Levinstein. Un autre avantage de la méthode rapide, c'est la courte durée de la démorphinisation permettant de consacrer un temps plus long à la convalescence.

En résumé, les indications relatives à l'emploi des différentes méthodes de sevrage morphinique sont les suivantes :

I. Tous les morphinomanes doivent subir le traitement préparatoire à la démorphinisation et l'on ne doit songer à pratiquer celle-ci que lorsque ce traitement préparatoire a donné des résultats nettement favorables.

II. La grande majorité des morphiniques et notamment les grands morphinomanes sont justiciables de la suppression rapide.

III. Les néo-morphinomanes et les petits morphinomanes peuvent être soumis à la suppression brusque, à condition d'être robustes, de ne pas présenter de tares névropathiques ou cardiaques et de ne pas s'injecter plus de 10 à 20 centigrammes de morphine par jour.

IV. Les sujets cachectiques, grands névropathes, cardiaques, ataxiques, doivent être soumis à la démorphinisation lente, qui peut aussi donner exceptionnellement, en ville, de bons résultats chez les petits morphinomanes de Debove.

Hygiène et traitement adjuvant. — Quelle que soit la solution à intervenir, il est une question qui se pose, c'est celle de savoir en quoi doivent consister les *règles hygiéniques et la médication adjuvante* auxquelles doit être soumis le patient, soit pendant la période d'état de la maladie expérimentale, ainsi provoquée, soit pendant la convalescence.

L'*alitement* du sujet, son *traitement moral* par le médecin et sa *suralimentation* sont trois facteurs hygiéniques qui jouent un rôle prépondérant pour favoriser la guérison. Bien veiller au régime alimentaire *constitue le vrai moyen d'éviter le collapsus*, ainsi que l'ont fait très justement remarquer un certain nombre d'auteurs et, entre autres, Levinstein, Sollier, etc. Une bonne nourriture composée surtout d'aliments azotés constituera un puissant auxiliaire de la régénération de l'organisme; comme boisson, on conseillera les diurétiques, l'eau, le lait, le café, mais il convient d'éviter l'usage de l'alcool. Comme l'a dit justement Mattison : « Employer l'alcool dans le traitement des morphinomanes, c'est exposer le malade à un autre danger et substituer les accidents de l'alcoolisme à ceux de la morphine ». Ce qui est vrai de l'alcool l'est *a fortiori* de la cocaïne et l'on ne doit pas oublier que c'est d'une erreur thérapeutique de ce genre, commise par Bentley, qu'est née la cocaïnomanie. Du reste, on doit poser en règle presque absolue qu'il faut être très réservé quant à l'administration des médicaments dans la

cure des morphinomanes[1]; aussi doit-on éviter en pareille matière l'usage des hypnotiques, tels que le chloral, le bromure, l'éther, le sulfonal, etc., que certains médecins recommandent parfois contre l'insomnie et l'agitation. Il n'y a pas lieu davantage d'administrer de l'opium à l'intérieur pour lutter contre les symptômes de l'abstinence, cette pratique ayant le grave défaut d'allonger inutilement le traitement et la période d'élimination de la morphine. Ce n'est guère que pendant la période critique de la suppression qu'il est indiqué d'intervenir contre les accidents de la démorphinisation. Les phénomènes prédominants sont alors les phénomènes nerveux.

Beaucoup de sujets que l'on démorphinise ont une véritable angoisse, accompagnée de malaise et d'énervement, ils prient et supplient qu'on leur rende le poison : l'ascendant exercé par la présence du médecin les calmant, essayant de les distraire, prêt à intervenir au moindre accident, agit beaucoup pour apaiser ces douleurs morales. M. Joffroy[2] est d'avis qu'à ce moment du traitement une psycho-thérapie bonne à pratiquer consiste à faire la suppression de la morphine tout à fait à l'insu du malade et même de son entourage et que, dût-on pour cela recourir au mensonge, on ne doit laisser connaître la vérité au morphinomane que plusieurs jours après la suppression totale. « J'insiste, dit-il, sur ce point, que non seulement le malade, mais aussi son entourage doivent être tenus dans l'ignorance de la suppression que l'on opère, parce que le malade est très habile à obtenir des gardes les communications que ne veut pas lui faire le médecin, et qu'en pareil cas, les phénomènes d'abstinence ne manquent pas d'apparaître d'autant plus accusés, pourrais-je dire, que le malade est mieux renseigné. » Dans plusieurs observations, cette pratique a pu supprimer parfois tout accident d'abstinence.

En cas de dépression accentuée, il faut se contenter d'alimenter le malade le plus possible, lui donner des stimulants diffusibles, du café, etc. Dans les cas plus graves, les injections de spartéine, de caféine sont indiquées. Les lipothymies et les syncopes seront traitées par les moyens ordinaires : inhalations d'éther, lotions vinaigrées, position déclive de la tête, etc... Contre le collapsus, le remède est l'injection de morphine.

Les accidents nerveux, au lieu d'être des signes de dépression,

1. Il faut faire exception à cette règle en ce qui concerne la sérothérapie. Au moment de la suppression complète, nous avons toujours obtenu les meilleurs résultats en ayant recours aux injections hypodermiques de sérum de Hayem pour relever la tension sanguine et stimuler les échanges organiques; c'est là un procédé rationnel, car il favorise l'élimination du poison.

2. Joffroy, Communication à la *Soc. méd. des hôpit.*, 28 novembre 1899.

peuvent consister en phénomènes d'excitation. La médication sédative par le bromure, le chloral, etc., est inefficace et contre-indiquée; il vaut mieux avoir recours à des moyens externes, surtout à l'hydrothérapie sous forme de bains tièdes, au massage, à l'exercice régulier des membres. Les symptômes d'abstinence les plus difficiles à combattre après les accidents nerveux sont les troubles digestifs. Erlenmeyer, après O. Jennings [1], a décrit sous le nom de *démorphinisation chimique* une méthode consistant dans l'emploi de lavages gastriques ou d'ingestion d'eau bicarbonatée pour supprimer ces accidents gastriques, attribuables à l'hyperacidité du suc stomacal. Ce procédé peut donner de bons résultats pour supprimer ces accidents; mais il ne faut considérer l'administration des alcalins que comme un adjuvant du traitement et non point comme une méthode thérapeutique spéciale. D'ailleurs, quand les vomissements et la diarrhée se produisent, il faut se garder de les faire cesser brusquement, tout au moins au début; car ils correspondent à de véritables décharges de la morphine dont se débarrasse l'organisme (Sollier). On peut les éviter et les diminuer en alimentant le malade avec des boissons ou des aliments nourrissants sous un petit volume : lait glacé, gelée de viande, vin d'Espagne en très petite quantité.

Convalescence. — Lorsque la période critique est passée, il ne faut point laisser les malades reprendre immédiatement leurs habitudes ou leurs préoccupations, car la convalescence est toujours longue, l'insomnie et la fatigue musculaire persistant parfois durant des semaines. Il arrive souvent qu'une fois la guérison physique obtenue, la guérison morale reste longtemps fragile, le désir de morphine apparaissant par intervalles et exposant le sujet à la récidive. C'est alors que doit intervenir le traitement moral individuel combiné avec les règles d'une hygiène sévère dans laquelle l'hydrothérapie, le massage et les promenades joueront un rôle important.

Il y a guérison véritable lorsque le sommeil est complètement revenu, lorsque l'appétit est normal sans être exagéré comme au début de la convalescence, qu'il y a retour des fonctions génésiques, que le poids n'augmente qu'insensiblement et que la fatigue musculaire a disparu complètement, soit après les repas, soit à certains moments de la journée correspondant aux heures habituelles des injections d'autrefois (Sollier).

1. Mentionnons que le docteur Oscar JENNINGS, qui a publié des travaux intéressants sur la question, a, dès 1887 (*De la morphinomanie*, 2e édit., p. 31) et à plusieurs reprises depuis cette époque (en particulier dans *Cure of the Morphia Habit*, 1890, p. 80, et dans *The Medical Annual*, 1894, p. 421), indiqué l'acidité des sécrétions stomacales pendant la démorphinisation, et l'emploi du bicarbonate de soude comme méthode invariable et donnant les meilleurs résultats thérapeutiques.

C'est à ce moment et en moyenne après une durée minimum de traitement de deux mois que le sujet peut commencer à reprendre ses occupations et être livré à lui-même; il est bon, cependant, de lui conseiller comme lieu de transition un séjour à la campagne, dans une station balnéaire, ou un voyage. Ce sont là des moyens de distraction qui effacent les souvenirs du passé. Les guérisons sont habituelles dans la morphinomanie d'origine thérapeutique et se maintiennent beaucoup plus rarement dans les morphinomanies passionnelles. Quand la récidive se produit, c'est généralement peu de temps après que la surveillance et la direction médicale ont cessé, lorsque le malade, se croyant en état de reprendre ses occupations, s'aperçoit que ses forces le trahissent. Au lieu de prolonger sa convalescence, il retourne à son stimulant ordinaire. Au delà de six mois, si le malade a repris ses travaux habituels, la récidive devient rare; après un an elle est exceptionnelle. Mais de toutes manières, « lorsqu'on a à traiter un morphinomane, il est prudent, selon le conseil de M. Joffroy, de montrer vis-à-vis de la famille du sujet une certaine réserve en ce qui concerne le pronostic ».

Prophylaxie. — En résumé, la morphinomanie constitue une intoxication redoutable par ses manifestations cliniques, redoutable par les difficultés et les dangers de son traitement et même de sa convalescence. Aussi convient-il d'accorder la plus grande importance à la prophylaxie; c'est ici qu'il convient d'appliquer le précepte : « Mieux vaut prévenir que combattre ». Ceci nous conduit à rappeler quelles sont les conditions dans lesquelles se développe le morphinisme chronique.

Les morphinisés contractent leur habitude de deux façons. Les uns ont recours à la morphine pour soulager une souffrance physique, le médecin leur enseigne alors le premier les avantages de ce médicament; les autres usent de la morphine par dilettantisme; pour certains elle remplace l'alcool, c'est le bienfaiteur qui les aide à supporter les misères d'une condition difficile ou des souffrances morales intenses; souvent ces derniers sont entraînés par un morphinomane qui leur vante en termes ardents l'euphorie et les bienfaits de la morphine.

Dans la propagation du morphinisme thérapeutique, le rôle du médecin est considérable; sans parler de ces médecins morphinomanes, apôtres de la morphine qui prêchent par la parole et par l'exemple, il en est d'autres qui ne redoutent point assez les dangers de l'alcaloïde et le prescrivent avec une facilité déplorable. C'est, en effet, le plus souvent à l'occasion d'une douleur quelconque, névralgie, arthrite rhumatismale, colique hépatique ou néphrétique, à la suite d'une intervention chirurgicale que le malade reçoit la

piqûre initiatrice. Le médecin fait souvent lui-même les premières injections; puis, par condescendance, le plus souvent par négligence, il lui laisse en mains la seringue et l'ordonnance.

Le fait a lieu aussi bien dans la clientèle privée qu'à l'hôpital; là, si le médecin ordonne les premières piqûres, la surveillante les renouvelle trop souvent, de son chef, pour « avoir la paix ». Plus rarement, le médecin a la faiblesse de céder au désir d'un morphinomane qui sollicite de lui une ordonnance et qui, sous le prétexte de lui éviter un dérangement ou pour lui épargner une visite qu'il ne pourrait payer, le prie d'ajouter sur sa prescription la mention « à renouveler » qui lui permet d'avoir indéfiniment de la morphine. Si l'on pousse ces considérations à l'extrême, il semble que l'on devrait proscrire les injections de morphine de la thérapeutique. La chose serait exagérée; il serait, en effet, difficile de se priver d'un des agents de sédation les plus efficaces; il serait d'ailleurs impossible de le remplacer dans les cas d'accès aigus de coliques néphrétiques ou hépatiques, chez les malades atteints d'affections incurables qui, par la violence de leurs souffrances, ont des impulsions au suicide.

Il importe simplement d'être très prudent dans l'administration de l'alcaloïde. Le médecin devra donc toujours pratiquer l'injection lui-même; jamais, et sous aucun prétexte, il ne laissera ni seringue ni solution à la disposition du malade ou de son entourage.

S'il se trouve dans la nécessité absolue de délivrer une ordonnance de morphine, il aura soin de la signer lisiblement et de bien spécifier que cette ordonnance ne peut être utilisée qu'une fois.

Il réservera, d'ailleurs, l'injection hypodermique aux malades atteints d'accès douloureux paroxystique, colique néphrétique, hépatique, etc.; dans les cas jugés incurables, il pourra y avoir recours, pour épargner les dernières souffrances des cancéreux, des tabétiques cachectiques, des tuberculeux à la période terminale.

Enfin, il importe de réserver l'emploi de la morphine à certains sujets. Si nombre d'individus ont été soumis à cette médication et ne sont point devenus morphinomanes, c'est que chez eux le terrain n'était pas préparé, c'est qu'ils n'étaient ni des dégénérés, ni des hystériques, ni des névrosés héréditaires, candidats-nés, pour ainsi dire, à la morphinomanie. D'ailleurs la loi elle-même, dans certains cas, pourrait permettre de punir le médecin accusé d'avoir péché par imprudence ou légèreté, et de lui demander réparation du préjudice causé.

La propagation du morphinisme est également facilitée par le peu de difficulté avec laquelle les morphinisés habituels se procurent leur excitant. Nombre de pharmaciens, dans un esprit de lucre,

vendent l'alcaloïde défendu à prix élevé; les élèves en pharmacie, les garçons de laboratoire sont en proie aux provocations des morphinomanes. Mais si le pharmacien refuse, il ne faut point oublier qu'il n'existe pour les droguistes aucune loi leur défendant de livrer la morphine en grande quantité; il y a là une omission qu'il s'agirait de réparer et sur laquelle, inutilement d'ailleurs, le Congrès de médecine légale de 1889 a attiré l'attention des pouvoirs publics.

Tel est le rôle que le médecin et le pharmacien jouent dans la dissémination de l'intoxication. Il nous reste à parler du rôle du morphinomane lui-même; c'est, en effet, un caractère particulier chez les intoxiqués de vouloir faire partager leurs vues à leurs amis; c'est ainsi que, parmi les demi-mondaines, les littérateurs, on a vu se répandre la morphinomanie, autant par curiosité que par lassitude. Chaque morphinomane devient ainsi un foyer de contagion. Pour limiter les progrès de celle-ci, on a proposé de leur appliquer les articles de loi qui punissent ceux qui se livrent à un véritable empoisonnement sur autrui ou exigent la réparation matérielle du tort causé. En pratique, ces mesures n'ont jamais été sanctionnées. Il n'en est qu'une qui puisse avoir quelque efficacité, c'est l'internement légal des morphinomanes incorrigibles qui se refusent à guérir et constituent un véritable danger pour la société, et encore est-il discutable. Enfin, dans le morphinisme comme dans l'alcoolisme, l'initiative privée peut jouer un grand rôle pour la préservation de l'individu en constituant des sociétés sur le modèle des sociétés de tempérance.

Il ne faut pas oublier non plus que la morphine fait ses ravages dans toutes les classes de la société, surtout chez la femme pour laquelle elle constitue un mode d'intoxication plus raffiné que l'intoxication alcoolique. Tout récemment, pour éviter la morphinomanie, M. Morel-Lavallée recommandait de substituer à la morphine le diacétate d'éthyl-morphine ou héroïne. Elle aurait l'avantage de ne provoquer aucun sentiment d'euphorie, elle supprime la douleur physique sans agir sur la douleur morale; à haute dose elle amène un sommeil invincible par suite de son pouvoir narcotique : l'habitude en est donc impossible. Le fait est digne d'être signalé, mais seules des constatations nombreuses permettront de juger si ce dérivé pourra détrôner l'alcaloïde aussi bienfaisant que dangereux qu'est la morphine.

André Antheaume.