

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

doit toujours être faite sur un sujet *couché*, sauf à le relever ensuite s'il s'agit d'une opération sur la tête ou dans la bouche; 5° la cocaïne devra être d'une pureté absolue, certains alcaloïdes auxquels elle peut être mélangée étant d'une nature toxique; 6° l'introduction de la cocaïne devra être *fractionnée*, de manière qu'une injection partielle faible sera suivie d'une suspension de quelques minutes, pendant lesquelles on observera s'il se produit des effets toxiques; *cette première injection servira d'épreuve*¹.

A ces indications magistrales il est bon, pour se mettre plus sûrement à l'abri des accidents aigus, d'ajouter les précautions suivantes : pratiquer l'injection traçante comme le recommandent MM. Reclus et Isch-Wall; n'injecter jamais à la face plus de 2 centigrammes en une fois et ne pas maintenir au contact d'une muqueuse plus de 4 à 5 centigrammes (Lépine); rassurer le patient, l'inquiétude ayant paru jouer un rôle important dans les accidents (Unkowsky, Hugenschmidt). M. Lépine conseille encore l'inhalation de trois gouttes de nitrite d'amyle immédiatement avant l'injection; d'après lui, une aussi faible dose serait sans inconvénient et aurait une action préventive certaine. Dans un ordre d'idées analogue quelques auteurs ont proposé, au lieu de chlorhydrate de cocaïne pure, un certain nombre de préparations qui, d'après eux, en posséderaient l'action analgésique sans en présenter les dangers. C'est ainsi que M. Gauthier (de Charolles) a recommandé d'ajouter à la solution de cocaïne une substance ayant une action physiologique opposée, la trinitrine, qu'Esele a préconisé l'emploi du phénate de cocaïne, au lieu et place du chlorhydrate; mais ces modifications n'ont pas prévalu jusqu'ici.

Enfin, l'administration de la cocaïne à l'intérieur (dans les cas de rétrécissement spasmodique de l'œsophage, de cancer de l'estomac, de vomissements incoercibles, etc.) ne donnant que rarement lieu à des phénomènes d'intoxication, le médicament peut être alors sans inconvénient administré à des doses bien plus élevées qu'en injections sous-cutanées (Constantin Paul); néanmoins, il est prudent de n'employer que des doses fractionnées et ne dépassant jamais 30 centigrammes en vingt-quatre heures; si l'on ne veut pas risquer de voir survenir des accidents graves (Laborde).

INTOXICATION CHRONIQUE. — Il est beaucoup plus malaisé de prévenir et d'éviter les accidents du cocaïnisme chronique que ceux du cocaïnisme aigu, si l'on se reporte à son étiologie habituelle. Cependant le médecin pourra espérer limiter jusqu'à un certain point le nombre des cas de cocaïnomanie ou de morphio-cocaïnomanie, d'abord en évitant systématiquement l'emploi chirurgical de la

1. MAGITOT, Rapport à l'Académie de médecine, séance du 12 mai 1891.

cocaïne chez les dégénérés et les névropathes, qui offrent un terrain si propice au développement des diverses toxicomanies, et, ensuite, en se dispensant de traiter les morphinomanes, à l'exemple de Bentley, par le remplacement progressif de la morphine par la cocaïne. C'est à cette dernière pratique qu'on est redevable, soit sous l'inspiration du médecin, soit sous celle du malade, de la plupart des cas de morphio-cocaïnomanie. Aussi doit-on la condamner sévèrement, quoique Obersteiner considère comme possible d'éviter toute complication en mettant un certain ménagement dans la substitution de la cocaïne à la morphine.

Enfin, il est d'autres moyens prophylactiques qu'il est désirable de voir appliquer. Ce sont ceux relatifs, non plus à l'emploi de la cocaïne par le médecin, mais à son débit par le pharmacien et le droguiste. Il serait nécessaire que désormais cette substance ne puisse être jamais délivrée qu'à une faible dose et sur la production d'une ordonnance médicale, en même temps qu'une réglementation sévère permettrait d'en surveiller la fabrication et la vente.

André ANTHEAUME.

ENVENIMATION

L'histoire de la thérapeutique antivenimeuse présente un intérêt tout particulier pour quiconque veut étudier l'évolution de l'esprit médical pendant ces dernières années. La notion exacte de la cause, la rapidité et la gravité des accidents produits donnent, en effet, à l'envenimation une véritable allure expérimentale; aussi les médecins de tous temps, de tous pays, de toutes doctrines ont-ils cherché à se mesurer avec elle. Énumérer toutes les pratiques étranges, les médications bizarres écloses dans l'imagination des uns, imposées à la crédulité des autres, serait sortir du cadre de cet ouvrage. Ce chapitre de l'histoire de l'empirisme est pourtant intéressant comme une légende et montre bien que souvent, dans ce fatras d'apparence ridicule, la vérité existe, latente, à peine entrevue, mais que l'expérimentation seule peut l'en faire sortir lumineuse et l'imposer.

Il y a peu d'années, les inoculations préventives des curados de Colubras du Mexique, des Vatuas du Mozambique, des Aïssaouas (Eïssouys) d'Algérie et du Maroc laissaient incrédules des erpétolo-