

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

autour de 39°, s'élever à 40°, à 41°, le diagnostic de *delirium tremens* fébrile s'imposera et la gravité du pronostic sera liée à l'accroissement ou à la persistance même de l'hyperthermie. Si au contraire, après une élévation assez rapide à 39° ou même à 40°, on voit, au bout de 24 ou de 48 heures, le thermomètre baisser, le pronostic cesse d'être fâcheux.

Un second signe d'une grande valeur est fourni par les *troubles moteurs* : ce dont il faut tenir compte, c'est moins l'intensité même, l'activité de ces troubles que leur durée, leur persistance, leur degré de généralisation. Un alcoolique, par exemple, présente un tremblement énorme des bras, des jambes, de la face : il n'y aura pas lieu de s'inquiéter, si ce tremblement ne persiste pas, s'il n'occupe pas tous les muscles du corps. Il n'en est pas de même si un tremblement, d'une intensité d'ailleurs moyenne, se généralise, s'il s'accompagne de frémissements et d'ondulations musculaires, si ces phénomènes persistent, sans disparaître pendant le sommeil, enfin s'il se manifeste une paralysie incomplète, plus marquée ordinairement dans les membres inférieurs.

II

Indications du traitement.

Presque tous les malades atteints de *delirium tremens* fébrile présentent une violente agitation, du moins dans les premiers moments de l'accès; de là, une indication qui s'impose d'elle-même : *protéger le malade contre lui-même et l'empêcher de nuire à son entourage*. Le péril est surtout grand au début, puisque les morts les plus fréquentes arrivent du premier au quatrième jour, c'est-à-dire au moment où l'économie est sous le coup de cette imprégnation toxique, dont l'influence doit être d'autant plus funeste qu'elle s'exerce sur des éléments d'une sensibilité extrême, sur les cellules nerveuses, déjà surmenées en quelque sorte, épuisées par la prodigieuse activité à laquelle le poison les a condamnées. Il faut donc

avant tout débarrasser l'organisme de ce dangereux ennemi qui existe encore dans les tissus plus de trois jours après la cessation des excès. Enfin, ce n'est pas vainement qu'une aussi violente surexcitation s'est produite; à cette période d'effervescence succède bientôt un accablement, une prostration qui n'est pas le moindre danger de cette scène morbide; de là, une troisième source d'indications thérapeutiques dont il faut tenir compte.

En résumé : 1° protéger le malade; 2° favoriser l'élimination du poison; 3° soutenir et relever ses forces, — voilà où doivent tendre les efforts du praticien.

III

Traitement.

A. — PROTÉGER LE PATIENT CONTRE LUI-MÊME ET L'EMPÊCHER DE NUIRE A SON ENTOURAGE

Cette indication, que nous considérerions volontiers comme la plus importante, est d'une exécution fort difficile. Pour le malade atteint de *delirium tremens* fébrile, comme pour tout fébricitant, le *séjour au lit* est indiqué. Des infirmiers devront *veiller jour et nuit*, non seulement à ce que le patient ne quitte pas le lit, mais à ce qu'il n'accomplisse pas de tentative de suicide ni d'autres actes de violence. Mais on se gardera bien, sous prétexte d'assurer le séjour au lit, d'immobiliser et de fixer l'alcoolisé, ce qui favoriserait les stases sanguines, les congestions si fréquentes dans cette maladie, et nuirait à l'expulsion du poison.

On ne saurait, en particulier, s'élever trop énergiquement contre la pratique détestable de camisolier et d'attacher sur un lit tout aliéné agité dont on redoute les violences, soit pour lui-même, soit pour les autres. Des conséquences fâcheuses, fatales même, résultent en effet de l'application de la camisole de force combinée avec la fixation au lit : voici ce que l'un de

nous a déjà dit à ce sujet dans l'article « Camisole » du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* : « Le patient est étendu sur le dos; grâce à la camisole, il a déjà une gêne considérable à la base du thorax, les fausses côtes sont notablement immobilisées. Pour maintenir la partie supérieure du corps, on passe, à travers les deux anneaux situés au niveau des régions sus-claviculaires, des liens qui sont attachés en bas et en arrière à la tête du lit; de plus, afin d'empêcher le malade de glisser, on pousse l'oreiller entre les cordons qui passent dessous et la tête qui s'applique et repose au-dessus, de sorte que toute la partie antérieure et supérieure de la camisole se trouve fortement tendue sur les parties correspondantes du thorax qu'elle immobilise. La poitrine ainsi ressermée à la base et au sommet ne permettant plus qu'un jeu insuffisant des parois thoraciques, le diaphragme exagère ses mouvements et produit une respiration abdominale, qui supplée jusqu'à un certain point à l'imperfection de la respiration thoracique. Mais le malade, se sentant retenu dans le haut du corps, devient d'autant plus remuant, lance les jambes de tous les côtés; on rapproche alors celles-ci et les pieds, munis d'entraves, sont fixés à l'extrémité inférieure du lit. De là une tension de muscles des parois abdominales, qui gêne l'abaissement si nécessaire du diaphragme. Enfin de fortes alèzes, jetées en travers sur le ventre et les genoux, sont assujetties de chaque côté du lit; cette dernière précaution complète l'ensemble des moyens si bien combinés pour arriver peu à peu à l'asphyxie. Que dans cet état le malade vienne à se débattre, qu'il fasse quelques efforts, la face s'injecte rapidement, les jugulaires turgescents se désemplissent avec peine, le cou gonflé s'étrangle contre le bord rigide de la camisole. Sans compter les cas où le malheureux patient, cherchant à se dégager, finit par glisser sur l'un des côtés du lit; le larynx, poussé alors par tout le poids du corps contre le rebord de la camisole, devient le siège de graves lésions. »

Si la camisole est capable de produire des accidents très graves (congestion pulmonaire), chez les aliénés ordinaires,

que ne peut-elle produire chez des alcooliques déjà si disposés à ces complications?

Quand le malade, en raison de son agitation extrême, ne peut être maintenu au lit, quand il se déshabille sans cesse, on le vêtira d'un *maillot*. Le maillot, loin d'être, comme la camisole, un agent de contention, n'entrave en rien la liberté des mouvements. C'est un solide costume en toile, formé d'une veste et d'un pantalon cousus ensemble, et constituant en quelque sorte la doublure d'un vêtement, en drap pour l'hiver et en étoffe légère pour l'été. Le dos du maillot ouvert jusqu'à la partie inférieure, vers le périnée, est maintenu fermé par des boutons, dont deux, situés au niveau de la veste, sont à vis. Ce maillot s'adapte assez exactement sur le corps, sans exercer de pression en aucun point, sans restreindre la liberté des mouvements: il ne présente pas l'inconvénient de gêner la respiration ni la circulation. Il constitue un vêtement complet, chaud en hiver, assez léger en été, mais recouvrant toute la surface du corps. Il met ainsi à l'abri des accidents sérieux que l'action du froid détermine chez les malades qui, la nuit, malgré la surveillance active, peuvent se découvrir, sortir du lit et rester plus ou moins longtemps étendus à terre. On ajoute une jupe au maillot des femmes pour éviter ce qu'un tel appareil pourrait avoir de bizarre chez elles.

Le patient, ainsi muni d'un maillot, peut, sans inconvénients dans la majorité des cas, être laissé pendant le jour dans une salle avec d'autres malades ou même passer quelques heures dans le jardin, quand le temps est propice. La nuit venue, le sujet, toujours recouvert du maillot qui maintient sur toute la surface du corps une température uniforme, est placé dans une cellule matelassée, bien chauffée, offrant sur le parquet une double couche de paillassons et renfermant dans un des coins un matelas et un traversin. Il va sans dire qu'une *surveillance* permanente sera exercée sur le patient, en vue de prévenir les tentatives de suicide, etc. Avant d'être placé dans la cellule, le malade aura été maintenu sur une chaise percée le temps nécessaire à l'exonération de la vessie et du rectum.

Ainsi installé, l'alcoolique peut s'agiter, crier, se heurter contre les parois, se jeter à terre; il n'y a pas d'accidents à redouter et, plus ses mouvements seront multipliés, plus aussi la circulation sera active, les sueurs abondantes, les respirations larges et nombreuses; dispositions physiologiques éminemment favorables, on le comprend, au retour à l'état normal. Dans ces conditions, lorsque le malade harassé par son va-et-vient incessant, par son excessive agitation, se laisse aller sur le matelas, on le voit bientôt plongé dans un sommeil profond, tranquille, pendant lequel la respiration se fait amplement et toute la surface du corps se recouvre d'une moiteur produite lentement, uniformément et partout de la même manière. Le matin, un bain d'une demi-heure ou d'une heure débarrasse la peau de tous les produits excrétés.

B. — FAVORISER L'ÉLIMINATION DU POISON

La deuxième indication, éliminer le poison, devient, par suite des conditions précédentes, très facile à remplir. Le malade transpire abondamment, respire avec facilité, nous avons donc déjà deux portes largement ouvertes à l'élimination du toxique; des boissons *diurétiques* (lait, bouillon, limonades), données en abondance, environ toutes les demi-heures, apaisent la soif ardente des alcooliques, tout en ouvrant la troisième voie d'élimination, et les reins, venant en aide à la peau et aux poumons, placent le patient dans les conditions les plus favorables à l'expulsion de l'agent toxique et aussi à la marche régulière de toutes les fonctions.

C. — SOUTENIR ET RELEVER LES FORCES REMPLIR LES INDICATIONS SPÉCIALES

A l'effervescence, à l'agitation extrême du début, à cette trémulation de tout le corps, à l'insomnie persistante, succède parfois un collapsus, un *épuisement* profond, qui peut

devenir un péril sérieux et menacer l'existence. Il faut prévenir et, au besoin, combattre énergiquement ces redoutables complications, calmer l'excitation cérébro-spinale, ramener le sommeil qui procurera au malade quelques heures de repos, alimenter ce dernier et, si l'adynamie s'accroît, lui donner des *stimulants*, chercher à relever ses forces. On *nourrira* le patient aussi rapidement que possible: on donnera du lait, du bouillon, du chocolat, des œufs, des laits de poule, de la viande hachée, du jus de viande, du café.

Pour calmer l'agitation, on aura recours aux moyens physiques de préférence aux médicaments narcotiques: il convient en particulier de s'abstenir de l'*hydrate de chloral*: les propriétés physiologiques de ce corps doivent en faire repousser l'usage dans les phases aiguës d'un empoisonnement qui, par lui-même, compromet déjà d'une façon si énergique la circulation et la respiration.

D'ailleurs, en parcourant la plupart des cas de *delirium tremens* guéris par l'hydrate de chloral, on s'aperçoit bien vite qu'il s'agit, dans ces guérisons, non point de *delirium tremens* fébrile, mais bien de délire alcoolique simple. Russel Bellamy se félicite des bons résultats qu'il a obtenus dans le traitement du *delirium tremens* par l'emploi du *trional*: bien toléré par l'estomac et aussi par l'intestin, ce médicament amène le sommeil; il ferait en outre baisser la température et n'aurait aucune action fâcheuse sur le cœur. L'ingestion du *trional* est précédée d'une dose de *calomel* et suivie d'un bain chaud progressivement refroidi; le malade est ensuite transporté dans son lit. Rose aurait eu de bons résultats par l'emploi de l'*acétate de zinc*, à la dose de 4 à 6 grammes par jour.

A ces agents chimiques on préférera les *bains tièdes prolongés* (d'une heure à une heure et demie), les *enveloppements dans le drap mouillé* (les pieds du malade sont saupoudrés de farine de moutarde, la tête est rafraîchie à l'aide d'une compresse mouillée), les *lotions fraîches* avec une éponge imbibée d'eau vinaigrée, les *lavements froids* (500 grammes d'eau bouillie).

Si les tendances au collapsus deviennent menaçantes, on donnera du *café fort* et même du vin chaud.

Comme excitant du cœur, on emploiera la *caféine* en injection sous-cutanée, d'après la formule suivante (Huchard), qui contient 0^{gr},40 par seringue :

℞ Caféine	4 gr.
Salicylate de soude.	3 gr.
Eau distillée.	6 gr.

De trois à six seringues par jour.

Le *sulfate de spartéine* est également un tonique cardiovasculaire : il s'emploie à la dose de 0^{gr},02 à 0^{gr},04 en injections sous-cutanées.

Les injections *d'éther*, les lavements de *musc* (0^{gr},50) peuvent aussi être utilisés.

D

DE LA DIPSOMANIE

I

Considérations générales.

La dipsomanie est caractérisée par une impulsion irrésistible à boire des liqueurs spiritueuses. Ces impulsions surviennent par accès paroxystiques, intermittents, dans l'intervalle desquels le sujet reste sobre.

L'accès de dipsomanie est précédé d'une période prodromique de tristesse : les malades, déprimés et découragés, renoncent bientôt au travail, auquel il leur est impossible de penser ; les sentiments affectifs s'éteignent, les êtres les plus chers deviennent indifférents. A ces symptômes psychiques s'ajoutent des phénomènes physiques, tels que de l'anorexie avec anxiété précordiale, un serrement de l'épigastre et parfois de la gorge, puis du dégoût pour les aliments solides. Enfin le dipsomane se plaint de brûlure à l'estomac, d'ardeur au gosier ; il est dévoré par une soif intense, non pas une soif

qu'une boisson quelconque pourrait calmer, mais une soif particulière avec besoin irrésistible de boire une liqueur alcoolique. Désormais rien ne l'arrête : l'impulsion le presse impérieuse. Quand l'argent lui manque, il ne recule devant aucun expédient. Une fois l'accès terminé, le malade reprend ses habitudes de sobriété, regrettant les abus auxquels il s'est momentanément livré.

Cette brève description de la dipsomanie suffit pour montrer que les sujets que nous envisageons sont bien différents des alcoolisés ordinaires : ce sont des dégénérés héréditaires, et l'accès de dipsomanie n'est souvent qu'un des multiples épisodes, à caractère obsédant, angoissant ou impulsif, qui se manifestent chez ces sujets profondément déséquilibrés.

II

Traitement.

Nous n'avons rien à dire de particulier sur le traitement des accidents toxiques chez ces malades. Pour ce qui est de l'impulsion elle-même, voici la conduite à tenir :

L'*isolement* dans un établissement spécial est indispensable durant la période active de l'affection : la distraction, les conseils affectueux, les raisonnements les mieux étayés n'ont en effet sur le dipsomane qu'une bien faible action. L'internement seul le met à l'abri de nouveaux excès ; il finit même à la longue par atténuer les tendances impulsives et, s'il n'empêche pas dans tous les cas la reproduction de l'accès, il en éloigne du moins la manifestation.

Une bonne *hygiène*, une médication *tonique* et *reconstituante* sont les compléments nécessaires de ce traitement. Nous n'insisterons pas sur la nécessité de l'*abstinence absolue de toute boisson alcoolique*, du travail musculaire en plein air, des exercices physiques. L'usage journalier des boissons amères sera conseillé, pour calmer le besoin qu'éprouvent ces

malades d'ingérer « quelque chose de fort ». La teinture de *noix vomique* peut être utile. L'*hydrothérapie* donne de bons résultats, ainsi que la *médication arsenicale*.

Quand il survient de l'excitation et que l'insomnie persiste, il faut recourir au séjour au lit, aux bains tièdes, aux bains mucilagineux, aux bains de tilleul, et simultanément donner, immédiatement avant le repas du soir, du *bromure de potassium*, à la dose de 3 à 4 grammes.

Parfois le dipsomane est profondément déprimé et les *bains sulfureux* se trouvent indiqués; mais l'on tirera alors grand profit des bains d'air chaud *térébenthinés*, suivis d'une immersion dans l'eau froide ou d'une *douche* en éventail, froide. C'est l'un des plus puissants modificateurs et il est rare que le malade ne soit très heureusement influencé par ce moyen thérapeutique.

Il faut, par-dessus tout, ne pas oublier que les dipsomanes peuvent avoir aussi d'autres impulsions, des idées de suicide ou d'homicide : en conséquence, ils doivent être surveillés.

Combien de temps, après la cessation des accidents alcooliques, la séquestration sera-t-elle prolongée? Cette question ne saurait être résolue par une formule générale; l'examen individuel de chaque aliéné peut seul donner les éléments d'une réponse et encore ne sait-on jamais combien de temps durera l'intervalle lucide.

E

ALCOOLISME CHRONIQUE

I

Considérations générales.

Quand l'intoxication par l'alcool se prolonge, soit d'une façon lente et progressive, soit après plusieurs rechutes avec accidents aigus, l'intelligence s'affaiblit, la mémoire diminue, l'imagination s'éteint, le jugement moins sûr est incapable

de discernement, le sens moral s'émousse. Apathique, indifférent, hébété, l'alcoolique chronique n'a aucun soin de sa personne, ne prend nul souci de sa famille; il est livré sans défense aux caprices de ses appétits instinctifs. A la faveur de la déchéance psychique se montrent des accès mélancoliques ou maniaques, des idées de persécution, des préoccupations hypocondriaques. A mesure que diminue la résistance cérébrale, le besoin de boire devient prédominant. Le vieil alcoolique boit, en outre, pour porter remède à ses maux, pour reprendre des forces, pour faire cesser l'incommode pituite du matin.

L'intoxication s'accuse ainsi toujours davantage et l'alcoolisé chronique ne sort de ce cercle vicieux que pour tomber dans la démence la plus absolue. L'intelligence est alors frappée de nullité : les saillies délirantes disparaissent. Il survient parfois de la sensiblerie. Tous ces symptômes sont l'indice de lésions cérébrales profondes.

II

Traitement.

Il est nécessaire d'empêcher les alcooliques chroniques de commettre de nouveaux excès : l'alcool, en effet, exerce sur ces organismes prématurément frappés de sénilité l'action la plus fâcheuse; il suffit de faibles doses de poison pour provoquer chez eux de graves accidents et compromettre l'existence. Une surveillance très active, quand ces malades vivent au dehors, ou la séquestration dans un établissement spécial sont indispensables.

A l'asile, les soins *hygiéniques* prendront la plus grande part du traitement : on procurera à l'alcoolique chronique, qui n'aura pas encore atteint une démence avancée, une occupation facile exigeant, autant que possible, un peu de mouvement au grand air. Il faudra néanmoins, si on l'occupe à des travaux agricoles, éviter de l'envoyer dans les champs