

CHAPITRE V

TRAITEMENT DE L'INTOXICATION CHRONIQUE PAR L'OPIUM

PAR

PAUL SOLLIER

Ancien chef de clinique adjoint des maladies mentales à la Faculté de Paris.

I

Des diverses méthodes de traitement de la morphinomanie.

Que l'intoxication chronique par l'opium soit due à l'absorption de laudanum, d'extrait d'opium, d'extrait thébaïque ou de morphine, ce qui est le cas le plus ordinaire; que cette absorption se fasse par la voie gastrique ou par la voie hypodermique, les conditions du traitement sont toujours les mêmes. Aussi prendrons-nous comme type d'intoxication la plus grave de toutes, c'est-à-dire la morphinomanie. Tout ce que nous en dirons s'appliquera aux autres modes d'intoxication par les opiacés, avec cette seule différence que les phénomènes seront moins intenses.

Il existe trois méthodes fondamentales de traitement de la morphinomanie. La plus ancienne et la moins bonne consiste dans la *suppression progressive et lente*. Pour réagir contre elle, Levinstein a imaginé, appliqué et remarquablement exposé la méthode par *suppression brusque*. Si celle-là est toujours mauvaise, celle-ci n'est pas toujours bonne et peut être quelquefois

dangereuse. Entre ces deux extrêmes, Erlenmayer a trouvé un moyen terme en introduisant dans la pratique la méthode par *suppression rapide*, dont la supériorité a été mise hors de doute par les suffrages qu'elle a obtenus partout à l'étranger. En raison de l'origine de ces différentes méthodes, on a donné à la première le nom de méthode française; les deux autres ont été classées sous celui de méthode allemande. A la vérité, il n'y a pas de méthode française proprement dite; on rencontre chez nous des partisans exclusifs, soit de la suppression lente, soit de la suppression brusque. Quant à la suppression rapide, elle semble la moins connue et on la redoute à l'égal de la suppression brusque.

Cette injustice tient à ce que personne avant moi en France ne l'avait expérimentée systématiquement dans les conditions où elle est appliquée à l'étranger, où des établissements spéciaux sont consacrés aux morphinomanes. Les résultats que j'ai obtenus depuis plusieurs années chez un très grand nombre de morphinomanes avec cette méthode que j'ai simplifiée et précisée corroborent pleinement ceux de l'étranger. C'est donc à ce traitement par suppression rapide de la morphine qu'il faut toujours avoir recours et c'est de lui qu'il s'agira surtout ici, comme étant le plus pratique et le seul rationnel¹.

Avant d'exposer le traitement de la morphinomanie, il est indispensable d'indiquer ce qu'est la démorphinisation, c'est-à-dire le mode d'élimination de la morphine et les conséquences qui en découlent au point de vue d'une méthode de traitement. Il faut être prévenu, en effet, de tout ce qui peut survenir, pour n'être pas tenté quelquefois d'interrompre la cure. Il sera facile alors de comprendre le traitement de la morphinomanie, c'est-à-dire la pratique de la démorphinisation, les moyens de parer aux accidents qu'elle entraîne, les phénomènes de la convalescence et la conduite à tenir vis-à-vis des malades pendant cette période.

1. P. SOLLIER. — La démorphinisation et le traitement rationnel de la morphinomanie. — *Semaine médicale*, 31 mars 1894.

II

De la démorphinisation.

Démorphiniser un morphinomane, c'est provoquer chez lui, en déterminant l'élimination du poison qui l'intoxique, une véritable maladie expérimentale qui offre une grande analogie avec ce qui se passe dans une maladie infectieuse. On sait que dans ce dernier cas, plus l'infection est aiguë, plus la réaction de l'organisme est violente et plus l'élimination du poison est rapide et complète; plus aussi, par conséquent, l'organisme se régénère vite. Au contraire, plus l'infection revêt une allure rapide, moins vive est la réaction de l'organisme contre elle, plus la convalescence traîne, plus le retour des forces est lent. L'élimination de la morphine est comparable à celle d'un principe infectieux quelconque. Il semble donc naturel *a priori*, d'après ces données de pathologie générale, de chercher à provoquer une démorphinisation aussi rapide et aussi complète que possible. Cette seule considération suffirait pour faire rejeter d'emblée la méthode de la suppression lente et adopter celle de la suppression brusque.

Mais certaines différences entre la démorphinisation et l'élimination du poison dans une maladie infectieuse doivent être mises en relief et nous amèneront à la méthode la plus rationnelle, celle de la suppression rapide. Tandis que, dans une maladie infectieuse, l'organisme saisi en pleine activité ne demande qu'à éliminer le principe dont il est imprégné et sort victorieux de la lutte, s'il est assez résistant ou si l'empoisonnement n'est pas trop intense, dans la morphinomanie, au contraire, l'organisme est habitué à son poison et ne peut s'en passer; car ce n'est que grâce à lui qu'il retrouve la tonicité nécessaire pour fonctionner. Tandis que les phénomènes de réaction sont d'autant plus violents dans le premier cas

que l'organisme est plus résistant, ils le sont d'autant plus dans le second qu'il est plus débilité.

Le premier problème qui se pose dans la démorphinisation est donc d'apprécier le degré de résistance réelle de l'organisme, une fois disparue l'excitation factice produite par la morphine. Cette appréciation est très délicate et ne saurait comporter, on le conçoit, une détermination précise. Ce qu'on doit faire, c'est s'assurer de l'état des organes dont l'intégrité fonctionnelle est le plus indispensable à l'entretien de l'existence et, en même temps, plus compromise par les phénomènes de l'élimination de la morphine.

A cet égard, trois appareils doivent être soigneusement examinés avant d'entreprendre la suppression. Ce sont : 1° le cœur et l'appareil circulatoire; 2° le tube gastro-intestinal; 3° l'appareil urinaire. Les autres organes, tout en étant le siège de troubles variés, n'ont relativement que peu d'importance, aucun de ces troubles n'étant de nature à mettre la vie du malade en danger ou à compromettre la cure. Ces troubles sont décrits d'ailleurs dans tous les traités sur la morphinomanie et nous les laisserons complètement de côté, pour ne nous occuper que des accidents se produisant dans les trois appareils que nous venons de citer.

A. — TROUBLES DU CŒUR ET DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE

La faiblesse du cœur est un des symptômes les plus constants et les plus graves de l'abstinence morphinique. Cette faiblesse se traduit d'abord par un ralentissement des battements du cœur, une diminution dans la force des contractions, qui deviennent irrégulières. Souvent on observe, à côté du *ralentissement*, des *accélération subites* des battements avec *angoisse* et *douleur* précordiales. Des *lipothymies* et des *syncopes* peuvent alors survenir ainsi qu'un accident plus grave encore, le *collapsus*. Ce dernier n'a guère été signalé que dans la suppression brusque.

Dans la méthode par suppression rapide, si les syncopes

sont possibles, mais rares, le collapsus est exceptionnel. A cet égard, cette méthode n'offre pas plus de danger que la suppression lente. Celle-ci, en effet, ne met pas à l'abri des syncopes ni des accidents graves de l'abstinence.

Le cœur est obligé à un effort considérable pendant la réaction de l'organisme que provoque l'abstinence morphinique. On conçoit donc que toute lésion, soit cardiaque, soit pulmonaire, entraînant de la part du cœur un travail trop considérable, aggravera singulièrement les accidents. On sait, d'autre part, combien sont fréquentes chez les anciens morphinomanes la dégénérescence graisseuse et la dilatation du cœur, du fait de l'intoxication morphinique elle-même. L'existence d'une lésion cardiaque commande, par conséquent, une attention toute particulière et une surveillance de tous les instants au moment de la suppression. Ce n'est pas toutefois une contre-indication à la démorphinisation rapide.

B. — TROUBLES DE L'APPAREIL DIGESTIF

Tous les morphinomanes sont plus ou moins dyspeptiques. Beaucoup ne mangent et surtout ne digèrent qu'à condition de prendre, soit avant, soit après le repas, une injection de morphine. On sait, en effet, que la morphine injectée sous la peau fait très rapidement son apparition dans l'estomac, dont elle excite la muqueuse. Elle excite de même les glandes de l'intestin et agit particulièrement sur le foie, qui est avec le cerveau un des organes où elle s'accumule le plus. Aussi voit-on l'élimination de la morphine, au moment de la suppression, se faire à la fois par l'estomac et l'intestin avec une grande intensité, sous forme de *vomissements* et de *diarrhée*. Mais la morphine n'agit pas seulement sur ces organes en activant le fonctionnement de leurs glandes : elle augmente encore leur tonicité musculaire. Aussi, dès qu'on la supprime, constate-t-on une atonie quelquefois considérable, qui se manifeste par la dilatation de l'estomac et de l'intestin.

La *dilatation de l'estomac* est extrêmement fréquente chez

les morphinomanes à l'état ordinaire. C'est pour cette raison que l'ingestion trop abondante de liquides, d'aliments solides, est très mal supportée et provoque, du côté du cœur et du poumon, des phénomènes réflexes pouvant aller jusqu'à la syncope. On doit s'assurer si l'estomac est plus ou moins dilaté, s'il fonctionne encore assez bien en dehors de l'influence des injections de morphine, si la sécrétion biliaire se fait régulièrement, si l'intestin est libre, avant d'entreprendre la démorphinisation. Si une alimentation intempes- tive peut en effet amener des phénomènes graves au moment de la suppression, il est cependant indispensable d'alimenter le malade ; car Levinstein a remarqué avec justesse qu'en l'alimentant continuellement on évite le collapsus. Nous examinerons plus loin le moyen de concilier ces deux indications.

C. — TROUBLES DE L'APPAREIL URINAIRE

Quoique l'élimination de la morphine se fasse peu par les reins, il n'en est pas moins indispensable de constater l'état de ces organes, en raison de la gêne circulatoire qui pourrait résulter de leurs lésions et du ralentissement qu'elles entraîneraient sur le cœur, lequel n'a pas trop de toute sa vigueur pour suffire à la réaction de l'organisme du fait de la suppression. On sait que, par suite de la morphinomanie ancienne on peut rencontrer de l'*albuminurie*. Cette albuminurie disparaît le plus souvent et paraît due à une simple irritation du rein, mais elle peut tenir aussi à un véritable *mal de Bright*. Dans ce dernier cas, il faut être très prudent ; car un phénomène assez fréquent au moment de la suppression, même quand il n'y a ni sueurs très abondantes ni vomissements, c'est l'*anurie* ou la *rétenion d'urine* qui, en dehors de ces cas, n'ont presque aucune importance ordinairement, tant elles sont fugaces.

En résumé, les seuls accidents à redouter sont ceux qui proviennent de l'insuffisance cardiaque, que cette insuffisance

tienne à une lésion du cœur ou à sa dégénérescence graisseuse et à son atonie ; qu'elle soit la conséquence d'un effort exagéré provoqué par une affection pulmonaire ou qu'elle résulte enfin d'un trouble réflexe ou circulatoire ayant pour point de départ le tube digestif ou le rein.

III

Mécanisme de l'élimination de la morphine.

Ce premier point établi, il faut maintenant se demander comment se fait l'élimination. La morphine agit d'une façon toute spéciale sur les glandes et c'est par elles, bien plus que par le rein, que l'élimination a lieu. Ce fait est important à connaître ; car il nous explique, d'une part, les vomissements, la diarrhée et les sueurs, qui sont des phénomènes constants, et, d'autre part, il nous montre que, loin de chercher à supprimer ces accidents, il faut au contraire les laisser suivre leur cours, sans essayer d'une dérivation sur le rein qui ne servirait pas à grand'chose.

Les accidents aigus déterminés par l'élimination rapide de la morphine sont très courts ; car ils ne durent guère que un à deux jours et leur intensité varie d'ailleurs considérablement, suivant l'ancienneté et le degré de l'intoxication.

Ces accidents, qui ne sont autre chose que ce qu'on décrit sous le nom de *phénomènes d'abstinence*, consistent dans des spasmes des membres inférieurs, de l'énervement, de l'angoisse, de l'hyperidrose, de la dilatation alternante des pupilles, de la diplopie, des bâillements, de la dyspnée, de la toux, des douleurs dans la région du cœur, de la faiblesse du cœur, de la soif, de la diarrhée, des vomissements, de l'excitation génésique (souvent avec spermatorrhée), de l'albuminurie, du ténesme vésical, de l'ischurie, etc., etc. Ils sont trop connus pour que j'en fasse de nouveau une description que l'on trouve partout. Ce qu'il s'agit d'ailleurs d'examiner ici, ce n'est pas l'abstinence morphinique, mais la démorphinisation, la façon dont s'élimine la morphine.

La diarrhée et les vomissements dans les quarante-huit premières heures sont presque entièrement constitués par de la bile en quantité considérable. Chimiquement on n'y retrouve pas de morphine ; mais, cliniquement, tout prouve qu'elle doit en contenir et que c'est par elle que s'élimine la morphine emmagasinée. J'ai démontré récemment que l'abondance et la brusquerie de cette évacuation bilieuse peuvent être telles que la soustraction énorme de liquide à l'organisme provoque des accidents graves dus à de l'asphyxie bulbaire ; d'où possibilité de syncope respiratoire qui, quoique ces cas soient exceptionnels, nécessite la présence constante d'un médecin auprès d'un malade en suppression¹.

Mais il faut aussi attirer l'attention sur les décharges éliminatoires consécutives à celle qui se produit d'une manière si intense dans les premiers jours de la suppression et qui entraîne tous les phénomènes d'abstinence que je viens de rappeler.

Westphal a déjà remarqué qu'au bout de huit à dix jours il se produit souvent une nouvelle décharge éliminatoire de morphine, accompagnée de troubles analogues à ceux de la suppression, mais moins intenses et pouvant durer vingt-quatre à trente-six heures. Cette crise est, en effet, très fréquente et marque en général le début de la convalescence ; mais ce n'est pas la seule. Un des caractères de l'élimination morphinique est en effet de se produire par à-coup.

Ces *crises éliminatoires* sont faciles à reconnaître et les malades les distinguent fort bien des malaises qui pourraient tenir à d'autres causes. Elles se montrent d'une façon très brusque et très irrégulière. Subitement, au milieu d'une convalescence de plus en plus solide, les malades se sentent pris de fatigue dans les jambes, de gêne circulatoire après le repas (torpeur, congestion de la face, etc.), de perte d'appétit et de sommeil, en même temps que reparaît le désir de la morphine. La langue est un peu saburrale et il y a de la diarrhée ; celle-ci s'accompagne quelquefois d'un vomisse-

1. P. SOLLIÉ. — La fonction hépatique dans la morphinomanie. (Congrès de méd. interne de Bordeaux, 1895.)

ment bilieux et dure deux à trois jours. Puis brusquement la lassitude disparaît, la dépression morale s'efface, l'appétit renaît plus vif que jamais, le sommeil revient et la convalescence suit son cours.

Ces crises peuvent se produire à plusieurs reprises et apparaître encore deux mois après la suppression définitive. Il est rare, toutefois, qu'elles s'accompagnent alors d'accidents physiques; elles se bornent ordinairement à une courte période d'excitation légère, suivie d'un état de dépression générale.

Quelle que soit l'intensité des troubles provoqués par ces décharges morphiniques, ce qui en fait le danger, c'est qu'elles s'accompagnent toujours du retour inopiné du besoin de morphine et que les malades ne se trompent pas sur le seul calmant qui leur conviendrait.

En effet, si le morphinomane est sujet à une de ces crises quand il manque de surveillance, il y a de grandes chances pour qu'il recoure à la morphine qu'il sent seule capable de le soulager. Or, ce besoin, il se garde bien de le manifester, et ce n'est que lorsqu'on a l'œil exercé à l'attitude générale des morphinomanes qu'on peut faire la différence, comme ils la font eux-mêmes, avec des états analogues comme symptômes, un embarras gastrique, par exemple, mais absolument dissimulables comme origine. Ce sont des nuances de ce genre qui rendent la surveillance des morphinomanes si difficile à exercer quand ils sont traités chez eux; d'où la fréquence de récurrences qu'on pourrait bien souvent éviter. Ce qui augmente encore la difficulté de cette surveillance, c'est qu'il arrive un moment où ces crises ne se manifestent plus que par un malaise léger passant inaperçu, mais toujours accompagné cependant de ce désir de morphine qui en reste le caractère dominant.

La connaissance de ces crises, que je n'ai vu signaler par personne en dehors de Westphal, qui ne parle que de la première, est cependant d'une importance capitale; car, quel que soit le procédé de suppression adopté, on ne peut affirmer la guérison d'un morphinomane tant qu'il y est encore sujet, fût-ce sous la forme la plus légère.

Pendant combien de temps les crises éliminatoires peuvent-elles donc se produire? C'est là un point très difficile à préciser et très délicat aussi; car, lorsqu'elles n'apparaissent plus que sous la forme d'impulsion à la morphine, les malades se gardent bien de les avouer. Or, ces besoins passagers de morphine reparaissent assez souvent, de l'aveu de la plupart des morphinomanes, pendant les six premiers mois après la suppression. Ils s'accompagnent fréquemment d'un peu d'excitation intellectuelle, puis de dépression. Mais ils disparaissent en général complètement au bout d'un an, à la condition toutefois que le sujet aille bien, ne soit victime d'aucune autre intoxication, n'ait été atteint d'aucune affection douloureuse, surtout de même nature que celle pour laquelle il a pris autrefois de la morphine. En assignant donc de six mois à un an pour la durée de l'élimination complète, permettant de ne plus redouter la récurrence chez des morphinomanes d'ancienne date, je pense être dans les limites exactes.

IV

La rapidité de l'élimination varie-t-elle avec le procédé de suppression ?

Nous touchons ici à une question dont l'intérêt est non seulement physiologique, mais encore essentiellement pratique; car de sa solution dépend le choix de la méthode de traitement. Toutes les observations et la comparaison que j'ai pu faire moi-même des différentes méthodes prouvent que, plus la suppression est rapide, plus l'élimination est active. C'est même cette violence de l'élimination qui détruit l'équilibre de l'organisme et provoque les phénomènes d'abstinence. Nous avons dit plus haut que la démorphinisation était absolument comparable à ce qui se passe dans les maladies infectieuses. Plus elle est rapide et franche, sans entraîner pour cela des phénomènes graves ou pénibles, plus la convalescence se fait vite et complètement. Celle-ci s'établit alors d'une façon quelquefois extraordinaire.