

rétiques et antitoxiques sont bien connues; de l'autre, par l'administration de la *pilocarpine*, dont les propriétés sialagogues paraissent bien établies aussi, et qui sera d'une utilité incontestable dans les cas où le poison visé est susceptible d'être éliminé par les glandes salivaires ou sudoripares.

Dans les cas très graves, ceux dans lesquels l'élimination des substances toxiques est lente ou incomplète, on pourrait peut-être tenter les *injections intra-veineuses d'eau chlorurée*, recommandées par Dastre et Loye, comme exerçant le lavage du sang et sollicitant au maximum l'élimination des substances toxiques à travers le rein.

La *fièvre*, dans certaines conditions, peut devenir un symptôme non négligeable (certains cas de botulisme par exemple); l'administration des préparations de *quinine* ou d'*anti-pyrine* trouvera alors son indication.

## VI

## Prophylaxie.

Nous avons dû négliger dans ce chapitre l'indication des *mesures prophylactiques* destinées à prévenir les empoisonnements d'origine alimentaire. Elles ont pourtant une importance capitale, telles : l'inspection minutieuse des marchés et des abattoirs, la suppression des tueries particulières, la cuisson prolongée des aliments douteux, la filtration et l'ébullition des boissons suspectes; l'examen attentif des boîtes de conserves, le rejet de celles qui sont bombées, ou dont la gelée est liquéfiée et qui répandent une odeur révélatrice, la nécessité de ne pas les exposer longtemps à l'air une fois ouvertes, ou de les consommer d'une façon hâtive, etc. Il y aurait, à ce sujet, matière à de longs développements; mais ce côté de la question relevant surtout de l'hygiéniste, nous ne saurions longuement nous y étendre, bien que ces mesures réalisent en somme le moyen de choix à opposer aux inconvénients d'une alimentation par des substances ou des denrées avariées.

## CHAPITRE III

## TRAITEMENT DE L'INTOXICATION PAR L'ALCOOL

PAR

V. MAGNAN

ET

P. SÉRIEUX

De l'Académie de médecine.

Médecin des Asiles d'aliénés de la Seine.

Les formes variées de l'intoxication par l'alcool nécessitent un traitement approprié à chacune d'elles. Nous examinerons successivement les traitements divers que réclament l'*ivresse*, le *délire alcoolique simple*, le *delirium tremens fébrile*, la *dipsomanie*, l'*alcoolisme chronique* et enfin les *habitudes d'intempérance*. Nous terminerons par des considérations sur la *prophylaxie* de l'alcoolisme.

A

DE L'IVRESSE

I

## Considérations générales.

Lorsqu'un individu habituellement sobre boit avec excès, il s'enivre. Les premiers symptômes de l'ivresse sont une légère excitation, un sentiment de plénitude, de bien-être, dans lequel les préoccupations s'effacent, la parole et les gestes s'animent, les idées surgissent plus rapides, les sentiments s'épanchent avec plus de vivacité.



Peu à peu cette excitation augmente, les idées se pressent moins nettes, la raison s'obscurcit et l'homme ivre peut se présenter alors sous les aspects les plus divers : il se montre gai, triste, tendre, sans que l'on ait pu jusqu'ici indiquer la part exacte qui revient dans ces différents modes de manifestations, soit au caractère habituel de l'individu, soit à sa race, soit aux conditions physiologiques dans lesquelles il se trouve au moment de l'ivresse, soit aussi à la nature, à la qualité et au mode d'ingestion des boissons spiritueuses.

A cette période d'exaltation peut succéder une véritable perturbation intellectuelle; les idées deviennent confuses et font naître l'incohérence. L'ouïe, la vue offrent, avec de l'obtusité, des illusions nombreuses; l'odorat, le goût sont pervertis et la sensibilité générale émoussée atteint quelquefois un degré d'anesthésie que ne peuvent vaincre les mutilations les plus graves. La parole est pâteuse, le regard sans expression, la démarche titubante. Puis les sphincters se relâchent, les fonctions languissent, la température s'abaisse, et l'individu *ivre-mort* tombe dans un sommeil comateux, privé de tout sentiment, de tout mouvement, réduit en quelque sorte à la vie végétative.

## II

## Traitement.

Dans l'ivresse simple, une intervention médicale est le plus souvent inutile.

Dans les formes plus sérieuses, la première indication à remplir, c'est, comme dans toute intoxication aiguë, de provoquer le *vomissement*, si l'on suppose que l'estomac contient encore des liquides spiritueux et s'il n'y a pas de contre-indication tenant à l'état du cœur ou des vaisseaux. On emploiera l'*émétique*, ou mieux la poudre d'*ipéca* (1<sup>er</sup>, 50 en trois prises, à cinq minutes d'intervalle); son action sera favorisée par l'ingestion d'eau tiède.

Quand il faut agir avec rapidité, le vomissement sera provoqué par la *titillation du voile du palais* ou par une *injection d'apomorphine*; on pourrait aussi avoir recours à la *pompe stomacale* ou à la *sonde œsophagienne*.

On conseillera ensuite le repos horizontal, sur un lit ou sur un matelas, dans une chambre bien aérée: la tête sera légèrement élevée, le corps suffisamment couvert pour éviter l'action du froid extérieur qui, s'ajoutant au refroidissement dû à l'ivresse, est souvent cause de complications (congestions, broncho-pneumonie). On a vu des sujets, enfermés dans des locaux disciplinaires non chauffés, succomber en l'absence de ces précautions.

Dans les cas d'affaïssement, de torpeur générale, on aura recours à de fortes infusions de *thé* ou de *café* (un demi-litre), aux *frictions* stimulantes, aux *lotions* vinaigrées, aux *affusions* froides, à l'application de *sinapismes* ou de *vésicatoires*. Comme médicaments, on a recommandé l'*ammoniaque liquide*, l'*éther* (X à XL gouttes dans un verre d'eau ou en lavement), l'*eau vinaigrée*, l'*acétate d'ammoniaque* (5 à 10 grammes en potion ou en lavement).

Si l'on se trouve en présence des formes les plus graves de l'intoxication alcoolique aiguë, avec tendance au collapsus, hypothermie, congestion des poumons, du cerveau (sujets *ivres-morts*), on appliquera des *ventouses* sèches en grand nombre sur le thorax, trois ou quatre *sangsues* aux apophyses mastoïdes ou à l'anus, de la *glace* sur la tête. On *réchauffera* le malade à l'aide de boules d'eau chaude ou de vastes cataplasmes de farine de lin, saupoudrés de moutarde, enveloppant les membres inférieurs. On fera des *injections hypodermiques d'éther*, qu'on renouvellera au besoin toutes les demi-heures. Le cas échéant, on pratiquerait les *tractions rythmiques* de la langue, d'après le procédé de Laborde.



## B

## DU DÉLIRE ALCOOLIQUE SIMPLE

## I

## Considérations générales.

Lorsque l'intoxication par les boissons alcooliques, au lieu d'être un épisode accidentel, devient une habitude, le tableau symptomatique n'est plus celui de l'ivresse. Le sujet change de caractère, se montre irritable, inquiet; il n'a plus de sommeil, il devient le jouet d'illusions et d'hallucinations, qui se montrent d'abord la nuit. Lorsque, après des excès répétés, il dépasse la limite de saturation ou qu'il est soumis à quelque autre cause d'excitation, il est pris d'un accès délirant que l'un de nous a désigné du nom de *délire alcoolique* simple, en comprenant sous ce nom les formes subaiguës de l'alcoolisme ou les cas de *delirium tremens* sans fièvre.

Les phénomènes intellectuels de ce délire toxique consistent surtout en troubles hallucinatoires, presque toujours de nature pénible. Un autre caractère important de ces hallucinations, c'est leur mobilité. Hommes, choses ou animaux, tout ce qui fait l'objet des hallucinations se meut et se déplace: de là aussi la mobilité, la rapidité des idées et des actes de l'alcoolique qui, tantôt effrayé, anxieux, tantôt agressif, intervient toujours de la manière la plus active.

Souvent ces hallucinations reflètent l'objet, soit des occupations journalières (hallucinations professionnelles), soit des préoccupations dominantes du moment: un gaveur de pigeons, par exemple, croit tenir un pigeon entre les doigts et s'évertue à lui faire avaler le grain; les assassinats retentissants, les grandes catastrophes, etc., fournissent encore une ample matière aux troubles sensoriels du délire alcoolique.

Les hallucinations les plus fréquemment observées sont celles de la vue et de l'ouïe.

Au début, la vue s'obscurcit, les objets semblent entourés d'un nuage: puis surviennent des étincelles, des couleurs variées, des ombres, des objets tremblotants, des figures grimaçantes qui grossissent, diminuent, se rapprochent, s'éloignent, des animaux (rats, serpents, etc.), puis des incendies, des émeutes, des batailles.

Pour l'ouïe, ce sont d'abord des bourdonnements, des tintements d'oreilles, des sons variés, des chants confus, des bruits de cloche, puis des cris, des voix tumultueuses, des glas funèbres, des injures, des menaces, des accusations, des gémissements.

L'alcoolisé n'échappe ni aux odeurs, ni aux saveurs désagréables, ni aux troubles de la sensibilité générale. Il sent quelquefois des odeurs de soufre, de rat, de matières putréfiées; d'autres fois, ses aliments ont un goût de terre, de chair gâtée; ils renferment de l'arsenic, du vitriol. Certains patients sentent des animaux ramper entre chair et peau, ils sont entourés de fils de fer qui les enlacent, ils sont rongés par des vers qu'ils s'efforcent, avec la plus vive anxiété, de détacher et de jeter à terre.

Les hallucinations, suivant leur intensité, leur nature, donnent lieu à des réactions différentes, capables de changer complètement la physionomie du malade. De là les formes maniaque, mélancolique, stupide, les états de confusion hallucinatoire. Tantôt le patient croit entendre des injures, des provocations; il voit des voleurs, des gens armés, des animaux; il entend la voix de ses parents, de ses amis qui l'appellent, qui l'avertissent d'un danger, qui invoquent son secours; il voit sa femme entourée d'individus subir sous ses yeux le plus sanglant des outrages. Aiguillonné par ces excitations, le malade répond, injurie, se querelle, court, s'élance, devient furieux: tout autant d'actes qui provoquent chez lui une manifestation bruyante, un état maniaque. Dans d'autres circonstances, l'alcoolique se voit en prison, devant un tribunal: il est accusé de différents crimes; il s'imagine les avoir commis; il se croit trompé par tous les siens; il assiste à



l'enterrement de ses parents. Sombre, inquiet, défiant, il se plaint, il est effrayé, il cherche à fuir, quelquefois même il conçoit des idées de suicide ou d'homicide; il se présente, en un mot, sous l'aspect d'un mélancolique. A un degré plus élevé, le patient croit devoir subir un affreux supplice; il a devant lui les cadavres ensanglantés de ses enfants; tout est en feu; il va être englouti, etc. Atterré, épouvanté par ces images, il reste immobile dans un état complet de stupeur, se laisse déplacer, ne fait aucun mouvement pour se débarrasser de la salive qui remplit sa bouche et coule sur sa lèvre; il urine sous lui.

## II

## Traitement.

## A. — TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX

Le délire alcoolique simple, ou *delirium tremens* sans fièvre et sans complications, tend spontanément à la guérison, une fois le poison supprimé. Il n'y a donc point lieu d'intervenir d'une façon active et surtout d'utiliser les agents tirés de la matière médicale, en soumettant tous les malades systématiquement au traitement par l'opium, le chloral, etc. En règle générale, dans l'intoxication alcoolique, on s'abstiendra, sauf dans certains cas sur lesquels nous reviendrons, de l'usage des narcotiques : inutiles dans les cas bénins, ils peuvent parfois être dangereux.

On se bornera à faciliter l'élimination de l'alcool par l'usage des boissons *diurétiques* données en abondance; plus tard, on les remplacera par des macérations ou des infusions très légères de quassia-amara, de gentiane, de colombo, de houblon, prises dans la journée et aux repas. Ces *tisanes amères* facilitent la digestion, souvent paresseuse, par suite de la gastrite d'origine alcoolique. Le *lait* devra, pour les mêmes raisons, faire partie du régime alimentaire. Le malade

sera *rigoureusement sevré* de toute boisson alcoolique distillée ou fermentée; il devra garder le lit, si l'état général est mauvais, et, dans les cas de trop vive agitation, il sera placé dans une chambre ou une cellule matelassée. Nous aurons l'occasion d'indiquer plus loin les précautions à prendre chez les malades à activité délirante exceptionnelle.

La prédominance de certains symptômes fournira quelques indications spéciales. On combattra l'état saburral des voies digestives, si fréquent chez les alcoolisés, par des *purgatifs salins*, plus rarement par des *éméto-cathartiques*. Dans quelques cas, les *lavements* seront nécessaires pour remédier à la constipation opiniâtre de certains malades.

Une agitation persistante, l'insomnie seront justiciables de *bains tièdes* prolongés, avec irrigation ou application de compresses d'eau froide sur la tête, d'enveloppements dans le drap mouillé.

Si ces moyens sont insuffisants pour obtenir le sommeil, on aura recours à l'usage du *bromure de potassium* et du *chloral*; mais, l'action du bromure étant plus lente à se produire, on aura soin de faire prendre ce médicament vers sept heures du soir, au moment du dîner, à la dose de 3 grammes, et le chloral deux heures après, à la dose de 2 à 3 grammes.

Nous n'insisterons pas sur les nombreux médicaments successivement préconisés — *opium, digitale, haschich, paralaldéhyde, uréthane, chloralamide, sulfate de strychnine, etc.*, — dont quelques-uns ont même été considérés comme des spécifiques; le succès de ces diverses médications s'explique par l'évolution même de l'accès de délire alcoolique non fébrile, dont la guérison dépend, avant tout, du repos et de la suppression des abus de boissons.

## B. — SÉQUESTRATION

Faut-il séquestrer tous les malades atteints de délire alcoolique? En ce qui concerne les alcoolisés à convalescence bénigne, rapide et complète, chez lesquels le délire disparaît



au bout de trois ou quatre jours, on peut se demander s'il est indispensable de les faire passer par un asile. Pour Lasègue, l'alcoolisme subaigu, n'étant qu'un accident passager, ne doit pas être confondu avec les folies durables qui réclament des mesures décisives. Motet est également d'avis que, pour obtenir la guérison des sujets que nous envisageons, « il suffit de l'isolement et du repos, qu'il est possible de leur assurer autrement que par une séquestration administrativement constatée ».

Certes, il vaut mieux traiter ailleurs que dans un asile d'aliénés un alcoolique dont le délire est de moins d'une semaine; mais cela n'est guère réalisable que chez des sujets appartenant aux classes riches, plus faciles à entourer d'une surveillance efficace. D'ailleurs, la disparition des hallucinations et du délire n'est pas le retour complet à la santé; le plus souvent ces malades conservent, encore quelques jours, un état de malaise cérébral, un sommeil agité par des rêves et des cauchemars, des troubles gastriques qui les poussent à de nouveaux excès et à une prompte rechute. Enfin l'œuvre du médecin est-elle terminée lorsque a disparu l'accès délirant toxique? Loin de là. Il lui reste à traiter, après les symptômes plus ou moins accusés de l'intoxication aiguë ou subaiguë, la maladie elle-même, les habitudes d'intempérance.

En réalité, dans l'état actuel des choses, ne possédant pas encore d'hôpitaux spéciaux pour conserver le temps nécessaire à leur guérison complète cette catégorie d'alcoolisés, il est préférable, à notre avis, de les faire entrer dans les asiles d'aliénés. Là, grâce à une observation continue, les surprises sont d'ailleurs moins faciles; et le malade, soumis à une période plus ou moins longue d'abstinence des boissons alcooliques, est rendu à la liberté quand il se trouve réellement en état d'en jouir sans en abuser.

Pour ce qui est des alcoolisés à convalescence lente et à rechutes faciles, la nécessité s'impose d'une prolongation de leur séjour à l'asile, afin d'assurer leur guérison. Ces malades marchant en effet vers l'alcoolisme chronique, avec de nou-

velles rechutes, des désordres matériels irrémédiables se produiront dans l'organisme. Il faut donc, par une séquestration plus prolongée, les mettre dans les conditions les plus favorables au maintien de la santé et à la résistance aux incitations extérieures ainsi qu'à l'appétit maladif qui les poussent à faire de nouveaux abus. Quant aux alcoolisés prédisposés, à rechutes fréquentes, et dont les accès de délire toxique sont suivis d'idées délirantes longtemps persistantes, on ne peut que gagner à prolonger leur séquestration et à ne les laisser sortir qu'après la disparition complète de tout délire depuis plusieurs mois.

Pour tous ces intoxiqués, après la sortie de la maison de santé, il faut, si l'on veut éviter une rechute, prendre des mesures sur lesquelles nous reviendrons plus loin.

## C

## DU DELIRIUM TREMENS FÉBRILE

## I

## Considérations générales.

Il existe entre le délire alcoolique simple et le *delirium tremens* fébrile des différences assez tranchées au point de vue des symptômes, du pronostic et du traitement. Les troubles intellectuels ne fournissent que des renseignements insuffisants: sans doute, dans le *delirium tremens* fébrile, le délire toxique offre une activité qu'on lui trouve rarement dans le délire alcoolique simple; mais souvent aussi le *delirium tremens* fébrile s'accompagne d'un délire d'intensité moyenne. Les signes vraiment caractéristiques sont les suivants: le premier et le plus important, celui qui fera pousser le cri d'alarme, c'est le signe tiré de l'élément *fièvre*. Toutes les fois que chez un malade atteint d'alcoolisme aigu, sans complication viscérale, sans affection intercurrente, on verra la température rectale, après avoir oscillé pendant deux ou trois jours