de causer des ravages comparables à ceux qu'engendre l'usage prolongé des injections de morphine.

Mais que l'intoxication chronique soit due à l'absorption de laudanum, d'extrait thébaïque ou de morphine, que cette absorption se fasse par la voie gastrique ou par la voie hypodermique, les conditions du traitement restent les mêmes : toutes les considérations relatives à la cure de la morphinomanie s'appliquent aux autres modes d'intoxication par les opiacés, avec cette seule différence que la guérison, dans ces derniers cas, sera plus facile à obtenir[1].

Les morphinomanes justiciables d'une intervention thérapeutique, ceux que l'on est exposé d'ordinaire à rencontrer dans la pratique, peuvent être distingués en deux catégories principales :

1° Au premier degré de l'intoxication se trouvent les sujets que M. Debove a dénommés les *petits morphinomanes*[2].

Les malades de cette catégorie sont nombreux, bien plus nombreux, même à Paris, qu'on ne le suppose en général; relativement indemnes au point de vue mental, ils sont devenus des habitués de la morphine, par suite d'une intervention thérapeutique où l'emploi de l'alcaloïde était justifié à l'origine et se rendent compte des dangers de l'intoxication qu'ils subissent. Durant des périodes de temps parfois surprenantes, ils ne font qu'un usage très modéré de l'alcaloïde, se limitant d'eux-mêmes à une véritable *ration d'entretien*, c'est-à-dire n'usant que de la *dose nécessaire et suffisante* de morphine qui leur permette d'échapper aux souffrances de l'abstinence morphinique.

La plupart des *petits morphinomanes* ont encore assez d'énergie pour vouloir guérir et guériront en effet si vous les aidez de vos conseils, de vos encouragements et surtout si vous leur ordonnez une médication appropriée[3].

2° A un degré plus accentué de la *morphinisation chronique*, on rencontre les *grands morphinomanes*, qui sont d'une manière intermittente les hôtes des maisons de santé, des hôpitaux, des asiles d'aliénés où des prisons[4].

Cette classe correspond à celle des *morphinisés délirants* de Pichon, des *maniaques de la morphine* de Chambard, et comprend les dégénérés de toutes nuances que le moindre prétexte thérapeu-

1. On peut voir éclore parfois des troubles de la nutrition assez graves chez de très jeunes enfants que des nourrices gavent de sirop de pavot blanc pour obtenir un repos nocturne : la cessation immédiate de cette pratique condamnable entraîne, en pareil cas, très rapidement la cessation des accidents observés.

2. Synonymie : néo-morphinomanes (Joffroy); morphinisés (Pichon); morphinomanes hésitants (Chambard).

3. Debove, Leçon sur la morphinomanie (*Presse méd.*, n° 9, 1er février 1899).

4. Debove, *loc. cit.*

tique et plus souvent encore la recherche de sensations nouvelles conduisent d'emblée à un usage immodéré du poison.

Ici le sujet ne se contente plus, comme le petit morphinomane de Debove, de la *ration d'entretien*. Ce qu'il faut à tout prix, c'est une *ration de luxe* qui lui procure à coup sûr l'euphorie avec tout son cortège d'illusions et de rêves[1].

Suppression de la morphine. — La cure des morphinomanes de toutes nuances présente de réelles difficultés et il faut savoir que pour être menée à bonne fin elle doit être pratiquée par un médecin connaissant bien le mécanisme de la démorphinisation. Confier de pareils malades à des mains ignorantes ou inexpérimentées serait commettre au point de vue déontologique une *faute lourde*, car on exposerait le sujet aux accidents les plus graves, tels que le collapsus avec toutes ses conséquences. C'est qu'en effet la partie active du traitement consiste à faire éliminer la morphine qui se trouve dans l'organisme. Or que devient celle-ci après une absorption prolongée? Une partie est éliminée par le rein, les glandes de l'estomac, les glandes salivaires; une autre partie est certainement emmagasinée, comme le prouvent les autopsies et les recherches chimiques publiées par Ball, Pouchet et nous-même[2], où la présence de la morphine a pu être constatée qualitativement dans les différents organes, notamment dans le foie, dans les reins et dans le cerveau[3]. Lorsqu'on démorphinise un malade, on provoque donc chez lui, comme le dit M. Sollier, « en déterminant l'élimination du poison qui l'intoxique, une véritable *maladie expérimentale* qui offre une grande analogie avec une maladie infectieuse ». Plus l'infection sera aiguë, plus la réaction de l'organisme sera vive. Mais la comparaison de la démorphinisation avec une maladie infectieuse ne doit point être poussée jusqu'à ses extrêmes limites, car il existe une différence capitale entre l'une et l'autre, c'est que dans le premier cas l'organisme était auparavant sain et résistant, tandis que dans la dé-

1. Nous devons citer ici, pour être complet, une autre catégorie de malades que l'on observe rarement : ce sont les *dipsomanes morphiniques* absolument comparables aux *dipsomanes alcooliques*. Ces obsédés et ces impulsifs, qui guérissent sous l'influence de l'internement et d'un traitement psycho-thérapique approprié, correspondent aux *morphinomanes vrais* de Magnan, aux *morphinisés impulsifs* de Chambard, et rentrent dans la catégorie des *toxicomanes* de Sollier. Levinstein, Magnan, Lancereaux, Bianchi les ont décrits : voir à ce sujet Antheaume et Leroy, De la dipsomanie morphinique (*Revue de psychiatrie*, 1899) et Sollier, Les toxicomanes (Congrès de Lille, 1899).

2. Antheaume et Mouneyrat, Sur quelques localisations de la morphine dans l'organisme (*Comptes rendus de l'Acad. des sciences*, 21 juin 1897).

3. Consulter, au sujet de l'élimination de la morphine, les travaux de Rosenbaum, Burkart, Levinstein, Marmé, Quesneville, Notta, Dragendorff, Kautzmann, Alt, Rosenthal, Ball, Pouchet et les leçons du professeur Joffroy sur la morphinomanie, publiées dans la *Gaz. hebdom. de méd. et de chir.*, 19 novembre, 3 et 10 décembre 1899.

morphinisation celui-ci est déjà débilité. Les premiers symptômes que l'on observe chez un sujet ainsi sevré de morphine sont des symptômes de dépression, puis d'excitation nerveuse. Le sujet devient pâle, triste, inquiet, étranger au monde extérieur; il est incapable d'aucun travail, d'aucun effort intellectuel; puis il s'agite et éprouve un sentiment de faiblesse et de lassitude qui le force à se coucher de temps à autre.

A un degré plus avancé, du délire peut apparaître; on peut même observer un véritable accès de manie aiguë (comparable au *delirium tremens* alcoolique), accès désigné par Pichon sous le nom de *delirium tremens* amorphinique. Celui-ci peut s'accompagner d'hallucinations et d'impulsions au suicide et à l'homicide.

Des crises convulsives, des accès hystériques ou hystéro-épileptiques peuvent être la conséquence de la privation du poison et s'ajouter aux symptômes psychiques qui viennent d'être signalés. La faiblesse du cœur est un des signes les plus graves de l'abstinence morphinique; les battements cardiaques se ralentissent, s'affaiblissent, puis deviennent irréguliers; le *collapsus* cardiaque est alors à redouter. L'appareil digestif est un de ceux qui sont les plus atteints, car on sait que les glandes de l'estomac et vraisemblablement de l'intestin jouent un grand rôle dans l'élimination du poison. Aussi observe-t-on, à la suite de la suppression de la morphine, des *vomissements répétés*, des *diarrhées* profuses qui peuvent amener de l'algidité et même de l'asphyxie bulbaire par suite de la soustraction considérable de liquide faite à l'organisme.

Telles sont les manifestations les plus redoutables de cette maladie expérimentale que l'on se propose de provoquer en démorphinisant le patient. Il est à peine besoin de faire remarquer que ce complexus symptomatique varie suivant que la suppression du poison accoutumé est plus ou moins rapide, plus ou moins complète et suivant aussi la résistance des sujets, l'ancienneté et le degré de l'intoxication. Ce sont là autant de facteurs que le médecin devra connaître avant de faire œuvre de thérapeute et qui l'invitent avant toutes choses à mettre d'abord le patient en état de supporter les dangers du sevrage morphinique.

La cure des morphinomanes devra s'effectuer suivant deux phases distinctes et successives, l'une qui aura pour objet principal le *traitement préparatoire à la démorphinisation*, l'autre qui comprendra la *démorphinisation* proprement dite.

Traitement préparatoire. — Il est presque de règle qu'un morphinomane s'administre une ration supplémentaire de morphine avant de se confier résolument au médecin, et il est fréquent aussi de voir, pendant le cours de l'intoxication, des malades user de leur

stimulant habituel en quantité beaucoup plus grande que ne l'exige réellement leur état de besoin. La première indication à remplir doit être précisément d'élucider ces différents points et, connaissant la technique adoptée par le patient, de lui enlever précisément, s'il y a lieu, cette *ration de luxe*, pour ne lui laisser que la *ration d'entretien*, c'est-à-dire la dose minima de morphine qui ne s'accompagne pas de symptômes d'abstinence.

C'est là une pratique excellente, qui nous a toujours donné, à la Clinique de Sainte-Anne, les meilleurs résultats, pratique dont l'application n'est pas malaisée, pourvu que l'on sache que la dose de morphine à administrer ainsi par vingt-quatre heures varie, dans la majorité des cas, de 50 à 30 centigrammes chez les *grands morphinomanes*, et que l'on ait soin de bien *réglementer l'heure des piqûres*.

Dans ces conditions, on a de grandes chances d'empêcher très rapidement le malade de souffrir et de le placer dans de bonnes conditions d'observation médicale.

Cette réglementation établie, le moment est favorable pour s'assurer de l'*état des organes dont le fonctionnement est le plus habituellement compromis par l'intoxication morphinique*. Ce sera le cas d'examiner notamment l'état de l'appareil circulatoire, de l'appareil urinaire et des voies digestives. On comprend combien il est important d'être renseigné sur le fonctionnement du système cardio-pulmonaire au moment où le cœur est appelé à faire un effort considérable. Il faudra tenir compte, non seulement de l'existence de lésions orificielles bien constatées, mais il sera nécessaire d'être fixé sur la qualité du muscle cardiaque. On sait combien la dégénérescence graisseuse et la dilatation du cœur sont fréquentes au cours de l'intoxication morphinique : les tracés sphygmographiques pourront fournir des indications précieuses à cet égard.

L'intégrité des voies urinaires devra aussi être recherchée (bien que le rein joue ici un rôle moins prépondérant qu'on ne le croyait autrefois), car le pronostic de la guérison peut varier sensiblement, suivant le degré de perméabilité rénale. Dans les cas douteux, il ne faudra point hésiter à avoir recours à l'étude de la fonction rénale chez les sujets, en faisant l'épreuve du bleu de méthylène.

L'examen de la glande hépatique, l'absence de tout signe d'insuffisance hépatique constatée par les moyens ordinaires compléteront les données relatives aux grandes fonctions éliminatoires de l'organisme. On s'assurera que l'intestin est libre, on recherchera si l'estomac est dilaté; une analyse du suc gastrique pourra même être utilement pratiquée.

Cet examen du malade peut fournir les indications d'un trai-

tement préventif; si, par exemple, on trouve chez un morphinomane une gastrite alcoolique, il convient de prescrire l'abstinence complète des boissons alcoolisées et, après avoir mis le malade au régime de l'eau et du lait, d'attendre la disparition de tous les accidents gastro-intestinaux avant de songer à la suppression de la morphine.

C'est encore en s'inspirant de cette ligne de conduite qu'il y a lieu de pratiquer par la suppression brusque le *traitement préalable des intoxications surajoutées* si souvent au morphinisme chronique, qu'il s'agisse, non plus seulement de l'alcool, mais de la *cocaïne*, de l'*éther* ou du *chloral*, etc. L'expérience journalière est là pour démontrer l'efficacité de ce *modus faciendi*, qui n'a d'autre inconvénient, en général, que celui de troubler, dans une mesure limitée, la quiétude morale du patient.

Dans le même temps, il ne faut pas perdre de vue que la démorphinisation consiste essentiellement dans l'élimination de la morphine, devenue, dans une certaine mesure, partie intégrante de l'organisme; d'où l'indication de *préparer les voies de cette élimination*. C'est ainsi qu'on devra s'efforcer de rendre le rein aussi perméable que possible, qu'on augmentera la diurèse, non seulement par le traitement hydrique, mais encore par l'usage du thé, du café ou même de la spartéine à doses modérées (O. Jennings) et qu'on activera les fonctions cutanées en instituant un traitement méthodique par l'hydrothérapie.

Est-il besoin d'ajouter que le patient placé dans les meilleures conditions hygiéniques devra éviter tout surmenage, toute préoccupation intellectuelle ou morale, toute fatigue physique?

Le morphinomane, ainsi réglementé de toutes manières, doit être *suralimenté*, et « l'on ne peut songer à le démorphiniser en supprimant *sa ration d'entretien* de morphine que si l'état général s'est amélioré, si l'appétit est revenu et si le poids s'est accru de plusieurs kilogrammes, quel que soit le temps nécessaire à ce traitement préparatoire[1] ». Il n'est pas absolument indispensable d'isoler le malade dans un établissement spécial pendant cette période préliminaire, bien que ce soit toujours préférable; il suffit qu'il soit surveillé et qu'il veuille mettre à la disposition du médecin une bonne volonté d'autant plus facile à conserver que le mode d'administration de la morphine auquel il est soumis n'entraîne pour lui aucune souffrance intolérable. On peut n'avoir ainsi aucun mécompte, mais à la condition expresse d'excepter de cette pratique libérale les sujets qui se présentent comme étant de véritables toxicomanes.

1. Joffroy, *Soc. méd. des hôpit.*, 28 novembre 1899.

Démorphinisation. — Si la suppression de la ration de luxe chez les morphinomanes peut ne pas nécessiter l'isolement, il en est tout autrement quand il s'agit de supprimer la ration d'entretien, c'est-à-dire de pratiquer la démorphinisation proprement dite.

Pour avoir chance de guérir, le sujet doit alors quitter le milieu où sont nées ces habitudes funestes, abdiquer sa liberté entre les mains du médecin et être mis dans l'impossibilité absolue de se procurer ouvertement ou subrepticement de la morphine; en un mot, il faut l'isoler et instituer autour de lui une surveillance de tous les instants.

Malheureusement, c'est là qu'on se heurte, dans la pratique, aux plus sérieuses difficultés, car où et comment effectuer cet isolement? Poursuivre à domicile la réalisation d'un pareil but est, comme l'ont reconnu depuis longtemps tous ceux qui se sont occupés du traitement de la morphinomanie, une illusion pure; restent donc comme milieu du sevrage morphinique, l'hôpital, l'asile d'aliénés, la maison de santé. L'hôpital parisien n'offre, en fait, aucune garantie de succès, n'étant nullement organisé dans ce sens.

L'asile d'aliénés ne saurait convenir qu'à une catégorie restreinte de morphinomanes, puisqu'il n'existe pas en France de loi permettant l'internement de ces sujets, à moins qu'ils ne présentent des troubles mentaux qui diminuent leur libre arbitre. Reste la maison de santé spéciale, qui est le milieu d'isolement qui convient le mieux aux malades fortunés. Mais, pour y être traité, il faut que le patient y consente et surtout qu'il accepte de suivre le traitement jusqu'au bout. Or ce dernier engagement est difficile à tenir entre tous, car un tel morphinomane ne subit pas un internement au sens légal de ce mot, et seul un frein moral peut prolonger durant le temps nécessaire son séjour dans l'établissement. Quoi qu'il en soit, ce n'est qu'après avoir *isolé* le patient d'une *manière absolue et durable* qu'on pourra songer à commencer la démorphinisation.

Comment doit-on procéder pour supprimer la morphine?

Plusieurs méthodes s'offrent au choix du médecin. La plus ancienne, et généralement la moins bonne, consiste dans la *suppression progressive et lente*. Dans cette méthode, on diminue chaque jour d'une petite quantité la dose de morphine injectée la veille, en tenant compte de l'intensité des phénomènes d'abstinence que l'on observe. Ce mode de démorphinisation est susceptible de vives critiques. En premier lieu, le malade devant être traité durant un temps fort long, on ne peut que rarement le maintenir dans un isolement absolu, et il devient dès lors fort difficile d'empêcher qu'il ne se procure de la morphine. De sorte qu'au bout d'un certain temps, préoccupé, fatigué de souffrir, le malade perd courage et finit