pseudo-paralysie générale névritique[1] de Klippel. Il existe alors des symptômes atténués de polynévrite et surtout des signes d'une démence progressive qui passe au premier plan et remplace les troubles psycho-sensoriels des polynévrites aiguës généralisées.

Le traitement est alors beaucoup moins celui des névrites périphériques atténuées que celui de la démence elle-même (voir *Démences alcooliques*).

Lorsqu'au contraire il s'agit d'une paraplégie alcoolique dont la marche lente et progressive n'a pu être enrayée, on n'a guère à se préoccuper que des déterminations périphériques, surtout, et le cas n'est pas très rare, quand on se trouve en présence d'atrophies musculaires compliquées de rétractions tendineuses qui occasionnent des difformités et apportent une gêne considérable aux fonctions du membre atteint. Il est alors nécessaire d'intervenir chirurgicalement, soit en pratiquant la ténotomie, soit, si l'on ne veut pas recourir à ce procédé, qui est ici la méthode de choix, en redressant les membres paralysés sous le chloroforme et en les plaçant dans des appareils plâtrés.

Névroses alcooliques (*épilepsie alcoolique*). — L'alcoolisme chronique et, pour préciser davantage, l'absinthisme, provoque, dans un certain nombre de cas, l'apparition soit du syndrome clinique de l'épilepsie (Magnan), soit de troubles de la sensibilité qui retracent le tableau de l'hystérie (Lancereaux), une des variétés des hystéries toxiques devenant alors la variété alcoolique. Mais, quelle que soit la manifestation dont il s'agit (épilepsie ou hystérie), les indications thérapeutiques restent sensiblement les mêmes; aussi nous bornerons-nous à exposer brièvement le traitement de la forme la plus communément observée, qui est l'épilepsie alcoolique[2].

Cette névrose toxique rappelle cliniquement le tableau de l'épilepsie essentielle, mais l'histoire de son apparition est bien différente. C'est d'abord la notion étiologique qui n'est pas la même; car c'est l'abus prolongé de l'alcool et surtout des liqueurs à essence qu'il faut incriminer ici, non pas fatalement, mais dans l'énorme majorité des cas. D'autre part, l'épilepsie alcoolique ne débute pas dans l'enfance ou la puberté, mais à l'âge adulte; elle est invariablement précédée

1. Klippel, Des pseudo-paralysies générales névritiques (*Gaz. hebdomad.*, 4 février 1893), et art. *Alcoolisme* du *Manuel de médecine* de MM. Debove et Achard.

2. Nous ne nous occuperons pas, dans ce paragraphe, des attaques épileptiformes symptomatiques de lésions cérébrales localisées ou diffuses, survenues chez des sujets alcooliques ; car, outre que ces phénomènes convulsifs ne sont plus alors imputables à l'intoxication elle-même, leur traitement reste avant tout subordonné à celui de leur cause productrice : paralysie générale, lésions cérébrales en foyer, démence organique, etc.

par des signes d'alcoolisme chronique, et jamais ne les précède; elle suit souvent un accès alcoolique aigu (ivresse), non immédiatement, mais d'ordinaire à deux ou trois jours d'intervalle (Klippel); jamais l'épilepsie n'apparaît quand depuis longtemps les malades ont cessé de prendre de l'alcool. Enfin, dernier caractère, qui à lui seul suffirait à établir une distinction fondamentale avec l'épilepsie vulgaire, elle est curable et guérit facilement et uniquement par le traitement de l'alcoolisme[1].

Les considérations précédentes dictent au médecin la conduite à tenir en présence d'un cas d'épilepsie alcoolique. Étant donnée l'origine toxi-infectieuse de la névrose, il s'agit de combattre les poisons exogènes et endogènes qui doivent être incriminés, c'est-à-dire les alcools et les liqueurs à essence d'une part, et, d'autre part, les auto-intoxications hépatique et gastro-intestinale, que l'on retrouve, ici comme dans beaucoup d'autres formes d'épilepsie du reste, à l'origine des phénomènes convulsifs. Par conséquent, le malade sera sevré de toute boisson alcoolique, en même temps qu'on s'appliquera à le désintoxiquer. On remplira cette dernière indication en suivant les règles prescrites au sujet du délire alcoolique subaigu, cette grande manifestation auto-toxique de l'alcoolisme chronique dont l'accès d'épilepsie alcoolique n'est, en somme, que l'équivalent moteur. De là l'emploi des purgatifs salins et du calomel pour combattre la constipation et remédier à l'état saburral des voies digestives, de concert avec les antiseptiques intestinaux (salol, salicylate de bismuth, etc.); de là surtout la nécessité de prescrire à ce convulsivant un régime alimentaire composé presque exclusivement d'abord de lait et d'œufs, et ne comprenant ensuite que des aliments d'une digestion facile, et non susceptibles de contenir ou de développer des matières toxiques. De là enfin l'utilité de faciliter le jeu des émonctoires naturels et, notamment, d'aider l'élimination rénale dans son fonctionnement par une hygiène sévère des fonctions cutanées. Dans ce dernier ordre d'idées, on aura recours volontiers aux bains tièdes prolongés, mais avec surveillance attentive, afin d'éviter tout accident en cas de crise convulsive dans le même moment.

Dans tous les cas dont le diagnostic est légitime, on se gardera soigneusement de recourir à la médication bromurée et, en général, à tous les agents de la matière médicale en usage courant dans le traitement de l'épilepsie essentielle.

1. Le tableau clinique de l'épilepsie alcoolique que nous indiquons ici est forcément un peu schématique : nous devons ajouter qu'elle demande, pour naître, un terrain prédisposé, une *aptitude convulsive;* consulter à ce sujet : Joffroy, *De l'épilepsie et des convulsions dans l'expérimentation animale* (Société de neurologie, séance du 1er février 1900), et la leçon du même auteur déjà citée, sur l'*Aptitude convulsive*.

BIBLIOTHÈQUE

Le traitement symptomatique consiste, en cas de nouveaux accès convulsifs, à prendre les précautions d'usage pour que l'attaque se passe sans accident. Lorsque, par hasard, l'épilepsie alcoolique éclate au milieu du délire alcoolique subaigu ou du *delirium tremens* fébrile, le traitement s'adresse plutôt au délire qu'à l'épilepsie elle-même, puisque en général la disparition de l'une suivra la disparition de l'autre.

La prophylaxie de la récidive acquiert ici une réelle valeur; car, si le malade se soumet à une hygiène sévère, il peut rester indéfiniment sans nouvelles attaques épileptiques. C'est ce qu'on s'efforcera de lui faire comprendre à l'aide du traitement moral; on exigera qu'il renonce désormais à ses habitudes de boisson et devienne un abstinent total, comme il convient à tout sujet convulsivant ou apte à le devenir. Une existence hygiénique au grand air, une alimentation bien réglée, l'hydrothérapie compléteront la cure.

Démences alcooliques. — Il est fréquent de voir le buveur d'habitude aboutir en dernier terme, soit à la paralysie générale, soit à la démence, soit à un état définitif et stationnaire « avec mauvaises tendances morales et abrutissement ». Quelles que soient alors les lésions encéphaliques incriminées, ce qui permet, jusqu'à un certain point, de grouper ensemble ces divers complexus symptomatiques, c'est qu'ils sont caractérisés principalement par l'abaissement considérable des facultés intellectuelles, morales et affectives, dont le symptôme démence est l'expression habituelle. C'est ainsi que le médecin se trouve avoir devant lui des alcoolisés qui, la plupart du temps, sont à la fois des êtres irresponsables et incurables. Quand survient cette déchéance cérébrale qui livre le malade sans défense aux caprices de ses appétits instinctifs et peut, à l'occasion, le rendre dangereux par son inconscience même, il est nécessaire de recourir au placement dans un établissement spécial (hospice ou asile), à moins, si on le laisse vivre au dehors, de pouvoir exercer auprès de lui une surveillance de tous les instants. Mais quoi qu'on décide à ce point de vue, la première chose à faire ici, c'est d'empêcher de nouveaux excès, car l'alcool exerce toujours sur de tels sujets, préalablement frappés de sénilité, l'action la plus fâcheuse, et peut parfois provoquer, même à faible dose, de redoutables complications. On doit donc imposer tout de suite et définitivement l'abstinence totale de toute boisson contenant de l'alcool, et donner uniquement des breuvages hygiéniques et, en particulier, du lait.

Il n'est pas moins urgent de surveiller le régime alimentaire dans le but de régler l'appétit de malades souvent enclins à une véritable gloutonnerie, de supprimer les aliments d'une digestion pénible ou faiblement reconstituants, d'éviter la constipation ou la diarrhée, et

de retarder autant que possible l'apparition du gâtisme. L'alimentation sera encore surveillée à un autre point de vue : à une période avancée de la démence, il se produit souvent une paralysie des muscles de la déglutition et, si l'on n'a pas soin de couper au malade en petits morceaux sa viande et son pain et de l'aider à se nourrir, il risque fort de s'asphyxier.

Comme moyen adjuvant, dans la mesure où le permettra l'abaissement de l'intelligence, on procurera au malade une occupation facile, exigeant, autant que possible, un peu de mouvement au grand air, mais en se rappelant que ce grand débilité est extrêmement sensible à l'action du froid ou de la chaleur. Enfin il importe également de ne pas oublier que le moindre malaise, en particulier le défaut d'appétit, doit éveiller l'attention du médecin; car, chez les déments, les complications viscérales les plus graves ne donnent lieu d'ordinaire qu'à une bien faible réaction générale de l'économie et risquent ainsi de passer inaperçues. D'où l'indication de les examiner fréquemment et d'une manière systématique, au point de vue des fonctions de leurs organes thoraciques et abdominaux.

En somme, dans la démence alcoolique, les soins hygiéniques prendront la plus grande part d'un traitement qui se propose avant tout d'éviter les complications et l'aggravation des accidents ; c'est, en effet, à titre très exceptionnel qu'on observe une rémission sérieuse, et encore cette rétrocession ne va-t-elle jamais jusqu'à la restitution *ad integrum* des tissus, jusqu'à la guérison complète; aussi est-il très rare que, dans ces conditions, le malade puisse reprendre ses occupations normales. L'incurabilité étant ici presque certaine, il est inutile, à part des indications exceptionnelles, de pratiquer des essais thérapeutiques, voués d'avance à l'insuccès.

Cependant, M. Mairet conseille, dans les paralysies générales alcooliques, l'emploi de l'iodure de potassium, en portant progressivement la dose jusqu'à 3 et 4 grammes par vingt-quatre heures; il aurait obtenu ainsi « les résultats les plus heureux, c'est-à-dire la rétrocession à peu près complète du travail anatomique ». Quoi qu'il en soit, on doit se borner à une thérapeutique des plus discrètes dont le quinquina, sous forme de décoction ou d'extrait, les phosphates, biphosphates de chaux ou mieux les glycéro-phosphates, seront les principaux éléments.

Les autres indications du traitement sont seulement symptomatiques.

Contre les poussées inflammatoires ou congestives, si souvent suivies d'attaques épileptiformes ou apoplectiformes, on emploiera les révulsifs sur le tube digestif (drastiques), sur la peau (cataplasmes, sinapismes) et les émissions sanguines, sous forme d'ap-

BIBLIOTECA

plication de sangsues. L'agitation et l'insomnie seront combattues par le séjour au lit et l'emploi discret des hypnotiques. Il faudra donner des agents qui n'altèrent pas la cellule nerveuse : le sulfonal, l'uréthane, l'opium.

Si le malade est grabataire et s'il existe des troubles des sphincters, on sera tenu de prendre des soins minutieux de propreté et, en cas de rétention d'urine, de pratiquer tout de suite le cathétérisme aseptique. Enfin, quand les escarres se montreront, on s'efforcera de les faire disparaître et d'empêcher les infections secondaires qu'elles déterminent si souvent, en les pansant à l'aide de désinfectants locaux, et notamment de la poudre de quinquina, mélangée à la poudre de charbon, ou mieux encore du mélange connu sous le nom de poudre de Lucas-Championnière.

B. — Traitement des habitudes d'alcoolisme [1].

Une fois disparues ou améliorées les manifestations révélatrices de l'alcoolisme chronique, le rôle du médecin est loin d'être terminé; car il est nécessaire, pour compléter l'œuvre commencée et prévenir les rechutes, de juguler les habitudes d'alcoolisme, non plus seulement à titre temporaire, mais à titre définitif. Malheureusement, nombreux sont encore aujourd'hui, même parmi les médecins, ceux qui, esclaves d'un scepticisme coupable, considèrent comme une utopie le fait d'entreprendre la cure « des buveurs d'habitude » (habitual drunkards). Ne sait-on pas, dit-on, que « qui a bu boira » et n'est-on pas fixé depuis longtemps sur la valeur des « serments d'ivrogne »?

Sans doute nous voyons chaque jour dans les hôpitaux, dans les asiles et ailleurs, les rechutes fatales, semble-t-il, des alcooliques. Que prouvent ces faits? Si les buveurs ne guérissent pas, c'est qu'ils ne sont pas traités. Pourquoi nier la possibilité de les guérir ou de les améliorer, alors qu'on n'a rien entrepris dans ce sens? En réalité, en dépit des préjugés et des proverbes, on peut guérir l'ivrognerie, et le traitement des buveurs d'habitude donne des résultats au moins aussi satisfaisants que celui de n'importe quelle forme d'affection névropathique. Toutes les statistiques des établissements étrangers

1. Dans le traitement des habitudes d'alcoolisme, on doit faire rentrer celui des impulsions dipsomaniaques de certains dégénérés héréditaires qui prête à des considérations analogues. « La dipsomanie vraie est caractérisée par une impulsion irrésistible à boire des liqueurs spiritueuses, et procède par accès paroxystiques intermittents dans l'intervalle desquels le sujet reste sobre » (Magnan). Quand les accès se répètent fréquemment, les périodes d'abstinence alcoolique diminuent de durée d'abord, disparaissent ensuite, et à la longue l'intoxication chronique peut parfois se constituer. Ces cas sont du reste exceptionnels.

pour le traitement des buveurs, d'accord sur leur curabilité, ne diffèrent, d'après MM. Magnan et Sérieux, que sur le pourcentage des guérisons, dont la proportion varie entre 35 et 45 pour 100. Et il est à noter que ces statistiques (statistiques d'Ellikon, de Siloah, de Leipe, de Lintorf, etc.) sont faites de la façon la plus consciencieuse ; on ne se borne pas, à la sortie du malade, à l'inscrire comme guéri ou amélioré; on le suit, au contraire, pendant de longues années, de manière à exercer sur lui la même influence morale favorable, à éviter la récidive et à savoir si la guérison s'est maintenue.

A quel traitement faut-il donc soumettre le buveur pour le guérir de ses funestes habitudes d'alcoolisme? On reconnaît universellement aujourd'hui que le seul traitement convenable consiste dans l'abstinence totale de toutes les boissons contenant de l'alcool, même en très faible proportion; la suppression doit être complète et immédiate; il est d'ailleurs démontré qu'elle est sans inconvénient sérieux dans l'immense majorité des cas.

On a longtemps cru pouvoir guérir le buveur et prévenir les rechutes par la modération dans l'usage des boissons alcooliques. C'était une conception fausse. Comment recommander la « modération » à un malade dont l'affection mentale est précisément caractérisée par l'incapacité de se modérer?

Tous les efforts des médecins doivent donc porter sur l'obtention de cette abstinence complète; c'est la clef de voûte du traitement des buveurs; sans elle, tout s'écroule, et l'on n'a fait que préparer des récidivistes. S'il importe d'obliger l'alcoolique à s'abstenir, il importe encore de le convaincre qu'il peut se priver complètement de son redoutable excitant. Il faut lui démontrer qu'il se trompe lorsqu'il en croit (de bonne foi souvent) l'usage nécessaire, comme si le fonctionnement de l'organisme humain exigeait une ration quotidienne de poison (Sérieux).

En résumé, il n'y a pas, et c'est le principe qui doit diriger le traitement et la règle de vie du buveur, il n'y a pas de « juste milieu ». Il lui est plus facile de s'abstenir que de se modérer; il doit choisir entre l'abstinence complète et l'esclavage de l'alcoolisme.

Mais, dans l'immense majorité des cas, ce serait courir, à coup sûr, au-devant d'un échec que d'instituer ce traitement en faisant appel à la seule bonne volonté du malade, sans le soustraire à son entourage habituel, sans l'isoler de ces milieux sociaux où l'alcoolisme est presque la règle. C'est qu'en effet le buveur est un intoxiqué comme le morphinomane, et, comme lui, il a besoin, pour se déshabituer du poison, d'être soumis à une discipline sévère et à une surveillance médicale.

BIBLIOTHÈQUE