptible de se présenter sous des aspects cliniques assez éloignés les uns des autres pour permettre de discerner deux variétés principales. C'est, d'une part, le délire subaigu proprement dit, celui que Lasègue a surtout visé dans sa remarquable description, et dont le pronostic est, en général, favorable, et, d'autre part, le délire de persécution et de jalousie des alcooliques chroniques, qui guérit beaucoup plus difficilement et nécessite la prise de mesures de sécurité bien différentes.

A. *Délire subaigu (rêve prolongé de Lasègue).* — L'accès de délire subaigu, ou rêve prolongé de Lasègue, qui est la forme la plus commune et la mieux connue du délire des alcooliques, se dissipe, en général, rapidement, une fois l'alcool supprimé, lorsque le malade est l'objet d'un traitement hygiénique convenable et qu'on le soumet à une médication pathogénique[1] dont le régime lacté et l'antisepsie intestinale sont les principaux éléments.

A moins d'indications spéciales, il n'y a pas lieu d'utiliser les agents modérateurs du système nerveux, et notamment les hypno-

1. M. Klippel a établi la pathogénie hépatique du délire alcoolique en montrant la valeur de l'auto-intoxication et les données qui en découlent au point de vue thérapeutique. Consulter à ce sujet les différents mémoires du même auteur : De l'insuffisance hépatique dans les maladies mentales; De la folie hépatique (*Arch. gén. de méd.*, 1er août 1892 et numéro suivant). — Du délire des alcooliques (*Mercredi méd.*, octobre 1893, et *Congrès annuel de médecine mentale*, 4e session, 6 août 1893). — De l'origine hépatique de certains délires des alcooliques (*Annales médico-psychologiques*, septembre-octobre 1894). — Art. *Délire* du *Manuel de médecine* de Debove et Achard. — Art. *Alcoolisme* du même Manuel. — Délire et auto-intoxication hépatique (*Rev. de psychiatrie*, n° 9, 1897).

tiques ou narcotiques (opium, chloral, uréthane, chloralamide, trional, sulfonal, paraldéhyde, etc.), comme on a trop souvent tendance à le faire dans la pratique, car si, dans les cas bénins, ces tentatives thérapeutiques sont trop souvent heureuses, selon la remarque de Trousseau, pour ne pas éveiller quelque méfiance, il en est d'autres où elles peuvent parfois devenir dangereuses.

a. *Où doit-on traiter le malade?* — Pour Lasègue, il faut se garder de confondre cet accident passager avec les folies durables, qui réclament des mesures décisives; M. Motet est également d'avis que, pour ramener le calme chez les sujets qui nous occupent, « il suffit de l'isolement et du repos, qu'il est possible de leur assurer autrement que par une séquestration administrativement constatée ». MM. Magnan et Sérieux se rallient en partie à cette opinion. D'une manière générale, étant donnée la durée généralement courte de l'affection, il vaut mieux se dispenser de placer le malade dans un établissement d'aliénés, sauf s'il ne peut recevoir chez lui les soins nécessaires.

b. *Comment doit-on le traiter?* — Quelle que soit la solution adoptée (maintien du sujet dans le milieu familial, placement à l'hôpital ou internement dans un asile), les règles générales qui doivent présider au traitement restent les mêmes et ne varient que dans une faible mesure avec les cas individuels. L'intervention doit être discrète; le véritable traitement consiste à placer le malade dans de bonnes conditions d'hygiène et de sécurité, en même temps qu'on s'attaque énergiquement aux agents responsables des désordres pathologiques, c'est-à-dire à l'alcool et à l'auto-intoxication hépatique et gastro-intestinale.

On satisfait pleinement à ces indications d'urgence en ayant recours d'ordinaire à l'ensemble des pratiques suivantes :

1° Maintenir le malade au lit pendant toute la durée de l'accès, et exercer auprès de lui une surveillance continue;
2° Supprimer l'alcool d'emblée et d'une manière absolue;
3° Instituer le régime lacté, pratiquer l'antisepsie intestinale et favoriser la diurèse pour désintoxiquer l'organisme.

Quelques explications complémentaires au sujet de ces différents points du traitement sont indispensables.

1° *Surveillance et séjour au lit.* — La première chose à faire, c'est de placer le malade au lit et de le soumettre à une surveillance continue, surtout au début de l'accès, afin de l'empêcher, le cas échéant, de commettre des actes regrettables, soit pour lui-même soit pour ceux qui l'entourent. Nous recommandons par-dessus tout de repos au lit, car l'état somatique de cet alcoolique chronique en proie au délire subaigu est toujours celui d'un vrai malade. Ce main-

BIBLIOTHÈQUE

[illegible] au lit supprime toute cause de fatigue, permet à la surveillance de s'exercer plus sûrement et plus facilement et surtout amène, en général, une sédation rapide du délire et de l'agitation. Ajoutons que le patient, pour peu qu'il ait conscience de son état pathologique, en se [illegible] ouvant au lit, comprend, dans une certaine mesure, qu'il est véritablement malade, et se laisse soigner plus volontiers.

Bien que récemment mise en honneur, cette méthode déjà ancienne a fait ses preuves en France et en Allemagne au point qu'il y a lieu avec MM. Magnan[1], Joffroy et leur élève Pochon[2] d'en préconiser l'emploi chez les alcooliques délirants à l'exclusion de l'isolement cellulaire qui ne semble devoir être pratiqué aujourd'hui qu'à titre très exceptionnel. Autrefois, dans les milieux où l'on a souvent l'occasion de les soigner et notamment à l'asile Sainte-Anne, ces malades étaient isolés souvent le jour, presque toujours la nuit dans une cellule. Là, constamment sous le coup de visions et de menaces terrifiantes, ils ne dormaient pas, se tenaient debout, frappaient les parois capitonnées de leur cellule, s'agitaient, criaient, appelaient au secours, s'épuisaient en efforts stériles contre des assassins imaginaires, etc.

Le traitement par le repos au lit a été pour ces malades une amélioration considérable grâce à la sédation rapide et durable qu'il procure. L'expérience journalière montre qu'avec l'aide d'un personnel de surveillance suffisamment nombreux et exercé non seulement tous peuvent séjourner au lit, mais même y être assez facilement maintenus, sans qu'il soit besoin de rester constamment auprès d'eux.

Un autre avantage considérable de cette méthode, c'est de permettre en général à l'alcoolique de goûter enfin pendant la nuit un peu de ce repos réparateur qu'il ne connaît plus depuis longtemps et dont il a le plus grand besoin. Si l'insomnie persiste quand même et tarde à disparaître, il est indiqué de la combattre par l'emploi discret des hypnotiques tels que le sulfonal, le trional, la paraldéhyde, car elle retarde toujours la guérison.

Dans les cas exceptionnels où l'agitation ne se laisse pas influencer favorablement par le seul séjour au lit, il est permis de recourir à l'emploi simultané du bromure de potassium et du chloral à la dose respective de 3 à 4 grammes; mais on obtiendra surtout de bons effets sédatifs en usant des bains tièdes prolongés avec application de compresse froide sur la tête ou des enveloppements dans le drap mouillé. Il est à peine besoin de rappeler à ce propos qu'on n'aura jamais le droit, sous prétexte de maintien au lit, d'immobiliser ou de fixer, à l'aide de la camisole de force ou d'autres moyens de contention, l'alcoolisé dont on redoute les violences soit pour lui-même, soit pour les autres. Il convient de faire table rase également du préjugé assez répandu d'après lequel, pour diminuer l'activité des troubles psycho-sensoriels, on doit mettre le patient à l'abri de la lumière, c'est-à-dire le préserver des excitations extérieures. En effet, le délire alcoolique, fait presque entièrement d'illusions et d'hallucinations, s'exagère dès que le sujet, isolé dans l'obscurité, ne perçoit plus de sensations extérieures; au lieu que les perceptions illusoires s'amendent par l'apparition dans les centres sensoriels d'images extérieures nettement dessinées. Celles-ci en rapport avec la réalité des faits, plus fixes, plus vivaces, se substituent aux images maladives toujours mobiles et ne tardent pas à changer le cours des idées délirantes[1].

1. MAGNAN, Du traitement des formes aiguës et subaiguës de l'alcoolisme par le repos au lit (*Congrès des médecins aliénistes et neurologistes*, X^e session, tenu à Marseille, avril 1899).

2. POCHON, Étude sur le traitement des aliénés agités, par le repos au lit (Thèse de Paris, 1899).

C'est ce qui ressort clairement des observations journalières de MM. Magnan, Joffroy, et c'est ce que nous avons pu constater nous-même; on note toujours une amélioration considérable et souvent durable des illusions, des hallucinations et du délire chez les alcooliques agités que l'on évite de placer dans l'obscurité même pendant la nuit. Il y a là une donnée intéressante dont on ne saurait trop tenir compte.

2° *Suppression de l'alcool.* — On s'accorde universellement, aujourd'hui, à considérer comme nécessaire la suppression de l'alcool chez l'alcoolique en proie au délire subaigu. Le malade doit être rigoureusement sevré, dès le début du traitement, de toute boisson alcoolique fermentée ou distillée, que l'on remplacera par des boissons hygiéniques dont les plus usitées, en pareil cas, sont la limonade, l'orangeade et surtout des macérations ou des infusions très légères de gentiane, de colombo, de houblon. Cette privation brusque et complète du stimulant habituel peut parfois, dans une faible mesure, rendre le tremblement alcoolique plus manifeste et le délire un peu plus actif; mais elle offre ce grand avantage d'abréger singulièrement la durée de l'accès et ne saurait ici présenter d'inconvénient sérieux, puisqu'il s'agit d'un délire apyrétique et sans gravité immédiate où le collapsus n'est pas à redouter.

3° *Désintoxiquer le malade.* — Mais si la suppression de l'alcool est aussi indiquée, c'est que précisément ce poison favorise puissamment, chez l'alcoolique chronique, le jeu des auto-intoxications qui

1. MAGNAN, *loc. cit.*

BIBLIOTHÈQUE