

réussit, tant qu'elle fait obstacle, à empêcher le malade de boire ; dès que la surveillance a le dos tourné, la tendance repasse à l'acte pour peu que le dipsomane soit en état de mal.

Dans les intervalles de répit, il peut rester indifférent des jours, des semaines ou des mois ; mais c'est le hasard et non sa volonté qui décide de ces suspensions. Son appétit pour les boissons sommeille et ne s'éveille pas à toute occasion.

Combien peu de dipsomanes ont bu outre mesure à leurs repas, qu'ils les prissent isolément ou en commun ! Rien n'était plus facile et rien ne paraît exercer sur eux moins de séduction.

C'est d'ailleurs la règle générale que tout homme qui boit à l'excès, dipsomane ou alcoolique, garde une sobriété relative à ses repas.

Pendant les phases aiguës, le dipsomane ne présente aucun, je dis aucun, des symptômes de l'alcoolisme. Son sommeil est massif ; il n'est pas troublé par les rêves caractéristiques, manifestation initiale et obligée du *delirium tremens*. Il tremble peut-être dans la mesure de tout homme abruti ou profondément énérvé, mais il n'est pas sujet au tremblement rythmé qui à lui seul est presque pathologique.

Personne n'a jamais vu un dipsomane, fût-il imbibé à l'extrême par la boisson, entrer dans une de ces attaques ardentes par la fièvre, débordantes de sueurs, terribles rien qu'à leur aspect et où se décide en trois jours la vie ou la mort du malade.

Personne n'a vu davantage un dipsomane acculé, à force d'excès, dans l'impasse de l'alcoolisme chronique. Il a sa cachexie particulière et son mode de dégradation identique à la déchéance progressive des ivrognes.

De même est-il préservé, aux degrés moyens, des aventures mentales de l'alcoolisme. Pas d'hallucinations transitoires, pas de terreurs de jour ou de nuit, pas de tendance au suicide. Habituellement insouciant, il est bien moins agressif que les ivrognes de hasard. Ce serait une hardiesse de dire que la dip-

somanie et même l'ivresse sont l'*antidote* de l'alcoolisme, et pourtant cette assertion paradoxale toucherait au plus près à la vérité.

Du traitement je parlerai peu. Les tentatives nombreuses, persévérantes, essayées tantôt par des médecins compétents, tantôt par des philanthropes plus éducateurs que médecins, ont donné les résultats qu'on sait. Le plan généralement adopté pour la cure des dipsomanes fournit des indications bonnes à recueillir. Les dipsomanes ont été considérés et traités comme les autres malades atteints d'affections mentales ; on a espéré, à tort ou à raison, les guérir par des influences morales ou religieuses, par l'intimidation, par l'isolement et le travail ; la guérison de l'alcoolisme n'a jamais tenu la plus humble place dans la collection des moyens thérapeutiques. Le nom n'en est même pas prononcé, tant la chose a paru de peu d'importance. Il s'agissait de traiter l'homme réputé justement un malade atteint d'un dérangement de l'esprit ; quant à l'ivrogne, on savait bien qu'il se guérirait tout seul.

Pourquoi en est-il ainsi et pourquoi le dipsomane est-il non seulement inaccessible, mais réfractaire à l'action de l'alcool ? Je livre le problème aux réflexions de ceux qui affirment que tant vaut la boisson, quantité et qualité, tant valent ses effets.

## II

Pas plus que le dipsomane n'est ou ne devient alcoolique, pas plus l'alcoolique n'est ou ne sera dipsomane à aucun moment de sa vie.

Le parallèle entre les deux états pathologiques ne peut s'établir qu'à la condition de les mettre en regard l'un de l'autre. Je me suis étendu sur les phénomènes significatifs de la dipsomanie, je serai bref sur ceux de l'alcoolisme, beaucoup mieux connus.

L'homme qui boit assez pour devenir un alcoolique (au sens

cérébral du mot) ne procède pas par accès impulsifs. Si on dressait le schéma graphique de ces excès, ils seraient représentés par une ligne onduleuse ascendante et non par une série de soubresauts, comme chez le dipsomane.

Les dispositions physiques et mentales préalables jouent dans les deux cas un rôle dominant, mais difficile à déterminer chez *l'alcoolisable*, parce qu'il est vague, moins actif que passif, et qu'il se rapproche plus des anomalies du caractère que des troubles cérébraux.

La plupart sont des gens faibles, faciles à entraîner, et surtout, comme disent les ouvriers, portant mal la boisson. Il suffit d'assister à l'entrée en matière d'une crise d'alcoolisme aigu chez un ouvrier, pour mesurer le degré de la résistance. Les amis l'invitent à boire, il refuse mollement, hésite et finit par céder. Les offres successives acceptées et rendues se succèdent ; on s'attable et, à partir de cette installation significative, la boisson se succède, et le buveur, sans impulsions autrement vives, glisse sur la pente jusqu'au moment où une circonstance quelconque, une rencontre, un appel, l'heure avancée de la nuit forcent à rompre la séance.

Les jours suivants, même absorption à doses moyennes, seul parfois, le plus souvent en compagnie. Les nuits deviennent anxieuses, l'appétit baisse, le matin surtout au lever ; puis se succèdent le dégoût, la nausée et le besoin instinctif de combattre par des boissons de plus en plus fortes la répugnance croissante de l'estomac.

Vient enfin, par une progression plus ou moins rapide, après des prolégomènes plus ou moins prolongés où l'ivresse n'a pas de prise, la grande débauche finale qui va engendrer l'attaque.

L'accès guéri ne se renouvellera pas un nombre de fois indéfini. On aurait peine à compter, sur les milliers d'alcooliques dont l'observation est présente aux médecins, beaucoup de cas où les attaques vraies se soient renouvelées plus de cinq ou six fois dans le cours de la vie. Pourquoi ? Je l'ignore, mais le fait est positif et s'impose comme tel.

Cet homme alcoolisé a plutôt succombé à une série d'attractions multiples qu'il n'a été dompté par un appétit irrésistible et instinctif pour la boisson. Qu'on l'étudie en dehors de ses poussées de maladie, on verra que c'est un paresseux ou au moins un demi-fainéant, qu'il a accompli la plupart des actes décisifs de sa vie avec le même abandon ; sa femme racontera que les mauvaises rencontres l'ont perdu, sa mère donnera sur sa jeunesse des renseignements analogues, ses compagnons le jugeront différemment suivant que leur jugement portera sur les premiers temps ou sur une période déjà avancée des habitudes alcooliques. Au début ils seront indulgents, en rejetant la faute sur la faiblesse de volonté ou d'intelligence. Plus tard, ils le repousseront comme un être dégénéré, vicieux, mais à cette date la cachexie alcoolique aura imprimé son cachet.

Ce type ainsi esquissé répond, si on veut, aux extrêmes ; mais examinez attentivement les alcooliques en apparence exempts de tout affaissement physique et mental, et vous reconnaîtrez qu'ils ont été effleurés en quelque point par les mêmes infériorités. En quoi cet état ressemble-t-il à celui du dipsomane ? A aucun moment les buveurs ne se rencontrent, même passagèrement, au cours de leurs maladies.

Processus par accès, répétition forcée des mêmes abus, entraînement spontané, sans provocations extérieures. Solitaire, fuyant les compagnies, luttant par l'obstination muette et invincible contre les sollicitations qui le préserveraient, fuyant les compagnies qui flatteraient ses goûts, le dipsomane se comporte comme certains aliénés onanistes. Il dort lourdement, s'abstient d'effort intellectuel, échappe au délire et ne subit pas d'autres troubles physiques, pas d'autres états intellectuels que ceux qui relèvent de toutes les ivresses.

Processus graduel, incubation toujours longue, phase préparatoire, habitude aidant, comme dit le proverbe, à constituer une seconde nature ; insomnie, agitation et rêvasseries nocturnes, délire hallucinatoire ; symptômes physiques dominant

la scène, assez spéciaux pour justifier un diagnostic absolu, dussent le malade et les siens nier énergiquement. Même sûreté d'affirmation que pour la syphilis, perversions intellectuelles non moins caractéristiques ; rechutes relativement rares et presque toujours motivées par un concours d'occasions propices ; jamais d'ictus, créant chez un individu jusque-là cérébralement indemne l'aptitude instantanée à l'alcoolisme.

Telle est, en bloc, la complexion médicale de l'alcoolique. Pourquoi s'enivre-t-il si peu quand il boit plus qu'il n'en faut pour provoquer l'ivresse ?

Un dernier trait : autant la dipsomanie est la maladie des gens du monde, autant l'alcoolisme est celle des classes populaires.

L'abaissement cachectique de l'alcoolisme chronique ne répond pas davantage à la cachexie qui n'épargne pas les dipsomanes. Indiquer même sommairement les caractères par lesquels un état cachectique se distingue d'un autre est œuvre de longue haleine et que je n'aborderai pas.

Qu'il suffise de se rappeler que le dipsomane finit à la façon des ivrognes invétérés et que l'alcoolique, après avoir subi un nombre réduit d'attaques, éprouve un ensemble d'accidents dégénératifs, sans parité avec tout autre. Je ne puis mieux terminer qu'en répétant comme conclusions les prémisses de ce mémoire :

La dipsomanie et l'alcoolisme sont deux affections sans analogie, contrastantes par leur étiologie, leur marche, leurs symptômes, leur terminaison, bien qu'elles se rencontrent sur le terrain commun de l'abus de l'alcool.

(Archives générales de médecine, septembre 1882.)

## DES HÉMIPLÉGIES.

Chaque génération médicale a ses sujets de prédilection : quand l'étude d'une maladie semble épuisée, on passe à un autre ordre de recherches et ainsi s'entretient le mouvement non interrompu de la médecine.

Après un laps de temps plus ou moins long, les questions qui avaient paru résolues sont soumises à une nouvelle élaboration et elles reprennent une séduisante actualité. Tel est le cas des affections cérébrales qui donnent lieu à la paralysie, et le D<sup>r</sup> Bastian (1) a eu une heureuse inspiration, en reprenant avec les données nouvelles l'histoire des hémiplegiques. Son livre ou plutôt son manuel qui n'est que le résumé des leçons professées à l'hôpital d'*University college*, mérite mieux qu'une analyse. Il soulève toute une série de problèmes posés en d'autres termes que ne l'avaient fait nos devanciers et prête à la discussion critique.

Lorsqu'il s'agit de paralysies de cause cérébrale, c'est l'hémiplegie qui tient la première place, si même elle n'absorbe et n'annule les autres espèces. Avec un organe d'une structure aussi complexe que le cerveau, le desideratum essentiel est, pour le D<sup>r</sup> Bastian, comme pour les écoles modernes, de déterminer le siège plus encore que la nature de l'affection. C'est la localisation qui est devenue l'objectif, et le long débat encore pendant entre le ramollissement et l'hémorragie passe au second plan.

(1) *On paralysis from brain diseases*. Londres, 1875.