

# ASPECTS PSYCHIATRIQUES DES COMPLICATIONS DE L'ALCOOLISME A MADAGASCAR

par

D. ANDRIAMBAO, F. RAJAONERA,  
A. RAKOTOBE et R. RAMAROJAONA (1).

## INTRODUCTION

L'alcoolisme n'a pas épargné Madagascar, la valeur symbolique rituelle de la consommation collective de l'alcool y étant reconnue comme partout ailleurs.

Si le vin et les liqueurs (apéritifs et digestifs) sont d'importation et constituent l'apanage des couches aisées de la population, l'île est à même de fournir aux classes plus défavorisées trois sortes de boissons alcoolisées :

- le rhum, issu des distilleries agréées par l'Etat malgache (distilleries de Nosy-Be et d'Ambilobe dans la province de Diégo-Suarez ; distillerie de Namakia dans la province de Majunga) ;

---

(1) Service de Neuro-Psychiatrie - Hôpital Général de Tananarive.

- la bière fabriquée dans les brasseries de Tananarive, de Diégo-Suarez et d'Antsirabe ;

- surtout le "toaka gasy", boisson alcoolisée produite dans les distilleries locales clandestines prohibées par l'Etat malgache, en raison des conditions artisanales, en tout cas jugées - à tort ou à raison - très peu hygiéniques qui requiert leur préparation. Diverses espèces, suivant la matière première de fabrication, sont mises en vente clandestinement et c'est ainsi qu'on doit à la canne à sucre :

- . le fameux "betsabetsa" qui titre environ 5 degrés ;
- . le "mantseko", le "lemadio", le "betsibiloka" titrant beaucoup plus fort (de 20 à 60 degrés).

Les pétioles du cocotier et du latanier fournissent respectivement le "trembo", de goût âcre, et le "sora", tous deux auréolés de vertus toniques et aphrodisiaques.

Le miel donne l'hydromel.

\*  
\* \* \*

Nous avons étudié au départ trente et une observations de pathologie mentale liées à l'intoxication alcoolique aiguë et chronique, rencontrées dans les services de Neuro-Psychiatrie de l'Hôpital Principal de Diégo-Suarez et de l'Hôpital Général de Tananarive (Hôpital d'Enseignement médical de l'Ecole Nationale de Médecine de Madagascar), mais onze dossiers seulement étaient à peine complets, comportant alors des documents cliniques et psychiatriques, biologiques, électro-encéphalographiques pour la plupart, des résultats des tests psychométriques effectués après les épisodes confuso-mniriques pour quelques-uns en vue d'évaluer grossièrement une éventuelle détérioration mentale. En outre, une enquête en vue de mettre en évidence les aspects étiologiques et psycho-pathologiques a pu être entreprise a posteriori auprès des conjoints et des membres de la famille.

Les transaminases et l'encéphalographie gazeuse n'ont pas été pratiquées, de même que l'alcoolémie en cas d'ivresse pathologique.

Les vingt observations incomplètes n'ont cependant pas été négligées car quelques-unes nous ont permis d'étudier certains détails des aspects thérapeutiques.

Nous reconnaissons, que le matériel de notre étude ne nous permet pas de tirer des pourcentages statistiques valables et, partant de donner des résultats chiffrés.

Nous en sommes conscients, mais ne pouvions l'éviter.

## NOS OBSERVATIONS

## RAT... Ernest, 57 ans.

- Habitudes éthyliques depuis 1964 : rhum 1/4 l, vin 1/2 l au moins 3 fois par semaine.
- Hospitalisé le 10-10-1971 pour :
  - idées délirantes de persécution avec insomnie, installées insidieusement depuis environ 1 mois, mais ayant pris un caractère alarmant depuis la veille de l'hospitalisation ;
  - hyporexie et vomissements.
- Examen :
  - Mauvais état général (amaigrissement, fièvre à 38 degrés, transpirations abondantes, déshydratation) ;
  - Etat confusionnel profond avec activité onirique fugace à renforcement vespéral, exprimée avec peu de conviction et à thème zoopsique (vision de chauves-souris) ;
  - Rigidité oppositionnelle des membres inférieurs, supérieurs et de la nuque ;
  - Strabisme convergent d'installation récente, avec paralysie du VI plus prononcée à droite.
  - Polygone de sustentation augmenté - Tendance à la chute.
- En cours d'hospitalisation :
  - insomnie, pharyngite et bronchite grippales ;
  - insuffisance hépatique biologique (tests de floculation perturbés, rapport SA/G : 0,80 ;
  - FO : signes en faveur d'une névrite optique rétro-bulbaire ;
  - EEG : ralentissement global de l'électrogénèse.
- Evolution lente et progressive sous traitement (20 jours).
- Diagnostic évoqué : Encéphalopathie subaiguë de Gayet-Wernicke.

## Obs. 2

## RAK... Lucien, 42 ans.

- Boit régulièrement du rhum (1/2 l par jour) depuis 6 ans.
- Hospitalisé le 8 mai 1970 pour tapage nocturne.
- Examen :
  - Bon état général malgré une transpiration abondante, température à 37,5 degrés ;
  - Agitation psycho-motrice, avec réponses aisées, rapides, les unes exactes, les autres fantaisistes ;
  - Désorientation temporo-spatiale, avec erreurs grossières quelquefois rectifiées ;
  - Onirisme décrit avec détails, rapide, mobile, à recrudescence vespérale caractéristique, à thème zoopsique terrifiant (nombreux crocodiles, cafards, renards), mais avec conviction délirante fragile ; suggestibilité sensorielle remarquable ; idées de jalousie et de persécution ;
  - Tremblement des extrémités, discrète dysarthrie.
- En cours d'hospitalisation :
  - insomnie
  - absence de signes biologiques d'insuffisance hépatique
  - EEG : tracés actuels dans les limites de la normale
  - FO : normal ODG.
- Evolution rapide sous traitement (5 jours).
- Diagnostic évoqué : délire alcoolique subaigu.

## Obs. 3

## ZAV... André, 48 ans.

- Ethylisme occasionnel puis régulier (rhum 1/2 l plus vin 1/2 l par jour) depuis environ 9 ans.
- Hospitalisé le 18 août 1970 pour voie de fait (motif : jalousie morbide).
- A l'entrée :
  - Bon état général, transpirations malgré une température à 37,4 degrés ;
  - Réponses vives et rapides, logorrhée, désorientation temporo-spatiale ;

- Onirisme à mécanisme hallucinatoire et à thème zoopsique (crapauds sautant sur les murs, impression de serpents rampant sur la peau et sous les draps), à reçrudescence nocturne ; idées délirantes, de jalousie et de persécution ; suggestibilité sensorielle ;
- **Tremblement des extrémités, dysarthrie.**
- En cours d'hospitalisation :
  - insomnie
  - fonctions hépatiques dans les limites de la normale, baisse de la protidémie (64 g/l) sans modification du rapport SA/G
  - EEG : ralentissement global de l'électrogénèse.
  - FO : normal ODG.
- Evolution rapidement régressive sous traitement (6 jours).
- Diagnostic évoqué : délire alcoolique subaigu.

**Obs. 4**

**RAZ...**, 54 ans.

- Femme de ménage.
- Habitudes éthyliques depuis l'âge de 30 ans (boit pendant le travail et en cachette tout ce qu'elle trouve : vins, liqueurs, eau de cologne, etc.) - Ne boit plus depuis 1969.
- Adressée le 28 mars 1970 pour confusion mentale, et dyspnée d'effort d'installation récente.
- Examen clinique : amnésie de fixation, familiarité, fausses reconnaissances, logorrhée avec propos en apparence cohérents dont la plupart sont induits par l'interrogatoire .
  - Dyspnée d'effort, tachycardie à 110/minute, bruits du coeur assourdis, tension artérielle à 15/9, souffle systolique apexien fonctionnel, oedèmes des membres inférieurs ;
  - Trémulations buccolinguales, tremblement des extrémités ;
  - Hyporéflexie ostéo-tendineuse des membres inférieurs ;
  - Pyorrhée alvéolo-dentaire.
- En cours d'hospitalisation :
  - Glycémie : 0,75 g
  - BW négatif dans le sang et le liquide céphalo-rachidien
  - FO : névrite optique retro-bulbaire
  - ECG : rythme sinusal à 100/minute  
onde T aplatie  
allongement de l'espace QT
  - EEG : traces en general hypovoltés.
- Evolution du tableau psychiatrique inchangée ; par contre, fonte des oedèmes des membres inférieurs et disparition des signes cardiaques (souffle, tachycardie).
- Diagnostic évoqué : Psychose polynevritique de Korsakow avec myocardose béribérique et névrite optique retro-bulbaire.

**Obs. 5**

**RAL...**, 43 ans.

- Habitudes éthyliques épisodiques au rhum, depuis 2 ans ; à chaque fois, épisode d'excitation psycho-motrice, avec conduites clastiques.
- En cours d'hospitalisation (entrée le 20 mars 1970) :
  - sujet apparemment normal
  - par de signes d'insuffisance hépatique
  - protidémie : 65 g/l
  - EEG pratique à 2 reprises, à peu près identiques :
    - . rythme physiologique postérieur bilatéral, synchrone et symétrique, à 9 c/s, avec réaction d'arrêt correcte ;
    - . absence d'activité paroxystique et focalisable ;
    - . absence d'effet de l'hyperpnée provoquée et de la stimulation lumineuse intermittente
- Diagnostic évoqué : Ivresse pathologique de type excito-moteur

Obs. 6

RAV... Jeanne, 32 ans.

- Le 19 juin 1970, après 2 consommations de martini :
  - agitation anxieuse ;
  - désorientation temporo-spatiale ;
  - idées délirantes à thème précis et limité (persécution et auto-accusation), à mécanisme imaginatif, mais sans conviction solide ;
- Diagnostic évoqué : Auto-dénonciation délirante de Garnier.

Obs. 7

RAZ..., 46 ans.

- Boit depuis 8 ans (exclusivement rhum au début, par la suite rhum plus vin, actuellement hydromel tous les matins : 2 consommations).
- 4 novembre 1972 :
  - fièvre à 39,2 degrés, transpirations ;
  - pneumonie lobaire supérieure droite ;
  - onirisme à thème zoopsique (rats, cafards, serpents, etc.) à renforcement vespéral ;
  - idées délirantes de jalousie, de persécution et de préoccupation professionnelle exprimées de façon confuse et peu cohérente ; suggestibilité sensorielle ;
  - confusion mentale ;
  - myoclonies spontanées et provoquées des membres supérieurs ;
  - hyporéflexivité ostéo-tendineuse des membres inférieurs ;
  - rigidité oppositionnelle des membres supérieurs et des membres inférieurs ;
  - paralysie du VI droit et myosis serré bilatéral et égal.
  - augmentation du polygone de sustentation et tendance à la chute.
- En cours d'hospitalisation :
  - protidémie à 60 g/l
  - **BW négatif dans le sang et le liquide céphalo-rachidien**
  - FO : normal
  - EEG : tracés non en faveur d'une activité paroxystique ni de souffrance localisée.
- Evolution lente et progressive sous traitement (15 jours).
- Diagnostic évoqué : Encéphalopathie subaiguë de Gayet-Wernicke.

Obs. 8

RAB..., 38 ans.

- Ethylique notoire, mais sur le mode dipsomaniaque depuis environ 4 ans.
- **A bu presque toute la nuit du 2 juin 1970 avec des amis (rhum et alcool de palme).**
- Amené dans le service vers 3 heures du matin par la Police qui l'a découvert très agité dans la rue, échangeant des propos menaçants et des coups avec des adversaires invisibles (en réalité, s'est rué sur les arbustes bordant la rue).
- A l'arrivée :
  - vêtements déchirés
  - confuso-onirisme important avec mécanisme illusionnel et thème de persécution.
- Au cours de l'hospitalisation :
  - **Bilan hépatique normal. FO normal ODG**
  - **EEG dans les limites de la normale. Epreuve cardiazolique non pratiquée.**
- Diagnostic évoqué : Confuso-onirisme à mécanisme illusionnel terrifiant de courte durée, susceptible de répondre à la forme sensorielle de l'ivresse aiguë.

Obs. 9

CLO... Patrick, 50 ans

- Boit depuis 25 ans environ (1 litre de vin aux repas, rhum de quantité non précisée entre les repas, pastis de temps en temps).
- Admis dans le service le 17 mars 1970 avec :
  - agitation incessante, tremblement généralisé à tout le corps, trémulations bucco-linguales et dysarthrie ;

- fièvre à 40,2 degrés avec herpès labial et sueurs profuses mouillant la chemise et les draps ;
  - soif intense traduite par l'avidité avec laquelle il boit les liquides qu'on lui offre ;
  - onirisme important :
    - . à thèmes multiples et changeants (zoopsique, professionnel, jalousie, persécution)
    - . à mécanisme hallucinatoire et illusionnel (les infirmiers et infirmières, les aide-soignants et le médecin sont tous des Viet-minhs) avec réactions agressives ; suggestibilité sensorielle nette.
    - . à recrudescence vespérale.
  - confusion mentale typique avec désorientation temporo-spatiale ;
  - troubles de la station debout avec tendance à la chute, même les yeux ouverts ; myosis bilatéral.
  - hépatomégalie ferme.
- En cours d'hospitalisation :
- VSH à 110/140 ; BW négatif dans le sang et le liquide céphalo-rachidien
  - lame : plasmodium vivax + + +, tests hépatiques perturbés.
  - lobite supérieure droite excavée avec bacilloscopie négative dans les crachats mais positive dans le liquide d'aspiration gastrique
  - FO : signes d'artériosclérose
  - EEG : non en faveur d'une néoformation intra-cérébrale
  - Décès 20 jours après l'hospitalisation à l'occasion d'une hémoptysie cataclysmique.
- Diagnostic évoqué : Delirium tremens grave dont 2 causes déclenchantes ont pu être découvertes : tuberculose pulmonaire et reviviscence palustre à plasmodium vivax.

Obs. 10

RAK... Jérôme, 42 ans.

- Soigné pour syndrome dissociatif depuis son adolescence.
  - Boit depuis environ 8 ans (vin 1/2 l plus rhum 1/4 l, 4 fois par semaine),
- A l'examen :
- Mauvais état général, transpirations abondantes, déshydratation, fièvre à 39,5 degrés ;
  - Confuso-onirisme à thème zoopsique terrifiant (cafards sur les murs) ;
  - Raideur diffuse de type oppositionnel des membres supérieurs, inférieurs et de la nuque ;
  - Strabisme convergent bilatéral inhabituel ;
  - Nystagmus spontané bilatéral vertical avec secousses lentes dans le regard vers le bas ;
  - Dymétrie et adiadococinésie.
  - Station debout difficile, tendance à la chute.
- En cours d'hospitalisation :
- insomnie
  - liquide céphalo-rachidien normal
  - plasmodium falciparum dans le sang
  - EEG : dysrythmie thêta généralisée.
  - FO : excavation papillaire bilatérale.
- Régression du confuso-onirisme et des signes neurologiques en 12 jours, mais persistance de résidus dysthymorhormiques.
- Diagnostic évoqué : Encéphalopathie de type Gayet-Wernicke, chez un ancien schizophrène devenu éthylique, et présentant une reviviscence palustre à plasmodium falciparum.

Obs. 11

RAN..., 38 ans.

- Etat d'ivresse normale au rhum et vin suivie de sommeil profond le 14 décembre 1972, chez un éthylique notoire (boit 2 à 3 fois par semaine du rhum).
- Le 15 décembre 1972 à 6 heures du matin : confusion mentale profonde avec adynamie physique et psychique à la limite de l'état stuporeux et de temps en temps activité onirique

à thème difficile à préciser mais à mécanisme hallucinatoire (le malade suit du regard quelque scène mobile et imaginaire sur le plafond) :

- odeur caractéristique de l'haleine (rhum) ;
- plaie contuse récente de la bosse frontale gauche ;
- température à 36,8 degrés.

- Evolution fatale rapide par dérèglement neuro-végétatif important sans signes neurologiques de localisation.

- Autopsie :

- crâne et cerveau :
  - . absence de fracture du crâne
  - . méninges épaissies
  - . oedème cérébral prédominant à la partie postérieure
  - . atrophie corticale et excès de liquide ventriculaire
  - . piquetés hémorragiques corticaux d'une part, et protubérantiels (superficiels et intra-pontiques) d'autre part
  - . absence d'hématome extra et sous-dural, et intra-cérébral ;
- coeur, poumons, foie et rate :
  - . hépatisation pulmonaire biapicale avec brides pleurales de la partie moyenne gauche
  - . coeur flasque avec plaques d'athérome au niveau de la région antéro-septale
  - . grosse rate
  - . cirrhose hépatique atrophique.

- Diagnostic évoqué : Encéphalopathie de Gayet-Wernicke  
Cirrhose hépatique atrophique  
Béribéri cardiaque sec.

## COMMENTAIRES

### A. ASPECTS ETIOLOGIQUES

1. **Nous ne nous attarderons pas sur les considérations déjà très classiques de l'âge et du sexe.**

Nous retenons pour mémoire :

- que l'âge moyen de nos éthyliques est de 43,7 ans avec un maximum chez les sujets de 38 à 48 ans ;
- que l'ancienneté de l'éthylisme remonte à 10,1 ans en moyenne avec une forte majorité à moins de 10 ans, en règle générale autour de 7-8 ans après les premières expériences ;
- la prédominance du sexe masculin dans notre série (9 hommes pour 2 femmes), concordant comme partout ailleurs à la prédominance de l'alcoolisme masculin.

2. **Enquête socio-nutritionnelle et économique.**

Elle nous a montré que :

- a) - le mode alimentaire dépend des revenus des malades ;
- les premières manifestations psychiatriques de l'intoxication apparaissent d'autant plus tardivement que le régime alimentaire est moins déséquilibré : 23 ans après le début des habitudes éthyliques (pour le cas No. 4) qui prenait presque constamment ses repas avec ses employeurs européens

successifs ; 25 ans pour le cas No.9 dont le mode alimentaire diffère de celui des Malgaches en général et se rapproche beaucoup plus de celui de l'Européen ;

- la plupart de nos cas présentent un déséquilibre nutritionnel évident, le riz dépoli constituant la quasi-totalité de leur ration alimentaire journalière ; d'ailleurs des épisodes d'oedèmes des membres inférieurs ayant réagi favorablement à la vitaminothérapie B1 ont été notés dans les antécédents de huit de nos malades (Obs. 1, 2, 3, 5, 7, 8, 10 et 11) pendant les périodes dites "de soudure", entre janvier et mai de l'année, au cours desquelles la population consomme du riz de l'année dernière, de stockage très défectueux (silos, meules, greniers à riz peu ou très mal protégés de l'humidité et des intempéries), donc très avarié ; il s'agit en outre de riz non écoulé dans le commerce, faute de moyens de communication pendant la saison des pluies. Une carence lipo-protidique a pu être mise en évidence à l'interrogatoire de quatre de nos malades (Obs. 1, 5, 7 et 10) dont le régime comporte rarement des protides (une fois par mois seulement de viande de bétail, et très rarement de poisson malgré la richesse de l'île en bovidés, ovidés et poissons) au profit d'un apport hydrocarboné très riche.

b) - la plupart de nos malades sont volontiers polyvalents et nous avons remarqué une préférence marquée à l'association vin - rhum malgré une publicité tapageuse en faveur de la bière depuis bientôt trois ans ; mais il ne s'agit pas en général d'un alcoolisme journalier :

- 7 malades de la série ne consomment pas de boissons alcoolisées régulièrement tous les jours, à cause des possibilités financières très limitées (famille nombreuse, revenus modestes) et de la cohabitation avec les parents :

- une fois dans sa vie et à titre accidentel (Obs. 6)
- sur un mode très épisodique (Obs. 5) et paroxystique (Obs. 4)
- de temps en temps à la faveur des réunions amicales (Obs. 8)
- trois à quatre fois par semaine, et surtout vers la fin du mois (Obs. 1, 10 et 11).

- 4 malades enfin boivent régulièrement journalièrement, grâce à des revenus suffisants personnels ou familiaux (Obs. 2, 3 et 9) et à cause de la profession exposée (Obs. 7).

### 3. Les boissons alcooliques ingérées.

#### a) les problèmes quantitatifs

Si l'ingestion non journalière d'alcool et de constatation courante (7 malades sur 11 dans notre série), les calculs montrent qu'en extrapolant journalièrement les doses consommées, les manifestations psychiatriques de l'alcoolisme apparaissent après sept ans chez le Malgache avec :

- soit 1,20 litre de vin par jour,
- soit 0,30 litre de rhum par jour, et ce pendant moins de 10 ans, contre 3 à 4 litres de vin rouge par jour pendant plus de 10 ans en France (résultats de l'enquête par Péquinot à l'hôpital Saint-Antoine à Paris, cités par Boudin et Lauras en 1960).



Ces chiffres bas ne semblent pas refléter à notre avis une réactivité excessive spécifique de la race malgache à l'alcool, mais s'expliquent en partie par le déséquilibre alimentaire (hypovitaminose B, hypoprotidémie) et par trois facteurs non moins importants, à savoir :

**b) la qualité du rhum fabriqué dans les distilleries agréées de l'île**

Nous doutons beaucoup, en effet, de la qualité conférée au rhum malgache par la publicité commerciale, à cause de la fréquence des encéphalopathies chroniques rencontrées dans les grandes villes où il est le plus souvent mis en vente et consommé, alors que chez les campagnards habitués à l'alcool tiré des distilleries clandestines prohibées par l'Etat malgache, le confuso-onirisme est sinon inconnu du moins jamais constaté dans nos consultations.

**c) la fréquence de l'association de l'alcoolisme et du cannabisme**

Dans notre série d'études, trois malades sur onze sont connus fumeurs de chanvre, au moins deux fois par semaine (Obs. 1, 2 et 3). Un fait important à signaler est la survenue relativement rapide, à moins de 10 ans avec une moyenne de 7 ans des manifestations psychiatriques de l'alcoolisme chez ces malades. Il est en effet intéressant de noter dans leurs antécédents des épisodes psychiatriques aigus dus au cannabisme, et qui ne sont pas sans fragiliser le système nerveux :

- état d'excitation de structure maniaque avec composante confusionnelle rapidement résolutive sous largactil en janvier 1967 (Obs. 1) ;
- plusieurs épisodes de désorientation temporo-spatiale (Obs. 2) dont le premier a motivé un séjour hospitalier en 1963 ;
- réactions agressives importantes avec incidence médico-légale ayant fait l'objet d'une expertise psychiatrique en 1963 (Obs. 3).

Quant à deux autres malades (Obs. 7 et 8), ils peuvent être considérés comme suspects de la conduite toxicomaniaque au chanvre selon les renseignements fournis par les conjoints, mais ne l'ont jamais avouée au cours de l'entretien habituel avant la sortie de l'hôpital ; aucun antécédent d'ivresse cannabique n'a été retrouvé.

**d) la mauvaise denture**

Elle a été retrouvée chez la plupart de nos malades sous forme :

- de nombreux chicots (Obs. 1, 7 et 10)
- de nombreuses caries dentaires (Obs. 3)
- de pyorrhée et arthrite alvéolo-dentaire avec dents branlantes (Obs. 2, 4 et 8)
- de prothèse dentaire sur presque tout le maxillaire inférieur (Obs. 9).

Nous pensons pouvoir déduire que le coefficient de mastication bas aggrave le déséquilibre alimentaire déjà existant.

**4. Les causes déclenchantes.**

a) chez un de nos malades qui boit régulièrement (Obs. 2), aucune cause déclenchante n'a été retrouvée en dehors d'un sévrage qu'il s'est lui-même imposé.

- b) par contre, chez 9 malades, nous avons pu mettre en évidence :
- une ingestion plus ou moins massive d'alcool : une à deux consommations de rhum (Obs. 5), deux consommations de Martini (Obs. 6), consommation massive d'un mélange de rhum et d'alcool de palme (Obs. 8), de vin et de rhum (Obs. 11) ;
  - un épisode diarrhéique de nature non déterminée ayant duré 48 heures (Obs. 3) ;
  - un syndrome grippal avec vomissements (Obs. 1) ;
  - une pneumonie lobaire supérieure droite (Obs. 7) ;
  - un accès palustre à *plasmodium falciparum* (Obs. 10) ;
  - un accès palustre à *plasmodium vivax* et une lobite supérieure droite excavée (Obs. 9).

## B. ASPECTS SEMEIOLOGIQUES ET CLINIQUES RENCONTRES

### I. Avant l'installation du tableau psychiatrique.

Malgré les épisodes psychiatriques propres au cannabisme dans les antécédents de trois de nos malades et le caractère épisodique de l'éthylisme pour la plupart, nous avons pu reconstituer d'après les renseignements de l'entourage des troubles psychiques qu'on peut apparenter à l'état mental de fond classique des éthyliques chroniques :

- a) des troubles fréquents du caractère :
- irritabilité simple (Obs. 1, 2, 7 et 8) ; fréquents épisodes coléreux avec clastomanie (Obs. 3 et 9).
- b) des troubles affectifs représentés par :
- une jalousie morbide : idées de jalousie à mécanisme interprétatif (Obs. 1, 3, 7 et 8), hallucinatoire ou illusionnel avec image très originale du rival (type asiatique) dans l'observation 9 ; doutes et hésitations alimentés par des rêves (Obs. 2) ;
  - un autoritarisme et un tyrannisme domestique avec conservation relative du sens des responsabilités familiales (Obs. 1, 2, 7, et 10) ou non (Obs. 3, 8 et 9).

Ces troubles affectifs ne dépassent guère le cadre familial pour l'ensemble des malades qui se sont par ailleurs montrés capables d'établir avec leurs amis des modes relationnels à peu près corrects, souvent marqués par une sentimentalité à la limite de la névrose.

- c) des troubles constants de la sexualité selon les renseignements recueillis à l'interrogatoire des conjoints :
- impuissance sexuelle sous forme d'éjaculation précoce (Obs. 1, 7 et 8), masquée par une grivoiserie verbale sans caractère obsessionnel précédant des rapports sexuels parfois non consommés (Obs. 2) ;
  - sexualité paraissant satisfaisante, mais marquée par des impulsions impérieuses (Obs. 3) : nous verrons dans le chapitre des aspects psycho-pathologiques que cette activité sexuelle procède plus de la personnalité du malade que de l'alcoolisme ;

- hyperérotisme épisodique (Obs. 5) à la limite de l'agression sexuelle ;
- hétéro-sexualité brutale et impérieuse (Obs. 9) mais aussi goûts à composante homosexuelle (homosexualité ambiguë utilisant le substitut du vagin du conjoint, ici le rectum) et à caractère sadique ;
- apragmatisme sexuel (Obs. 10) relevant, comme nous le verrons, d'un état dissociatif ancien.

Nous n'avons jamais noté de la part des conjoints une attitude ou des propos propres à infantiliser les maris, ce point aura son importance dans la difficulté du traitement.

## 2. Pendant la période des troubles psychiques.

### a) l'état général a été trouvé plus ou moins bon :

- l'amaigrissement a été absent chez 4 malades (Obs. 2, 3, 5 et 6) mais a été manifeste et accompagné de la rareté des cheveux (Obs. 1, 7 et 9) qui sont par ailleurs devenus lisses et blanc-sale par endroits (Obs. 11) ; l'état de déchéance physique avancée n'a pas été constaté même chez les éthyliques de surcroît fumeurs de chanvre ;
- la fièvre a été observée chez 4 malades entre 38 et 40,2 degrés ; malgré son origine classiquement centrale, elle nous a permis de mettre en évidence les causes déclenchantes infectieuses et palustres (Obs. 1, 7, 9 et 10) ;
- l'hypothermie à 36,8 degrés (Obs. 11) a précédé de peu un coma d'évolution rapidement fatale ;
- les sueurs ont été toujours abondantes quand elles existent, même en dehors de l'hyperthermie (Obs. 2, 3 et 11), mouillant en tout cas les chemises et même les draps et allant de pair dans les cas fébriles avec :
- une déshydratation traduite par un aspect rôti de la langue (Obs. 1, 7 et 10) avec dents enduites de mucus desséché et soif ardente (Obs. 9).

### b) les signes psychiatriques proprement dits.

Ils nous retiendront peu, étant les mêmes partout ailleurs à quelques variantes près :

- b.1. l'onirisme a été rencontré dans 8 cas. Sa recrudescence vespérale ou à l'occasion d'une obscurité artificielle (Examen du FO) a été caractéristique dans 6 cas (Obs. 1, 2, 3, 7, 8 et 9). Le mécanisme est non seulement hallucinatoire, mais aussi illusionnel ; le phénomène de la suggestibilité sensorielle a été manifeste dans 4 cas (Obs. 2, 3, 7 et 9). Le thème a été souvent :
  - zoopsique et terrifiant (Obs. 1, 2, 3, 7, 9 et 10) ou avec neutralité émotionnelle (Obs. 11) ; nous avons remarqué qu'il s'agit d'animaux vivants, mobiles, en grand nombre, uniquement de la faune malgache, repoussants et dangereux (crocodiles, serpents), ou réputés comme tels dans les légendes de Madagascar (chouves-souris, rats, cafards, crapauds, renards) ;
  - professionnel seulement dans deux cas (Obs. 7 et 9) : le malade No.9 actionne une tondeuse imaginaire sur la tête d'un client hallucinatoire et pointe une mitrailleuse imaginaire sur des viets-minhs également imaginaires. En outre, le thème s'est édifié sur des idées délirantes de jalousie (Obs. 2, 3, 7 et 9) et de persécution (Obs. 1, 2, 3 et 9).

Il ne nous a pas été possible de mettre en évidence dans 5 de nos observations (Obs. 1, 2, 3, 7 et 8) les hallucinations lilliputiennes si classiques de l'association alcoolo-cannabique dans la conception populaire malgache.

**b.2. la confusion mentale a été constante et s'est présentée :**

- sous une forme profonde, grave et torpide (Obs. 1, 7 et 10) et même à la limite de l'état confuso-stuporeux (Obs. 11), avec cependant activité onirique terrifiante (Obs. 1, 7 et 10) ou non (Obs. 11) ;
- avec composante agito-anxieuse prépondérante (Obs. 2, 3, 7, 9 et 10), aboutissant rapidement à un état de sommeil profond (Obs. 5, 6 et 8) ;
- avec excitation psychomotrice violente à la limite de celle de l'épilepsie psychique (Obs. 5) ;
- discrète (Obs. 4).

**3. L'examen clinique et para-clinique des autres appareils à l'entrée et au cours de l'hospitalisation nous a permis de découvrir :**

**a) au point de vue neurologique**

- une séméiologie intéressant le nerf optique, évoquant une névrite optique rétro-bulbaire (Obs. 1 et 4).
- des symptômes mésentencéphaliques et protuberantiels :
  - . raideur généralisée de type oppositionnel à la mobilisation passive des membres inférieurs, supérieurs et de la nuque (Obs. 1, 7 et 10) ;
  - . secousses myocloniques et soubresauts musculaires spontanés mais aussi provoqués (Obs. 7) ;
  - . myosis serré bilatéral (Obs. 7 et 9) ;
  - . paralysies oculo-motrices intéressant surtout le moteur oculaire externe : unilatérales (Obs. 7), bilatérales et égales (Obs. 10) mais aussi prédominantes d'un côté (Obs. 1) ;
  - . nystagmus vertical (Obs. 10).
- des tremblements distaux (Obs. 2 et 3) ou généralisés à tout le corps (Obs. 9), avec augmentation du polygone de sustentation, troubles de la station debout avec tendance à la chute (Obs. 1, 7, 9 et 10)
- des signes de polynévrite des membres inférieurs (Obs. 4 et 7).
- des tracés électro-encéphalographiques ne montrant aucune activité paroxystique ni de souffrance focalisable.

**b) au point de vue hépatique**

- une cirrhose hépatique hypertrophique (Obs. 9) et atrophique (Obs. 11)
- des signes biologiques d'insuffisance hépatique (Obs. 1, 7, 9 et 10).

**c) au point de vue cardiaque**

- une myocardie béribérique comme en témoignent la dyspnée d'effort, la tachycardie sinusale, les oedèmes des membres inférieurs, les signes électro-cardiographiques, l'épreuve thérapeutique (Obs. 4) et la flaccidité myocardique (Obs. 11).

#### 4. Les tableaux psychiatriques et anatomo-cliniques rencontrés.

Deux cadres nosologiques importants ont été mis en évidence dans ce travail, compte tenu d'une part des aspects étiologiques et d'autre part des aspects sémiologiques.

##### a) Intoxication éthylique aiguë : 3 cas d'ivresse pathologique

Ces trois cas ont en commun :

- un caractère étiologique : l'ingestion plus ou moins massive d'alcool avant l'écllosion du syndrome psychiatrique ;
- le début brutal et la cessation du syndrome psychiatrique à la faveur d'un sommeil profond spontané ou thérapeutique ;
- l'allégation d'amnésie des troubles psychiatriques après le sommeil profond.

a.1. l'observation 5 peut être rangée dans le cadre des ivresses pathologiques de type excito-moteur, eu égard :

- . à l'excitation psychomotrice violente
- . à la confusion mentale profonde
- . à l'excès toxique préalable. Deux tracés EEG pratiqués en cours d'hospitalisation ont montré des tracés à la limite de la normale ; mais l'activation cardiazolique n'a pas été pratiquée, elle pourra éliminer des manifestations épileptiques parfois associées, ou révélées par l'alcoolisme aigu.

a.2. quant à l'observation 6, elle peut illustrer l'autodénonciation délirante de Garnier à cause :

- . de la note confuso-agitée
- . de l'état sub-dépressif avec idées délirantes d'auto-accusation à thème précis et limité, mais de courte durée, à mécanisme surtout imaginatif mais sans douleur morale ni conviction solide.

a.3. l'observation 8 fait état d'un confuso-onirisme à mécanisme illusionnel terrifiant de courte durée également, concordant à la forme sensorielle de l'ivresse aiguë, toujours selon la classification de Garnier ; elle est très fréquente à Madagascar et fera l'objet d'une approche psycho-pathologique.

##### b) Intoxication éthylique chronique : 8 cas

b.1. complication aiguë : 1 cas

L'observation 9 nous a permis d'observer un délire confuso-onirique intense avec agitation psycho-motrice importante d'apparition brutale chez un éthylique chronique de 50 ans, à l'occasion de plusieurs

causes déclenchantes dont deux ont pu être individualisées (accès palustre à *Plasmodium vivax* et tuberculose pulmonaire). La tétrade classique (déshydratation, fièvre, sueurs, tremblement généralisé à tout le corps, dysarthrie), la mise en évidence d'une insuffisance hépatique clinique et biologique, l'absence de signes neurologiques et électriques en foyer, l'azotémie à 0,45 g/l, les urines claires et l'absence de germes figurés ou spécifiques dans le LCR sont autant d'arguments qui apparentent cette observation à celle d'un *delirium tremens* d'emblée grave.

**b.2. complication subaiguë : 6 cas**

**b.2.1. Encéphalopathie subaiguë de Gayet-Wernicke : 4 cas.**

Nous avons retenu, pour évoquer ce diagnostic :

- l'éthylisme ancien
- une phase prodromique assez longue (depuis un mois sous forme d'hyporexie et vomissements avec idées délirantes de persécution dans l'observation 1), mais aussi à début brutal à l'occasion d'une pneumonie lobaire supérieure droite (Obs. 7) ou d'un accès palustre à *Plasmodium falciparum* (Obs. 10)
- l'insomnie
- un syndrome confusionnel profond avec onirisme et agitation terrifiante importante (Obs. 7 et 10), peu marquée (Obs. 1) et neutralité émotionnelle (Obs. 11)
- surtout l'existence de symptômes neurologiques traduisant l'atteinte du tronc cérébral supérieur (raideur généralisée de type oppositionnel, myosis bilatéral, secousses myocloniques, paralysies oculo-motrices unies et bilatérales intéressant surtout le moteur oculaire externe, nystagmus, adiadococinésie et dysmétrie, absence de symptômes méningés cliniques et biologiques, de symptômes cliniques et électriques, d'hématomes extra, sous-dural et intra-cérébral), piquetés hémorragiques protubérantiels (Obs. 11)
- l'évolution longue sous traitement dans 3 cas (Obs. 1, 7 et 10) et mortelle (Obs. 11).

Nous retenons dans ces quatre cas une cirrhose hépatique.

**b.2.2. Délire subaigu des éthyliques : 2 cas.**

Le tableau se rapproche beaucoup du précédent, avec :

- éthylisme chronique (au rhum depuis 6 ans dans l'observation 2 ; au rhum plus vin depuis 9 ans dans l'observation 3)
- mise en évidence d'une cause déclenchante :
  - . sévrage volontaire (Obs. 2)
  - . épisode diarrhéique (Obs. 3)
- confusion mentale avec désorientation temporo-spatiale importante, activité onirique terrifiante, mobile, tremblement uniquement distal avec dysarthrie, déshydratation malgré l'absence de la fièvre.
- absence de tout symptôme ou syndrome neurologique clinique et électrique de focalisation
- évolution rapidement régressive sous traitement.

**b.3. complication chronique : 1 cas**

Les antécédents d'intempérance, l'amnésie de fixation, la fabulation compen-

satrice avec récits cohérents souvent suggérés par l'interrogatoire, les fausses reconnaissances, la diminution importante des réflexes ostéo-tendineux des membres inférieurs, l'absence de signes électriques de néoformation surtout frontale, l'absence de stigmates spécifiques du LCR évoquent d'emblée la psychose polynévritique de Korsakow dans sa forme chronique, avec incidence myocaréo-béribérique (Obs. 4).

### C. ASPECTS PSYCHO-PATHOLOGIQUES

A la lumière des antécédents et renseignements fournis par les conjoints et quelques membres de la famille, nous avons retrouvé des facteurs psychologiques et psychiatriques intéressants :

#### 1. L'absence ou la faiblesse de l'image paternelle : 5 cas

**RAK...** (Obs. 1) n'a pas connu son père, décédé trop tôt, mais présent dans son souvenir comme un être faible, sans ambition car tel l'a voulu sa mère (très tyrannique) pour le solliciter à surpasser son père.

**RAK...** (Obs. 2), enfant naturel, n'a pas été reconnu, ni aidé par un père pourtant très bien salarié (haut fonctionnaire européen de l'époque), mais a été éduqué par sa mère dans la stricte observance de principes religieux destinés non seulement à préserver l'honneur de la famille, mais aussi à diminuer et même à supprimer l'image paternelle.

**RAZ...** (Obs. 7) a été pris effectivement en charge et dès son enfance (car reconnu) par un père trop souvent absent du milieu familial à cause de ses obligations professionnelles (chauffeur de véhicule poids lourds effectuant de longs voyages) : l'enfant a vécu avec une belle-mère tyrannique.

**CLO...** (Obs. 9), très tôt orphelin de mère, a quitté son pays dès l'âge de 18 ans, pour s'engager dans l'Armée, pour fuir un père faible et une belle-mère tyrannique. Il n'aurait jamais développé de conduites agressives vis-à-vis de cette dernière.

**RAN...** (Obs. 11) est célibataire ; ses parents vivent séparés et il a préféré habiter constamment chez sa mère qui, non seulement nie l'éthylisme mais aussi n'admet aucune idée de mariage de son fils. C'est elle bien entendu qui perçoit le salaire de son fils.

Il convient tout de suite de signaler qu'il n'a pas été décelé le moindre indice de personnalité psychopathique chez ces 5 malades ; si le curriculum vitae a été difficile à reconstituer durant la vie militaire du cas No. 9, l'exposé des détails de sa vie civile par sa femme demeure à peu près cohérent et compréhensible, et dans l'ensemble il n'a pas été constaté d'instabilité socio-professionnelle.

- 3 de ces malades (Obs. 1, 2 et 7) ont subi, au cours de leur enfance, des frustrations infligées par une hyperprotection maternelle (mère anxieuse, belle-

mère tyrannique) et se sont montrés particulièrement agressifs (agression à la limite de la délinquance juvénile pour les observations 2 et 7). Nous pensons qu'une fois arrivés à l'âge adulte et confrontés avec les responsabilités paternelles n'admettant plus l'agressivité, ces individus immatures affectifs ont souffert d'un sentiment de faiblesse et d'impuissance : tout s'est passé donc chez ces malades comme si le sentiment de toute puissance et de sécurité recherché en compensation est retrouvé sous l'effet euphorisant de l'alcool.

- Le malade de l'observation 9 a été marqué par l'image d'un père faible et la puissance dangereuse de la belle-mère : les carences affectives subies dans l'enfance et cette puissance de la femme pourraient, dans une certaine mesure, expliquer l'éthylisme et l'agressivité tant manifeste que symbolique (sexuelle) du malade à l'égard de sa femme quand il boit.

- Quant au cas de l'observation 11, nous pensons qu'il a cherché à se déculpabiliser, par la puissance puisée dans l'euphorie de l'alcool, de la relation symboliquement incestueuse nouée avec sa mère à la faveur de la cohabitation constante.

## **2. La personnalité psychopathique : 1 cas**

C'est le cas du malade de l'observation 3 dont il a été difficile de reconstituer avec précision les conditions de l'enfance : après l'épisode confusonoirique, le sujet refuse de parler de certaines périodes de sa vie, mais nous avons su par son conjoint - à la lecture de son livret militaire - qu'il s'est engagé à l'âge de 22 ans dans l'Armée où il est resté jusqu'en 1956, réformé pour récurrence de désertions (a été en Indochine, en France et en Algérie). Revenu à Madagascar en 1963, il a fait preuve d'une instabilité socio-professionnelle, procédé à des tentatives de suicide multiples mais toujours spectaculaires ; il nous déclare avoir été entré dans l'alcoolisme en recherchant "une vie mentale meilleure", par le biais de la fréquentation de milieux socialement marginaux. Sa situation de parasite, ses relations à autrui sur un mode hystérique mais aussi caractériel, la fréquence des états dépressifs de structure névrotique avec passages à l'acte très anodins, son mode d'entrée dans l'alcoolisme par la voie de la volupté en vue de rompre avec la réalité extérieure et d'acquiescer une puissance, constituent, à notre avis, de solides arguments en faveur d'une personnalité psychopathique.

## **3. La personnalité névrotique : 2 cas**

Malgré l'ivresse pathologique délirante de type anxio-dépressif et de structure apparemment psychotique de la veille, RAV... (Obs. 6) s'est montrée le lendemain tour à tour conciliante et intransigente, approuvant béatement des remarques ineptes et refusant des avis pertinents. Elle présente :

- une labilité émotionnelle avec réactivité excessive ;
- une immaturité affective certaine faite de dépendance familiale et de vision naïve d'un monde dépourvu d'agressivité ;
- une certaine tendance mythomane ;
- une érotisation des relations interprofessionnelles.



Aucun comportement schizoïde n'a été noté.

Deux épisodes dépressifs dont la nature névrotique ne fait pas de doute marquent ses antécédents, le deuxième (juin 1970), de très courte durée avec idées de suicide et astasie-abasie transitoire après une remarque banale formulée par sa mère sur son emploi du temps en dehors de ses heures de travail l'ayant conduite à boire au cours d'une soirée organisée par ses amis en vue de l'aider à sortir de ses "idées noires".

Il n'est pas impossible que cette ivresse pathologique soit effectivement de structure mélancolique quoique de durée transitoire, mais il n'est pas non plus exclu que notre malade fortement culpabilisée d'avoir bu ait développé une bouffée délirante, du fait du développement anormal de son sur-moi.

L'observation 8 est intéressante, non pas dans le contenu du tableau d'ivresse pathologique de type confuso-onirique avec note sensorielle riche, mais surtout dans la mesure où elle reflète une croyance légendaire dans le Nord de l'Ile (pays tsimihety et antakarana) selon laquelle quand on boit le soir, on sera livré au déchainement maléfique des esprits et revenants aux heures d'ivresse ; croyance combien naïve quand on en ignore et quand on n'en recherche pas les raisons : l'interdiction de boire, ou alors un système de défense du moi contre l'angoisse de la culpabilité de l'intempérance par une rationalisation quelque peu élémentaire ("ne me condamnez pas, l'esprit des ancêtres s'est déjà chargé de me punir"). On retrouve souvent, et en l'occurrence chez notre malade, quelques traits de la personnalité névrotique tels :

- une tendance mythomaniacale (passé honorable...);
- des troubles physiques divers (algies erratiques, asthénie);
- une immaturité et un mauvais contrôle thymique.

#### 4. La personnalité psychotique : 1 cas

L'analyse de l'observation 10 a permis de retrouver dans les antécédents :

- à 18 ans un épisode d'excitation avec
  - . vécu délirant de type persécutif centré sur des idées mystico-politiques ;
  - . appauvrissement des contacts sociaux et refuge dans une activité mystique mal adaptée ayant régressé en 5 mois sous chimiothérapie (Largactil uniquement)
- depuis sa sortie, prend 25 mg de Largactil tous les soirs, critique son délire, mais boit, dès 1964 à titre épisodique puis régulièrement trois à quatre fois par semaine, car boire selon lui est "l'antidote de l'insomnie" et la "seule activité qui améliore ses contacts avec autrui". Exprime-t-il par là que l'alcool le raccroche à la réalité ou constitue pour lui un mécanisme d'évitement d'une situation angoissante ?

#### 5. Quant à l'observation 4 :

Les renseignements fournis par la fille ne nous ont pas paru significatifs ni d'une personnalité névrotique certaine, ni d'autre structure psychotique ; force nous a été d'évoquer sans arguments valables un comportement alcoolique paroxystique de type alcoolose ou même somalcoolose au sens de Fouquet, eu égard au caractère dissimulé, intermittent, paroxystique et solitaire de la

consommation et à l'absence totale du choix de boissons alcoolisées à ingérer.

6. Il en est de même de l'observation 5 dont il n'a pas été possible d'apporter une précision sur la personnalité du malade malgré les renseignements recueillis. S'agit-il d'un état crépusculaire épileptique révélé par l'alcool ? L'EEG pratiqué à deux reprises n'a montré ni d'anomalies paroxystiques, ni de signes focalisateurs. Une structure psychotique n'a pu être non plus mise en évidence, le MMPI n'ayant pas été pratiqué.

#### D. ASPECTS THERAPEUTIQUES

Deux aspects différents ont été étudiés :

##### 1. Traitement médicamenteux des complications psychiatriques métaboliques et carentielles de l'alcoolisme.

a) Les ivresses pathologiques : nos trois cas (Obs. 5, 6 et 8) n'ont bénéficié que du traitement tranquillisant classique (Valium 10 mg, Equanil en injection intramusculaire) qui nous a permis de contrôler en quelques heures l'agitation excito-motrice (Obs. 5), anxieuse (Obs. 6), et confuso-onirique (Obs. 8) par l'obtention d'un sommeil calme.

b) Les formes psychiatriques aiguës de l'alcoolisme chronique : le traitement institué au cas No. 9 a associé :

- un traitement général

: réhydratation massive (trois litres de liquide par jour per os dont deux litres de liquide sucré et un litre de boisson tiède) ; sérum glucose hypertonique, chlorure de potassium 1 ampoule, spécilline G 2 millions d'unités par jour ;

: vitaminothérapie B (B1 400 mg, B6 500 mg

injectables par jour.

- un traitement sédatif de 10 jours au total :

- . Valium 1 ampoule, Equanil 1 ampoule,
- . Halopéridol 1 ampoule, en injections intramusculaires, alternées toutes les trois heures jusqu'à obtention du sommeil (après 48 heures). Les injections ont été ensuite faites à la demande au cours de la journée (chaque ébauche d'agitation appelle une nouvelle injection, soit de Valium 1 ampoule et Equanil 1 ampoule, soit d'Halopéridol 1 ampoule) et obligatoirement le soir.
- . Curethyl A 20 cc en injection intraveineuse biquotidienne les cinq premiers jours, puis quotidienne les trois jours suivants.
- . Une hépatothérapie substitutive par voie injectable.
- . Une cure antipalustre injectable.

L'amélioration clinique et psychiatrique a été passagère et incomplète au bout de 10 jours :

- Persistance d'idées fixes post-oniriques et d'une fièvre vespérale, cette dernière ayant contribué à la découverte de la tuberculose pulmonaire ;
- Evolution fatale au cours d'un 3e épisode hémoptysique, le traitement

antituberculeux étant à peine commencé (Streptomycine 1 g, INH 400 mg Tréacator 1 suppositoire par jour).

c) Les formes psychiatriques subaiguës de l'alcoolisme chronique.

Encéphalopathie subaiguë de type Gayet-Wernicke : trois cas (Obs. 1, 7 et 10) ont été soumis à une vitaminothérapie du groupe B par voie intramusculaire (B1 500 mg, B6 500 mg par jour), à une perfusion de sérum glucosé hypertonique à 15 % (500 ml par jour pendant 10 jours dans l'observation 1, 5 jours dans l'observation 7, et 7 jours dans l'observation 10), à une correction du déséquilibre-ionique consistant en l'administration parentérale de chlorure de potassium, à une antibiothérapie à raison de 1 million d'unités de Spécilline G par jour, à une thérapeutique anxiolytique (Valium 20 mg, Equanil 800 mg par jour) et à une cure antipalustre (Obs. 10). La résolution du tableau psychiatrique a été obtenue plus ou moins rapidement, après 20 jours (Obs. 1), 15 jours (Obs. 7) et 12 jours (Obs. 10).

- **Quant au délire alcoolique subaigu,** l'évolution a été rapidement régressive en 5 jours (Obs. 2), 6 jours (Obs. 3) sous vitaminothérapie par voie intramusculaire (B1 200 mg, B6 200 mg), thérapeutique anxiolytique (Valium 10 mg, Equanil 400 mg par jour) et sous neuroleptique (25 mg de Largactif en injection intramusculaire le soir).

d) Les formes psychiatriques chroniques de l'alcoolisme chronique.

Le cas de l'Obs. 4 n'a pas été du tout influencé par le traitement sédatif institué pendant 2 mois (Valium, Equanil en injection intramusculaire 2 fois par jour, Largactil 25 mg le soir) ; par contre, la confirmation diagnostique de la myocardie béribérique surajoutée a été apportée par l'évolution heureuse des œdèmes et du souffle systolique sous vitaminothérapie B en une semaine.

## 2. Traitement de l'appétence alcoolique.

Il a été envisagé sérieusement chez 6 de nos malades (encéphalopathie de Gayet-Wernicke : 2 cas ; délire alcoolique subaigu : 2 cas ; ivresse anormale : 2 cas), mais en vain.

a) **Nous ne revenons pas sur la classique mauvaise foi des éthyliques, mais il nous paraît intéressant de signaler, à la lumière des entretiens que nous avons eus avec nos malades, la rareté de demande de thérapeutique, tenant :**

- au refus d'admettre la condition pathologique de l'alcoolisme. Le caractère simpliste des arguments avancés : "on communie à l'église ou au temple en buvant du vin, pourquoi ne boirions-nous pas un peu plus chez nous ?", ou "on ne meurt qu'une fois", ou alors "les privilégiés boivent bien au cours de leurs fêtes, pourquoi pas nous ?", illustre à notre avis ce refus.

- à la faiblesse de l'image de l'antialcoolique qui les escorte ou les entoure ; en effet, les conjoints en général ont une attitude trop maternante au début, ne voulant pas certainement heurter les susceptibilités du principal soutien matériel de la famille ; l'employeur s'est contenté jusqu'ici de procéder

dans l'ensemble à des affectations disciplinaires si le malade est fonctionnaire ; les représentants de l'ordre sont connus pour leur accueil des tapageurs nocturnes pendant une ou à la rigueur deux nuits "au violon" ; l'hôpital est souvent prêt à prodiguer des soins au hasard d'une hospitalisation pour état d'ivresse.

b) **Quand la cure est réclamée** par l'entourage ou demandée plus ou moins sincèrement par le malade (il s'agit ici de 7 des 20 cas à dossiers incomplets ne figurant pas dans nos observations), nous avons noté dans les motivations :

- une expression moins souple de l'image de l'antialcoolique (menace de licenciement : 2 cas ; effondrement économique du groupe familial : 3 cas) ;
- des sentiments d'autoculpabilité à la suite du décès du conjoint : 1 cas ;
- un projet de mariage : 1 cas.

Dans ces cas :

b.1. l'hospitalisation nous a permis d'abord d'engager le bilan para-clinique, ensuite de contrôler le sévrage :

- 1 cas seulement a nécessité des injections intraveineuses d'alcool glucosé hépatisé à doses décroissantes pendant une semaine ;
- les sédatifs (Equanil et Valium en comprimés le soir), les vitamines du groupe B et les extraits hépatiques ont été systématiquement administrés.

b.2. la cure proprement dite s'est adressée au Disulfirame à raison de 0,25 g (1/2 comprimé) par jour le matin. Les épreuves de dégoût ont été commencées dès la fin de la première semaine de la prise du Disulfirame au rythme de deux fois par semaine avec du vin et du rhum pendant deux semaines seulement, au terme desquelles la sortie a été permise.

b.3. résultats :

b.3.1. résultats immédiats :

Des 7 cas, nous avons distingué deux groupes :

- 6 cas ont présenté des réactions disulfirame-alcool allant de la simple congestion du visage à l'état de malaise avec tremblement, asthénie, sensation vertigineuse, vomissements, tachycardie ; 4 malades ont accepté les 4 épreuves jusqu'à la fin ; les deux autres les ont refusées par crainte du malaise ;
- 1 cas s'est vu refusé la poursuite de la cure de dégoût à cause d'une part de la survenue, lors de la première épreuve, d'un choc (hypotension à 6, extrémités froides, respiration superficielle, vomissements) rapidement réversible sous vitaminothérapie B intensive et perfusion de Cortine naturelle, d'autre part de la découverte systématique d'une névrite rétrobulbaire bilatérale, d'un ulcère médio-bulbaire quelques jours après la première épreuve.

### b.3.2. résultats lointains :

Sur 7 cas traités, nous avons enregistré deux ans après la cure :

- 3 résultats considérés comme bons ; ces malades sont vus périodiquement en post-cure (au début tous les 3 mois, actuellement tous les 6 mois, accompagnés de leurs femmes) et prennent régulièrement chaque matin leur demi-comprimé d'Espéral ; aucune rechute ne nous a été rapportée.
- 2 malades n'ont pas été revus en post-cure.
- 1 cas de rechute nous a été signalé, malgré l'ulcère et la névrite optique rétrobulbaire.

- le dernier cas nous a paru intéressant à signaler, étant la première observation à notre connaissance à Madagascar d'un syndrome confusionnel qu'on peut rapporter à la prise de Disulfirame. Il s'agit de RAJ..., 52 ans, ayant subi une cure de désintoxication, (0,25 g de Disulfirame depuis 12 mois), reconnu par la suite abstinent par sa femme et son entourage : un soir se sont déclarés brutalement des troubles du comportement avec appoint dépressif important. Le lendemain (18 octobre 1972) le malade est amené dans le Service de Neuro-Psychiatrie avec désorientation temporo-spatiale à recrudescence vespérale, bouffées anxieuses, et absence de phénomène hallucinatoire ou illusionnel. L'enquête a pu établir formellement qu'il s'agit d'une confusion mentale due au Disulfirame seul ; en effet, le malade reconnu abstinent ne se frictionne pas après rasage avec des lotions alcoolisées, mais se lave le visage uniquement à l'eau chaude ; aucun épisode d'inhalation méconnue d'alcool n'a été mis en évidence ; le syndrome confusionnel a régressé complètement en 6 jours avec l'arrêt du Disulfirame et l'institution d'une vitaminothérapie B par voie intramusculaire (B1 500 mg, B6 250 mg par jour) ; les œdèmes constatés au début ayant fondu rapidement dès le deuxième jour, nous pensons que le facteur hypothiaminique d'origine carencielle a pu potentialiser le pouvoir neuro-toxique du Disulfirame.

#### c) La post-cure :

Elle est de réalisation difficile à Madagascar, faute de service approprié : elle revient surtout à la consultation du service qui a entrepris la cure et rarement au service médical de l'entreprise qui l'a demandée.

Elle s'est adressée :

- d'abord au malade lui-même et si souvent au début, il nous a été impossible de ne recourir qu'à des attitudes moralisatrices, nous avons surtout visé par la suite à revaloriser le sujet dans la société et dans sa profession. Il ne nous a pas été facile de lutter contre les préjugés ;

- ensuite à l'entourage familial : dans la plupart des cas traités, nous avons beaucoup bénéficié de la collaboration de l'entourage familial ; le conjoint est convoqué au moins mensuellement, à l'insu de l'ancien intempérant, et s'est toujours montré très coopérant dans la surveillance de l'administration journalière du demi-comprimé de Disulfirame.

Mais il nous faut beaucoup considérer le nombre de plus en plus croissant de dépôts de boissons alcoolisées qui, s'il faut y voir un appoint économique

national certain, n'est pas sans renforcer la conviction de nos appétents éthyliques que l'alcoolisme fait partie de l'évolution du pays.

### E. ASPECTS EVOLUTIFS

Un mois après les épisodes confuso-oniriques (Obs. 1, 2, 3, 7 et 10), l'estimation grossière de la détérioration mentale par des procédés élémentaires, donc insuffisants mais inspirés des tests de vocabulaire et de mémoire (ces procédés ont tenu compte, bien sûr, des afférences géographiques, dialectiques et culturelles, surtout pour les tests de vocabulaire) a donné :

- dans le test de Binois et Pichot (nous avons utilisé 20 mots malgaches inducteurs et 6 réponses pour chaque mot inducteur dont une seule juste):
  - . une réduction assez importante du vocabulaire chez les malades traités pour encéphalopathie de Gayet-Wernicke (Obs. 1, 7 et 10)
  - . des réponses justes de la part de ceux chez lesquels le diagnostic de délire alcoolique subaigu a été porté (Obs. 2 et 3) ;
- dans le test de rétention visuelle de Benton, un échec total aussi bien dans la reproduction de mémoire des bonnes que des mauvaises formes dans les suites de l'encéphalopathie de Gayet-Wernicke, et des résultats médiocres dans celles du délire alcoolique subaigu. Ces résultats ne sont pas sans présager chez l'alcoolique malgache l'évolution rapide vers un état démentiel ; nous manquons évidemment de recul pour confirmer ou non un tel envisagement pessimiste de l'avenir de nos éthyliques.

### F. PROPHYLAXIE SOCIALE DE L'ALCOOLISME A MADAGASCAR

Beaucoup de projets intéressants ont été élaborés par la jeune République Malgache pour lutter contre l'alcoolisme :

1. **Les mesures sanitaires** (placement dans des centres de rééducation spécialisés des alcooliques non atteints de troubles mentaux, mise en place des dispensaires d'hygiène mentale) se sont heurtées aux conditions économiques de pays sous-développés. L'alcoolémie exigée seulement chez les auteurs présumés d'un crime, délit ou accident de circulation, ne peut se pratiquer que dans les formations hospitalières importantes, encore très rares à Madagascar.

2. **Les mesures économiques. Elles réglementent :**

a) **la fabrication des boissons et des produits alcooliques** : "Nul ne peut distiller ni mettre en fermentation des jus de canne à sucre, sirops, mélasses et autres matières propres à la production de l'alcool sans en avoir l'autorisation" (article 1er du régime de la fabrication des boissons et des produits alcooliques - Décret No. 61-467 du 14 août 1961).

b) **le transport et la distribution de boissons alcoolisées.**

c) **la vente et la circulation de l'alcool.**

3. **Des mesures d'ordre social :**

a) **la création d'un organisme d'études sur l'alcoolisme** auprès de la République Malgache (Haut Comité d'Etudes et d'Information sur l'alcoolisme à

Madagascar, siégeant à Tananarive, avec services provinciaux) qui a pour mission de "réunir des éléments d'information sur les questions relatives à l'alcoolisme et de proposer aux autorités auprès desquelles il est placé les mesures de tous ordres susceptibles de diminuer l'importance de l'alcoolisme et d'informer le public des dangers du développement de l'alcoolisme en général (Décret No. 61-467 du 14 août 1961).

b) la répression de l'ivresse publique et la protection des mineurs contre l'alcoolisme : loi No. 61-053 du 13 décembre 1961.

c) l'interdiction de la publicité et de la vente des boissons alcoolisées sur les stades, terrains de sport, piscines, sièges des sociétés sportives ou d'associations de jeunesse, salles de cinéma et de théâtre.

4. Des mesures d'ordre moral et religieux entreprises depuis 1928 par la Croix-Bleue malgache : éducation continue des fidèles et notamment des jeunes.

### CONCLUSION

L'alcoolisme malgache présente certaines particularités dignes d'intérêt :

#### 1. Des conditions étiologiques dominées par plusieurs facteurs :

- a) Un terrain préalablement malnutri, l'hypovitaminose B et l'hypoprotidémie étant les facteurs les plus importants, aggravé par la mauvaise denture, et l'association fréquente de l'alcoolisme et du cannabisme.
- b) Des circonstances déclenchantes propres à Madagascar et à l'Afrique : paludisme, tuberculose pulmonaire, pneumonie, qu'il faut savoir à tout prix découvrir, étant donné leur rôle dans l'appréciation pronostique ;
- c) Des quantités de boissons alcoolisées en général modérées et surtout ingérées non journalièrement, donc non régulièrement et dont les doses moyennes extrapolées journalièrement (1,20 litre de vin ou 0,30 litre de rhum à moins de dix ans) sont capables de réaliser rapidement:

#### 2. Des tableaux neurologiques et psychiatriques relevant classiquement des consommations journalières plus importantes dans les pays européens ; dans notre série, nous avons totalisé 11 cas :

- ivresse pathologique .....	3 cas
- encéphalopathie alcoolique de type Gayet-Wernicke .....	4 cas
- delirium tremens .....	1 cas
- délire alcoolique subaigu de Lasègue .....	2 cas
- psychose polynévritique de Korsakow .....	1 cas

#### 3. Des aspects psycho-pathologiques variés :

- a) Absence et faiblesse de l'image paternelle chez des individus immatures psycho-affectifs ..... 5 cas
- b) Recherche de la volupté dans l'action euphorisante de l'alcool chez une personnalité psychopathique ..... 1 cas

- c) **Personnalité névrotique** ..... 2 cas
- d) **Alcoolisme, mécanisme d'évitement d'une situation anxiogène chez une personnalité psychotique** ..... 1 cas
- e) **Mécanismes psychopathologiques difficiles à classer** ..... 2 cas

4. **Quant au traitement médicamenteux, nous avons surtout constaté que :**

- a) Les tableaux psychiatriques ont été en général rapidement résolutifs sous traitement tranquillisant à doses journalières très modérées (Diazépam 20 mg, Méprobamate 800 mg au maximum par voie injectable) et de neuroleptiques (Chlorpromazine 25 mg au total).
- b) L'état général s'est amélioré progressivement dans l'ensemble, avec reprise de l'appétit et du poids sous vitaminothérapie du groupe B (200 à 500 mg de B1, 250 à 500 mg de B6 par voie intramusculaire).

5. **La cure de désintoxication** instituée chez sept malades nous a permis d'observer après deux ans de recul - délais insuffisants certes - trois résultats considérés comme bons ; quant au reste, nous avons eu à déplorer :
- l'absentéisme de deux de nos malades en post-cure ;
  - la survenue d'un syndrome confuso-agité sans phénomènes hallucinatoires sous disulfirame, sans notion ni d'ingestion méconnue, ni d'inhalation d'alcool après enquête ;
  - une rechute.

Il est vrai qu'à Madagascar les conditions du sous-développement ne permettent pas la réalisation des projets intéressants, tels que la mise en place de dispensaires d'hygiène mentale et la création de nouveaux services hospitaliers spécialisés, ce qui explique que la post-cure incombe souvent à la consultation des services - fort rares - qui ont entrepris la cure.

6. **La prophylaxie de l'alcoolisme à Madagascar** repose surtout sur :

- des mesures économiques ;
- des mesures d'ordre social visant à protéger les mineurs contre l'alcoolisme, à réprimer l'ivresse publique et à interdire la publicité et la vente des boissons alcoolisées dans certains établissements (scolaires, sportifs, confessionnels et artistiques) ; un centre officiel d'information sur l'alcoolisme et ses conséquences existe depuis 1961 ;
- des mesures d'ordre moral, mises en place par la Croix-Bleue malgache depuis 1928.



## R E S U M E

Les auteurs rapportent 11 cas de pathologie psychiatrique propre à l'alcoolisme dans leur pays en dégagant les caractères étiologiques, symptomatiques et cliniques, en isolant les formes aiguës et chroniques, les aspects psychopathologiques, évolutifs sous traitement médicamenteux et en post-cure.

Ils insistent :

- sur la rapidité de la survenue des complications neuropsychiatriques, à cause sans doute de la fréquence de l'hypovitaminose B1 et de l'hypoprotidémie à Madagascar.

- sur le rôle à la fois déclenchant et aggravant du paludisme, de la congestion pulmonaire de type pneumonique, de la tuberculose pulmonaire.

- sur la fréquence de l'incidence myocardo-béribérique et de l'association à la cirrhose hépatique.

- sur la fréquence de l'association alcoolo-cannabique.

- sur le caractère rapidement efficace dans la majorité des cas du traitement sédatif et neuroleptique, même à des doses modérées, et de la vitaminothérapie du groupe B à des doses allant jusqu'à 500 mg de Thiamine et de Pyridoxine.

Enfin, ils posent le problème du traitement en post-cure, de la malnutrition, de l'alcoolisme en général, auquel l'Etat Malgache essaie - depuis son indépendance - de résoudre, grâce à des moyens malheureusement très limités.

## BIBLIOGRAPHIE

- ALAJOUANINE Th., CASTAIGNE P., CONTAMIN F. et LEBOURGES J. : Sur 10 cas d'atrophie cérébelleuse de type cortical tardif (Pierre Marie-Foix-Alajouanine) observés chez des alcooliques.  
Revue Neurologique, 1959, 100, No. 5, 411-429.
- AMSTUTZ Cl. : Les atrophies cérébrales alcooliques.  
Thèse Médecine - Paris, 1958, 130 p.
- ANGELERQUES R. : Le syndrome mental de Korsakow. Etude anatomo-clinique. Vol. des comptes rendus du 56ème Congres de Psychiatrie et de Neurologie de langue française. Strasbourg, 21-26 juillet 1958.  
Masson Editeurs, Paris, p. 83-175.
- BOUDIN G., BARBIZET J. et BRION S. : A propos de deux observations de dégénérescence du corps calleux. Existe-t-il un syndrome clinique de la maladie de Marchiafava-Bignami ?  
Revue Neurologique, 1957, 97, No. 6, 433-449.
- BOUDIN G. et LAURAS A. : Le délirium tremens.  
Monographies médicales - Flammarion, 1960.
- COIRAULT R. : Étude clinique et thérapeutique des intoxications alcooliques.  
EMC Psychiatrie, 37.630 A60, 11-1961.
- CREMIEUX A., BOUDOURESQUES J. et TATOSSIAN A. : Complications neurologiques de l'alcoolisme (en dehors des polynévrites).  
EMC Neurologie, 17.034 C10, 7-1960.
- DELAY I., BRION S. et ELISSALDE B. : Corps mamillaires et syndrome de Korsakow. Etude anatomique de 8 cas de syndrome de Korsakow d'origine alcoolique sans altération significative du cortex cérébral.  
Presse Médicale, 1958, 66, 1849-1852 et 1965-1968.
- EY H. : Etudes psychiatriques, Vol III : Structure des psychoses aiguës et destruction de la conscience.  
Brouwers et Cie - Paris, 1954.
- FOUQUET P. : Névroses alcooliques.  
EMC Psychiatrie, 37.380 C10 et C20, 2-1955.
- GIRARD P., DEVIC M. et GARDE A. : L'encéphalopathie de Gayet-Wernicke des alcooliques. Rapport à la 21ème Réunion Neurologique Internationale.  
Revue Neurologique, 1956, 94, No. 5, 493-527.
- HECAEN H. et AJURIAGUERRA J. de : Les états délirants alcooliques.  
Revue Neurologique, 1956, 1, 94, No. 5, 538-557.
- ISRAEL L., COUADAU A. et RILLER M. : A propos des femmes d'alcooliques.  
Réunion de Psych. de l'Est du 7 mai 1966.
- LEREBoullet J., PLUVINAGE R., VIDART L. et AMSTUTZ Cl. : Thérapeutique des encéphalopathies alcooliques. Problèmes médico-sociaux. Rapport à la 21ème Réunion Neurologique Internationale.  
Revue Neurologique, 1956, 94, No. 5, 556-584.
- MICHAUX L. et BUGÉ A. : Etude clinique des délires alcooliques aigus.  
Revue Neurologique, 1956, 94, 480-492.
- MOUREN P. et Collaborateurs : L'hallucinoïse éthylique. Etude psycho-pathologique.  
Annales Médico-Psychologiques, février 1965, 223-251.
- SUTTER J.M., PELICIER Y., LUCCIONI, SCOTTO J.Cl. et FORRATA A. : La "mauvaise foi" des éthyliques.  
Excerpta Médica, Internatio, Conar. Ser. (Pays-Bas)
- TOMMASI M. : Les encéphalopathies des éthyliques.  
Thèse Médecine, Lyon, 1957, 1 vol, 157 p.
- VALLET R., DESCHAMPS G., BEAUSEJOUR T. et LAVIET M. : A propos de quelques femmes alcooliques.  
Revue Alcoolisme, 1965, II, No. 1, 29-44.