

dernier ressort de pratiquer la respiration artificielle et les tractions rythmées de la langue suivant le procédé de Laborde.

c. Mais, chez certains sujets dont le système nerveux est très excitable, une seule injection de chlorhydrate de cocaïne peut donner lieu, non plus seulement à des accidents immédiats, mais aussi à des troubles prolongés extrêmement pénibles (Hallopeau). Ces troubles ont alors beaucoup d'analogie avec ceux que l'on observe peu d'instant après l'injection : ils consistent en une céphalalgie persistante avec insomnie, engourdissement des membres, et en des accès de défaillance avec vertige et prostration, mêlée à une excitation cérébrale qui se traduit par de la loquacité et une grande agitation. D'après M. Hallopeau, auquel on doit surtout la connaissance de ces faits, des doses minimales du médicament peuvent suffire à provoquer ces symptômes d'intoxication à longue échéance; leur durée peut être de plusieurs mois et on peut les attribuer à une action élective du poison sur certains centres nerveux. On est à peu près désarmé quand on se trouve en présence d'accidents de ce genre, car ils paraissent surtout liés à un état névropathique latent que le toxique a mis en jeu.

Ce n'est guère qu'à l'aide d'une hygiène rigoureuse et longuement pratiquée qu'on pourra parer à ces symptômes, qui tendent heureusement, en général, à se dissiper d'eux-mêmes au fur et à mesure qu'on s'éloigne du premier moment de l'intoxication.

INTOXICATION CHRONIQUE.

Chez certains sujets qui font un usage prolongé de faibles doses de cocaïne, soit en injections, instillations, badigeonnages, ou sous forme d'une poudre à priser, dans le cours d'une affection chronique (névralgies, affections nasales, etc.), on peut voir survenir certains accidents, tels que dépression générale des forces, palpitations, vertiges, céphalalgies, etc. Ces troubles, imputables à une intoxication d'origine thérapeutique, sont, en général, de peu de gravité et se dissipent presque toujours assez vite et sans difficulté, pourvu qu'on cesse d'employer la cocaïne et qu'on facilite le sevrage immédiat et d'emblée, à l'aide d'un traitement capable de soutenir et de relever les forces du patient; d'où l'indication de recourir surtout à l'emploi des toniques cardio-vasculaires et à un régime hygiénique, composé d'aliments reconstituants.

Mais il est très exceptionnel qu'on ait à remédier à un tel cocaïnisme thérapeutique faisant son apparition à l'insu du patient; d'ordinaire, les cas d'intoxication chronique concernent des sujets qui

s'intoxiquent *volontairement*, à l'aide non plus de *faibles doses*, mais de *fortes doses* de cocaïne et qui, laissés à eux-mêmes, ne peuvent guère plus se passer de leur stimulant habituel que le morphinomane ne peut se priver de morphine. Ces cocaïnomanes, recrutés presque invariablement parmi les dégénérés et les névropathes, arrivent ainsi progressivement à renouveler et à augmenter les doses quotidiennes du toxique, jusqu'à 1 gramme, 1^{gr},50, 2 grammes, et même 2^{gr},50 (Magnan). L'aspect clinique est alors bien différent de celui réalisé par l'intoxication aiguë. Au début, on observe une exaltation marquée des fonctions cérébrales, s'accompagnant d'euphorie, qui est bientôt suivie d'une dépression inquiète, contre laquelle il va falloir lutter avec une dose chaque fois plus forte de poison. Puis la scène se complique et l'état d'intoxication confirmé se traduit par : 1° des troubles de la sensibilité; 2° de l'hyperexcitabilité neuro-musculaire; 3° un délire hallucinatoire; 4° la dépression intellectuelle, l'insomnie, l'impuissance; 5° des troubles circulatoires; 6° des troubles de la nutrition. La guérison est alors difficile à obtenir, beaucoup plus difficile même, d'après Erlenmeyer, que celle de la morphinomanie¹.

a. La première chose que doit exiger le médecin en pareille circonstance, c'est que le malade quitte le milieu où sont nées ses funestes habitudes, qu'il abdique sa liberté et soit mis dans l'impossibilité absolue de se procurer ouvertement ou subrepticement de la cocaïne; en un mot, il faut pratiquer l'*isolement*. Mais, pour être réellement utile et porter ses fruits, *cet isolement doit être absolu*; un garde sûr sera placé auprès du malade et le médecin seul doit pouvoir pénétrer auprès de lui, tant que tout phénomène d'abstinence n'a pas disparu (Magnan). Comme c'est illusion que de poursuivre à domicile la réalisation de conditions de succès aussi sévères et aussi impérieuses, il est indiqué de placer le cocaïnomanes dans une maison de santé spéciale, à moins que des troubles psychosensoriels très accusés ou le plus souvent encore l'absence de ressources matérielles n'invitent à l'interner dans un établissement d'aliénés. C'est seulement après avoir pris ces précautions d'urgence qu'il est permis de tenter la suppression complète et définitive de l'usage de la cocaïne.

b. La *suppression brusque et totale d'emblée* de leur excitant habi-

1. Souvent les habitudes de cocaïne viennent s'ajouter à la passion de la morphine, le sujet devenant alors un morphino-cocaïnomanes. Certains auteurs considèrent la guérison de cette intoxication mixte comme très difficile et même impossible à obtenir. M. Sollier, qui a eu à traiter de nombreux malades de ce genre, n'a jamais rien observé de semblable, et il nous a été donné à nous-même de guérir onze malades dans ces conditions sans accident notable.

tuel est, en général, plus facilement supportée par les cocaïnomanes que par les morphinomanes; aussi réalise-t-elle la méthode de choix dans la plupart des cas. D'ordinaire les phénomènes d'abstinence sont alors peu intenses et se traduisent par une dyspnée légère, des palpitations, de l'insomnie, et surtout par des troubles psychiques assez marqués, consistant en dépression intellectuelle et morale, anxiété vive par intervalles. Tous ces accidents d'ailleurs s'effacent vite et sont remplacés rapidement quelques jours après par un grand appétit (Magnan).

Cependant cette méthode n'est pas toujours applicable, car, chez quelques sujets arrivés aux dernières limites de la cachexie cocaïnique ou porteurs de lésions viscérales avancées (cardiaques, pulmonaires, rénales, etc.), la cessation brusque des injections peut donner lieu à des symptômes d'abstinence présentant un caractère de gravité inaccoutumée, soit qu'on observe des syncopes, du collapsus, ou que surgissent des troubles psycho-sensoriels, avec dépression mélancolique très intense. C'est dans ces cas exceptionnels qu'il est indiqué de recourir à la *suppression progressive* de la cocaïne, en réglant la rapidité plus ou moins grande du sevrage d'après l'ancienneté de l'habitude et le taux de la dose prise quotidiennement dans les derniers jours qui ont précédé le traitement.

c. Mais il ne suffit pas de supprimer l'usage du poison, il faut encore, dès le début du traitement, mettre le sujet à même de faire les frais de la désintoxication et parer aux accidents qu'on risque de déterminer ainsi. Pour lutter contre les phénomènes plus ou moins graves que l'abstinence a fait naître, il faut instituer un traitement médicamenteux et une hygiène alimentaire appropriés.

Comme agents thérapeutiques, il est indiqué de prescrire les toniques, le fer, le quinquina ou l'arsenic, en même temps qu'on surveillera d'une manière toute particulière le fonctionnement du système cardio-vasculaire, afin d'éviter les syncopes et surtout le collapsus. Dans le but d'assurer la résistance du cœur, l'administration quotidienne du café noir en abondance et quelques injections sous-cutanées de caféine, de spartéine se recommandent spécialement. Si, malgré ces précautions, le collapsus survient, on en pratiquera le traitement habituel (révulsion cutanée, injections d'éther, inhalations d'ammoniaque, etc.). Contre l'insomnie rebelle qui fatigue le malade et entretient la dépression nerveuse, on aura recours au sulfonal, au trional, et, en général, aux agents qui ne peuvent avoir aucun retentissement fâcheux sur le système circulatoire ou respiratoire.

En même temps que sera pratiquée cette médication adjuvante ou symptomatique, il ne faut pas négliger, chez le cocaïnomanne comme

chez le morphinomanne, de nourrir le malade pour éviter le collapsus; c'est même ici la meilleure prophylaxie de cet accident redoutable. D'où l'indication de donner au patient des aliments reconstituants sous un petit volume et d'une digestion facile, en ayant soin d'éviter ceux susceptibles de contenir ou de développer des matières toxiques.

Lorsque enfin, au bout de dix à quinze jours environ, les symptômes d'abstinence seront dissipés et que le malade sera transformé en convalescent, le moment sera venu de stimuler les fonctions assimilatrices et nerveuses au moyen de l'hydrothérapie froide employée discrètement d'abord, en même temps qu'on veillera soigneusement à assurer le jeu des émonctoires naturels. Dans ce but, aux douches en jet brisé de courte durée, aux bains tièdes, on ajoutera utilement la gymnastique et le massage.

Quand l'intoxication chronique par la cocaïne survient chez un morphinomanne, les règles du traitement sont les mêmes que celles qui viennent d'être précisées. Il faut d'abord sevrer le malade de cocaïne, et ce n'est qu'ensuite qu'il est permis de pratiquer la démorphinisation. Mais il est bon de savoir qu'en pareil cas la suppression brusque et totale d'emblée est habituellement supportée par le malade avec beaucoup de facilité, à la condition de lui donner sa dose habituelle de morphine (Sollier).

PROPHYLAXIE.

Est-il possible de se mettre à l'abri des phénomènes d'intoxication aiguë engendrés par l'emploi chirurgical ou médical de la cocaïne et de prévenir l'apparition de l'empoisonnement chronique? A ces questions on peut, croyons-nous, répondre par l'affirmative dans une assez large mesure.

INTOXICATION AIGUË. — Ce sont surtout les accidents aigus du cocaïnisme qu'il est possible au médecin d'éviter, par un usage prudent et surtout opportun du médicament. Leur prophylaxie a été formulée par la Commission de l'Académie de médecine dans un rapport de Magitot, dont les conclusions relatives au mode d'administration de la cocaïne en chirurgie sont les suivantes : 1° la dose de cocaïne doit être proportionnelle à l'étendue de la surface à analgésier, elle ne dépassera, dans aucun cas, 8 ou 10 centigrammes, doses réservées aux grandes surfaces opératoires; 2° elle ne devra jamais être employée chez les cardiaques, dans les maladies chroniques des voies respiratoires et chez les névropathes; 3° on devra éviter son introduction dans les veines; 4° l'injection de cocaïne