

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.

L'appétit, qui souvent n'était stimulé pendant la morphinisation que par des injections de morphine et qui avait complètement disparu pendant la démorphinisation rapide ou brusque, reparait d'ordinaire *brusquement* du sixième au douzième jour et se manifeste quelquefois par une véritable boulimie. Les malades éprouvent le besoin de manger toutes les deux ou trois heures et digèrent fort bien d'ailleurs ce qu'ils absorbent. Aussi leur poids, qui avait baissé de 4 à 10 et 11 livres pendant la démorphinisation, ne tarde-t-il pas à se relever très rapidement : il n'est pas rare de voir des malades augmenter de 200 à 500 grammes par jour. La moyenne du gain est de 4 à 6 kilogrammes par mois. Il arrive même quelquefois aux malades de dépasser le poids qu'ils avaient au début de la morphinomanie, tant est active la régénération organique. Il se passe là quelque chose de tout à fait analogue à ce qui arrive dans la fièvre typhoïde. Il semble que les tissus se renouvellent complètement : mais ce qui est singulier, c'est de voir cette activité se manifester avec autant de puissance chez des adultes et même chez des vieillards.

Rien de semblable dans la démorphinisation lente. Si on prend deux morphinomanes à la dose de 50 centigrammes et qu'on démorphinise l'un par la méthode rapide, c'est-à-dire suppression complète en cinq jours en moyenne, et l'autre par la méthode lente, c'est-à-dire suppression de 1 centigramme par jour, on arrive à ce résultat : au cinquantième jour de traitement, le premier malade est sevré depuis quarante-cinq jours complètement; depuis trente-cinq à quarante jours, il a recouvré l'appétit, a repris des forces et engraisé de 6 à 7 kilogrammes. Au cinquantième jour, le second malade arrive seulement à la suppression complète. Soumis à une démorphinisation continue, il a été depuis le début dans un état de malaise général : son appétit a diminué, son sommeil a été de moins en moins bon, il a perdu des forces et a maigri.

Au point de vue de la durée du traitement, le premier malade a donc un gain de quarante-cinq jours sur le second. C'est une question d'intérêt pratique qui suffirait presque à elle

seule à faire opter pour l'élimination rapide. Mais il en est deux autres non moins intéressantes et qui, celles-là, tirent leur importance des conditions physiologiques dans lesquelles se fait l'élimination par la suppression lente.

1° Le premier point à considérer est de se demander si l'organisme se débarrasse, pendant qu'on diminue journallement la dose, d'une quantité de morphine aussi grande que celle qui est éliminée au bout du même temps par la suppression rapide.

A cet égard, pas de doute possible. L'élimination de la morphine pendant la diminution progressive est insignifiante. Elle est suffisante pour provoquer une angoisse et un malaise physique continuel, mais absolument insuffisante pour débarrasser l'organisme. Ce serait une erreur de juger les choses d'après ce qui se passe dans les premiers jours, où tout paraît marcher avec beaucoup de simplicité. La facilité avec laquelle les morphinomanes se laissent diminuer leur dose dans les premiers temps tient à ce qu'en réalité ils en consomment toujours au delà de leurs véritables besoins, aimant mieux en prendre trop que de risquer de n'en pas prendre assez. Il est donc très aisé de supprimer cette *ration de luxe*. Mais une fois qu'on touche à la *ration d'entretien*, les malaises sérieux commencent et le dépérissement survient. Il ne se produit aucune décharge éliminatoire comme avec la suppression rapide : pas de vomissements, pas de diarrhée. L'organisme s'habitue sans doute à des doses moins fortes, mais il conserve ce qui est emmagasiné. Sa ration d'entretien est devenue sa ration de luxe et la morphine accumulée est devenue sa ration d'entretien.

L'élimination de la morphine, que j'appellerai *organique* (car elle imprègne les cellules et fait en quelque sorte partie de leur constitution chimique), ne commence en réalité que lorsqu'on ne fait plus d'injections, lorsque la suppression est complète. Or, à ce moment où le malade aurait besoin de toutes ses forces pour réagir contre l'élimination qui va se produire, il se trouve précisément affaibli, énérvé par une longue période

d'attente où l'angoisse et le malaise ne font qu'augmenter. Ce sont là, on l'avouera, des conditions peu désirables pour traiter convenablement un malade. Mais ce n'est pas tout.

2<sup>o</sup> Comment se fait l'élimination dans la suppression lente, une fois le dernier centigramme supprimé? Tel est, en effet, le second point qu'il nous faut examiner. Les choses peuvent se passer de deux façons : tantôt l'élimination est lente, tantôt elle est brusque. Dans le premier cas, l'élimination continue lentement comme elle a commencé, entretenant un état de malaise pendant des semaines et même des mois. Les forces ne reviennent que très lentement, le sommeil est encore longtemps troublé, le besoin de morphine se fait sentir bien après la suppression. Le malade perd un temps considérable et l'ennui que lui cause cette perte de temps qui l'éloigne de ses affaires, lui fait souvent abandonner le traitement et le replonge plus souvent encore dans la morphinomanie, dont il regrette d'avoir même essayé de se débarrasser.

Dans le second cas, l'élimination se produit par décharges, comme s'il s'agissait de suppression rapide. Ce fait prouve que la démorphinisation a été, en réalité, très faible pendant toute la longue période de diminution, comme je le disais plus haut.

L'avantage qu'on attribue à la méthode lente d'éviter les accidents sérieux et les douleurs vives de la méthode rapide est donc illusoire dans un très grand nombre de cas, puisque, tout en faisant perdre au malade un temps précieux, elle ne le met pas d'une façon certaine à l'abri des inconvénients des autres méthodes.

## V

### Des avantages de la suppression rapide.

Il en résulte que, la question de la longueur du traitement étant mise de côté, malgré toute l'importance de cette considération, de quelque façon qu'on regarde les choses, la sup-

pression lente n'a que des inconvénients. Si l'on a évité les accidents aigus de la suppression, la convalescence se fait mal, s'éternise, et le sujet est très exposé aux récidives. Si, au contraire, l'élimination se fait rapidement et amène ainsi une convalescence très franche et un retour complet des forces, elle provoque forcément les accidents ordinaires de la suppression rapide. Autant commencer immédiatement par celle-ci. J'ajouterai enfin qu'il est très mauvais d'essayer la suppression lente avant de soumettre les malades à la suppression rapide ; car l'élimination de la morphine paraît se faire alors moins complètement d'emblée, ainsi que le prouve l'apparition éloignée des crises éliminatoires.

On peut poser en principe, aussi bien au point de vue pratique qu'au point de vue physiologique, que l'on doit arriver à la suppression complète le plus rapidement possible.

*Que faut-il entendre par le plus rapidement possible?* A cet égard on ne saurait formuler de règle générale. Le détail de toutes les méthodes est d'être absolues. Autant de malades, autant de manières d'agir. J'ai montré au début sur quels organes il fallait porter avant tout l'attention avant d'entreprendre la cure d'un morphinomane. C'est en tenant compte de son état général et de la façon dont il réagit à la diminution rapide qu'on pourra le traiter rationnellement. Aussi ce traitement exige-t-il la présence permanente d'un médecin, toujours à portée de son malade et habitué à juger de l'opportunité d'une intervention autrement que par l'état moral du sujet.

Nous verrons tout à l'heure, à propos de l'application pratique de la démorphinisation, les quelques règles générales qui peuvent convenir dans la moyenne des cas, suivant la dose injectée et l'ancienneté de l'intoxication. Mais il est un signe auquel on peut se fier pour juger du moment précis où l'on doit précipiter la suppression définitive. C'est lorsque le morphinomane ne ressent plus les effets, si faibles qu'ils soient, de l'injection : cela indique que la dose injectée est absolument impuissante à maintenir l'équilibre organique et

qu'elle est par conséquent inutile. Le sujet est à ce moment un peu surexcité et réclame souvent lui-même qu'on en finisse et qu'on fasse la suppression définitive.

Nous avons vu jusqu'ici quels étaient les organes les plus atteints par la démorphinisation, ceux dont la réaction était le plus à surveiller, la façon dont se produisait l'élimination de la morphine suivant la méthode de suppression employée et le mode de réaction de l'organisme qui en résultait.

Il nous reste à examiner le côté moral des individus en état de démorphinisation.

## VI

**État moral des individus en état de démorphinisation.**

On sait de quelle angoisse morale s'accompagne le besoin physique de la morphine. Il est inutile de le rappeler, non plus que tous les subterfuges employés par les morphinomanes pour échapper à l'abstinence. Les phénomènes douloureux sont très différents, suivant la méthode de suppression employée.

Dans la suppression brusque, il peut survenir un état d'excitation et d'agitation extrêmement violent; d'où la nécessité d'un aménagement spécial des locaux où se fait la démorphinisation, l'emploi d'un personnel assez considérable et une gêne pour l'entourage, que ce soit dans la famille ou dans un établissement spécial. Aussi la suppression brusque, telle que la préconisait Levinstein, est-elle à peu près complètement abandonnée; car, outre ces inconvénients, elle expose au danger du collapsus.

Dans la suppression lente, il n'y a pas de grandes douleurs à proprement parler; mais on ne saurait les prévoir avec certitude. Si l'élimination se fait en effet par à-coup, au moment de la suppression définitive, elles peuvent se montrer aussi vives que dans la démorphinisation rapide.

Dans la suppression rapide, les douleurs, tout en étant

plus marquées que dans la suppression lente, sont beaucoup moins fortes que dans la suppression brusque et sont en réalité bien moins vives qu'on ne le prétend. La période vraiment pénible ne dure guère que douze à vingt-quatre heures. Elle commence d'ordinaire à la fin de la première journée de suppression. Vaut-il mieux souffrir d'une façon un peu aiguë pendant ce temps bien court ou vivre pendant des jours et des semaines dans un état de malaise et d'énervement qui ne laissent que peu de repos? C'est un point sur lequel tous les morphinomanes qui ont essayé de la suppression lente, — c'est-à-dire presque tous, — pour chercher à se démorphiniser eux-mêmes, et ont ensuite guéri par la suppression rapide sont d'accord. Ils préfèrent de beaucoup les douleurs de cette dernière rapide. Au point de vue moral, tout ce qui peut frapper un peu fortement l'esprit des malades pour leur faire comprendre la nécessité de ne pas retomber n'est pas à négliger. Si quelque chose est à regretter sous ce rapport, c'est peut-être que la suppression ne soit pas assez pénible.

Les douleurs morales passent ordinairement très vite. Il ne faudrait pas en juger par ce que les malades racontent, lorsqu'ils sont entourés de personnes capables de s'émouvoir et de céder à leurs supplications, comme cela arrive forcément dans la famille.

C'est alors que l'ascendant moral du médecin a une grande influence. Il faut savoir remonter le courage de son malade, lui occuper l'esprit sans le fatiguer, lui faire prendre patience, lui faire envisager l'avenir. Il est indispensable que, pendant la période douloureuse, ce soit le médecin lui-même qui veille le morphinomane. Outre qu'une garde-malade risque souvent de l'importuner et de le rendre plus irritable par des conversations maladroites ou inopportunes, le malade a l'esprit plus en repos, il est plus confiant, lorsqu'il sait qu'il a près de lui quelqu'un qui sait juger son état d'une façon exacte, intervenir à propos, qu'il ne peut espérer fléchir, mais qui agira si des accidents réellement graves surviennent.

La volonté de ces malades est d'ailleurs si faible dans ces

moments-là qu'il est facile de les diriger et de gagner leur confiance, ce qui leur procure un grand calme d'esprit et apporte un grand soulagement à leurs souffrances.

Il est un fait, peu mis en lumière généralement, et qui a cependant une assez grande importance. Sous l'influence de la démorphinisation, les douleurs affectent fréquemment le siège qu'elles avaient dans la maladie pour laquelle on a administré la morphine. On peut craindre, dès lors, un retour offensif de cette dernière. Mais, bien au contraire, on voit souvent, grâce à la régénération organique très intense de la convalescence, d'anciens troubles ou douleurs disparaître complètement.

## VII

## Traitements de la morphinomanie.

L'étude que nous venons de faire des phénomènes de la démorphinisation n'a eu d'autre but que de nous fournir les *indications* de ce traitement. Le choix de la méthode à suivre ressort tout naturellement de ce que nous avons dit de la façon dont l'élimination se produit, suivant qu'on la provoque brusquement, rapidement ou lentement. Il est évident que c'est à la méthode rapide qu'il faut avoir recours, si l'on veut éviter à la fois les dangers de la suppression brusque et les inconvénients de la suppression lente, dont le plus grave est l'incertitude de la guérison complète.

Pour être pratiquée dans les meilleures conditions possibles, la suppression rapide nécessite la présence constante d'un médecin prêt à intervenir à toute heure de jour et de nuit, et l'emploi d'un personnel suffisant pour se relayer; car la fatigue est assez grande pendant au moins trois, et quelquefois cinq et même huit jours. Il faut, en outre, pouvoir facilement administrer au malade des bains ou des douches, qui lui sont d'un grand soulagement pendant la période aiguë de la démorphinisation. Il est nécessaire enfin que,

pendant cette période, le malade soit soustrait à toute influence étrangère à celle du médecin qui le soigne. Il va sans dire que le malade doit suspendre momentanément toutes ses occupations pour se consacrer exclusivement à sa cure.

Il est assez rare de pouvoir réaliser toutes ces conditions au domicile des malades, mais la chose n'est pas impossible. Dans la majorité des cas, il est indispensable d'appliquer le traitement dans un établissement spécialement organisé à cet effet, où la surveillance médicale soit aussi rigoureuse que dans un asile, sans que les malades soient pour cela soumis à un internement légal, comme le préconisent encore certains auteurs en France. Non seulement il est naturel qu'un morphinomane répugne à être enfermé dans un asile d'aliénés, mais encore, au point de vue légal, cet internement est illicite, du moment que ses facultés intellectuelles ne sont pas troublées. Il n'y aurait pas grand avantage d'ailleurs à le faire; car on ne peut guère espérer une guérison durable que chez les morphinomanes qui se font traiter volontairement, et cette seule considération suffit, à mon sens, à juger la question de l'internement des morphinomanes dans des asiles d'aliénés.

Quant aux réclamations qu'ils font pour sortir, au moment de la suppression, lorsqu'ils se sont internés eux-mêmes dans un établissement spécial, sans formalité légale, je n'en ai jamais vu persister après cette phase critique et je ne sache pas que les médecins étrangers aient jamais eu la moindre difficulté sous ce rapport.

Les malades, une fois sortis de la période douloureuse de la suppression, sont les premiers à remercier le médecin de les avoir empêchés de céder à leur désir de se soustraire au traitement. Du reste, le fait que le malade est traité dans une maison particulière ou dans un établissement spécial ne modifie en rien la manière de procéder. L'application seule en est plus ou moins aisée et les résultats plus ou moins assurés.