

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

Traitement 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.

A. — PÉRIODE PRÉPARATOIRE DU TRAITEMENT

Quel que soit donc l'endroit choisi pour démorphiniser le morphinomane, il y a certaines précautions à prendre au moment où il est installé pour son traitement. Il faut d'abord, pour éviter toutes les supercheries auxquelles sont si enclins ces malades, s'assurer qu'ils ne portent sur eux aucune seringue ni la moindre quantité de morphine. Avant de les introduire dans l'appartement qu'ils doivent occuper pendant le traitement, on doit les faire changer complètement d'effets et leur en donner d'autres soigneusement visités au préalable. Une fois installés, on ne leur remet aucun objet, vêtement, livre, etc., sans l'avoir inspecté, et surtout on ne leur laisse aucun argent.

A partir du moment où ils sont établis dans leur appartement sous la surveillance d'une personne sûre et habituée à ce genre de traitement, on ne doit laisser pénétrer personne auprès d'eux, jusqu'à ce que les accidents aigus de la morphinisation soient complètement disparus et que la convalescence soit commencée. Après avoir pesé les malades, on doit examiner, pour les raisons que j'ai dites plus haut, l'état du cœur, des reins et de l'appareil digestif. Pour mettre ce dernier en état, on doit dès le lendemain administrer un *purgatif*. Les morphinomanes, malgré une régularité apparente des selles, sont en effet toujours plus ou moins constipés, et il est de la plus grande importance de les mettre en état de s'alimenter convenablement pendant les jours de suppression. Le meilleur purgatif m'a paru être le *calomel*, à la dose de 50 centigrammes à 1 gramme.

Ce n'est guère que le second jour qu'on peut estimer quelle est la dose réelle d'entretien de morphine pour le malade. Le premier jour, en effet, il est toujours sous l'influence d'une ration supplémentaire, de luxe, qu'il s'est administrée avant de se soumettre au traitement et, si l'on se fiait à ce qui se passe ce jour-là, on croirait que la suppression serait

des plus aisées. Les malades s'offrent même souvent la satisfaction de refuser la morphine quand on voudrait la leur administrer; ces belles dispositions ne tardent pas d'ailleurs à s'évanouir.

B. — TRAITEMENT PRÉALABLE DES INTOXICATIONS SURAJOUTÉES

Avant de procéder à la diminution rapide, il faut d'abord se débarrasser de toutes les intoxications surajoutées. C'est là une complication des plus fréquentes.

Je n'ai pas à dire ici à quels signes on reconnaîtra l'existence de ces intoxications dans le cas, rare d'ailleurs, où l'on n'est pas renseigné sur elles, soit par le malade, soit par sa famille. Il en est deux seulement sur lesquelles je veux insister; car ce sont les plus importantes.

1° *Alcoolisme*. — La première est l'alcoolisme. Le nombre des morphinomanes qui s'adonnent plus ou moins à l'alcool, pour suppléer à l'action stimulante de la morphine dont ils ne veulent plus augmenter la dose, mais qui n'est plus suffisante, est considérable. Il est à remarquer qu'il n'est pas nécessaire que l'alcoolisme soit invétéré ou intense pour provoquer les troubles psychiques qui le caractérisent. Par suite de leur moindre résistance cérébrale, les morphinomanes alcoolisés ont en effet beaucoup plus de tendances que d'autres à être hallucinés et à délirer. J'ai observé, en outre, que la suppression de la morphine suffit souvent pour provoquer des accidents délirants chez des sujets qui n'en avaient jamais présenté, tant qu'ils étaient sous l'influence de la morphine.

Lorsqu'on a affaire à un morphio-alcoolique présentant des accidents alcooliques, il faut, avant de le traiter pour la morphinomanie, supprimer les troubles alcooliques, sans chercher à diminuer la dose de morphine, dont on ne doit donner toutefois que le strict nécessaire. Une quinzaine de jours au maximum sont ordinairement suffisants pour mettre le malade

en état de supporter la démorphinisation, qu'on pratique alors suivant le mode que j'indiquerai plus loin.

2° *Cocainomanie*. — Après l'alcoolisme, c'est la cocaïnomanie qui complique le plus souvent la morphinomanie. Cette complication sera de plus en plus rare, il faut l'espérer, quand on cessera de croire aux effets curatifs de la cocaïne dans la morphinomanie, erreur des plus funestes que tous les médecins à l'étranger ont reconnue depuis longtemps, mais qui trouve encore une certaine créance dans notre pays. On ne saurait trop répéter qu'il n'y a aucun succédané de la morphine et qu'en administrer un concurremment avec la morphine, pour guérir un morphinomane, c'est aggraver fatalement l'état de ce dernier et lui donner deux intoxications au lieu d'une. C'est, du reste, une question absolument jugée aujourd'hui par tous les médecins compétents et sur laquelle il serait oiseux d'insister. Quand on a affaire à un morphio-cocainomane, on doit agir comme pour l'alcoolisme et supprimer d'abord la cocaïne. Rien n'est plus simple, à la condition de donner au malade sa dose habituelle de morphine. Il est remarquable, en effet, de voir avec quelle facilité les malades se passent de cocaïne. Je l'ai toujours supprimée brusquement, quelle que fût la dose, sans jamais observer le moindre accident, sans que la démorphinisation fût entravée en aucune façon.

Certains auteurs prétendent que les morphinomanes qui présentent une intoxication surajoutée sont impossibles à guérir. Je n'ai jamais rien observé de semblable. En tout cas la morphio-cocainomanie, dont j'ai eu plusieurs cas bien nets à traiter, ne m'a jamais donné de moins bons résultats que la morphinomanie simple. Elle n'a même pas demandé plus de temps pour le traitement. Je n'en dirai pas autant de l'alcoolisme. C'est, en effet, l'intoxication qui récidive le plus facilement et qui dégrade le plus le moral et l'intelligence. Il n'est donc pas surprenant qu'un morphinomane qui s'est adonné à l'alcool et qui, une fois guéri de la morphinomanie, retombe dans l'alcoolisme, soit entraîné de nouveau à faire usage de la

morphine, Mais il ne s'agit plus là, à vrai dire, d'impossibilité de traitement ou de guérison.

3° *Coexistence de la syphilis*. — A côté des intoxications, il est nécessaire d'appeler l'attention sur la coexistence fréquente de la syphilis. Dans ces cas, en effet, on a affaire à des sujets qui, en raison de leur nervosisme, ont tendance à faire de la syphilis cérébrale de même qu'ils sont tombés dans la morphinomanie, qui est en somme le plus souvent une tare psychique. Il en résulte qu'on voit très souvent les accidents de la suppression se traduire par des poussées congestives plus ou moins intenses du côté de l'encéphale et déterminer même quelquefois de véritables crises épileptiformes, avec menaces d'accidents bulbaires. Il est bon d'être prévenu de cette éventualité pour y parer par une dérivation préventive.

Le traitement de la morphinomanie compliquée se résume donc en ces deux termes très simples : 1° supprimer l'intoxication surajoutée, en conservant la dose de morphine indispensable pour ne pas provoquer d'accidents de démorphinisation ; 2° traiter la morphinomanie par le procédé ordinaire, dès que le malade reprend des forces, en profitant de la régénération organique provoquée par la guérison de la première intoxication pour supprimer la seconde.

C. — PÉRIODE DE DIMINUTION RAPIDE

Nous avons vu plus haut qu'en fait de démorphinisation, le principe était d'agir le plus rapidement possible. Après s'être assuré, pendant les deux ou trois premiers jours d'observation, de la dose exacte de morphine habituellement employée, après s'être rendu compte que le malade est dans de bonnes conditions pour supporter la démorphinisation et avoir étudié quelles sont les réactions prédominantes sous l'influence de l'abstinence, la première chose à faire est de régler l'heure des piqûres.

Beaucoup de morphinomanes ont la fâcheuse habitude de se faire des piqûres extrêmement fréquentes, sans toutefois

augmenter la dose totale journalière. Ils se donnent ainsi une sorte d'illusion qui leur permet de supporter plus facilement une faible dose.

Il faut d'abord réagir contre cette tendance déplorable au point de vue moral, si elle n'a que peu d'inconvénients au point de vue physique, et espacer le plus possible les piqûres en se servant d'une solution plus concentrée. On peut employer, par exemple, une solution à 4 p. 100, en diminuant le nombre des piqûres tout en conservant la même dose totale. On obtient en effet assez rapidement une certaine désuétude morale de la morphine. Le sujet est toujours aussi morphinisé, mais il est moins morphinomane.

A partir du moment où l'on commence à diminuer les doses, il faut maintenir le malade au lit, de façon à obtenir le plus de calme et le moins de déperdition de forces possible. Par ce simple moyen, d'ailleurs, on peut aisément diminuer d'un tiers ou de moitié la dose journalière sans provoquer d'accidents d'abstinence ni même de malaise moral. Le médecin seul doit lui faire les piqûres et ne jamais le tromper ni sur l'heure ni sur la quantité injectée. La confiance qu'il aura su lui inspirer sera le meilleur aide qu'il puisse avoir dans les phases critiques de la suppression définitive.

Le temps qu'on met à cette suppression varie suivant la dose habituelle et suivant l'ancienneté du cas. Dans les cas récents, datant de six mois à un an, où la dose quotidienne de morphine ne dépasse guère en général 20 à 25 centigrammes, on peut tenter la suppression brusque, si le sujet est vigoureux. Il est préférable souvent chez les hommes, et toujours chez les femmes, de donner 10 centigrammes le premier jour et de ne supprimer complètement que le second.

Si le cas a plusieurs années de date et que la dose ne dépasse pas 20 à 25 centigrammes, on peut donner la moitié de la dose le premier jour, le quart le second et supprimer le tout le troisième jour. Dans les cas invétérés, avec des doses de 50 centigrammes à 1 gramme et plus, on arrive à la suppression définitive en quatre à six jours : les trois quarts de la

dose le premier jour, la moitié le second, le quart le troisième et la suppression le quatrième, si la dose ne dépasse pas 50 à 60 centigrammes ; si elle atteint et dépasse un gramme, on administre encore le huitième le cinquième jour et on supprime le sixième jour.

Ces données n'ont rien d'absolu et l'on ne doit en réalité se baser que sur l'état du malade. Il ne faut pas en effet préjuger de la gravité des accidents de la démorphinisation par la dose ingérée. L'intensité de l'intoxication ne dépend guère que de la quantité de morphine qui reste emmagasinée dans l'économie. On comprend dès lors que, si l'élimination journalière se fait, bien des individus puissent conserver un bon état général avec de grosses doses, alors que chez d'autres, où presque tout ce qui est absorbé est retenu, des doses minimes amènent de la cachexie morphinique. Il est donc indispensable de rester en permanence auprès du malade, dès que les premiers phénomènes de l'abstinence commencent à se manifester sérieusement.

On peut diminuer par deux procédés : en diminuant le nombre des piqûres ou en diminuant la dose de chaque injection. Il est préférable de combiner ces deux moyens et on peut adopter le procédé suivant, qui convient surtout aux cas graves : après avoir décidé, d'après les données générales ci-dessus, de diminuer la morphine et de n'administrer que la moitié ou les trois quarts de la dose habituelle, on calcule la dose de l'injection à donner, en admettant huit injections au maximum par vingt-quatre heures, soit une toutes les trois heures. Mais une fois la première piqûre faite, on attend pour la seconde que le besoin s'en fasse sentir et on la retarde ainsi le plus possible, en stimulant continuellement le moral du malade, de façon qu'il la recule lui-même par amour-propre, comme cela arrive quelquefois. On gagne ainsi une heure, par exemple, pour la seconde. On ne donnera la troisième que quatre heures après au minimum, et plus tard encore si possible, en prenant toujours pour distance minima la distance qui a séparé les deux dernières piqûres.

On peut ainsi arriver assez facilement dès le premier jour à diminuer les deux tiers de la morphine. On procède de la même façon le second jour et les suivants, s'il y a lieu. En même temps, on diminue légèrement d'un huitième, d'un quart au plus, chaque injection. On ne doit jamais faire une injection plus forte que la précédente : il vaudrait mieux rapprocher un peu l'heure de la piqûre, si l'on voyait des accidents survenir trop rapidement. A un moment donné, l'injection ne produit plus aucun effet. Le malade ne la sent pas. C'est le moment précis où il faut sans hésiter supprimer définitivement la morphine, ce que, du reste, le malade réclame ordinairement.

Un petit point qui a son importance pratique, c'est de savoir à quelle heure il est préférable de donner la dernière injection. Les accidents sérieux de la démorphinisation surviennent ordinairement au bout de six à douze heures après la dernière injection.

La phase la plus critique dans les cas graves se montre entre la vingt-quatrième et la trente-sixième heure. C'est, d'autre part, à la fin de la nuit, alors que les malades sont plus fatigués et que la lassitude du médecin et des garde-malades est la plus grande, que les accidents se montrent avec le plus d'intensité. Il est donc utile de s'arranger de façon qu'ils éclatent en plein jour, à une heure de la journée où l'on a plus facilement l'aide nécessaire sous la main.

On calcule donc aisément, d'après ces données, l'heure à laquelle on doit faire la dernière injection.

D. — LES SUCCÉDANÉS ET LES ADJUVANTS DU TRAITEMENT

En même temps qu'on diminue la morphine et au moment où on la supprime, faut-il essayer de suppléer à son action stimulante par quelque succédané? — On s'est adressé dans ce but aux dérivés de l'opium, et principalement à la codéine, à l'extrait thébaïque ou au laudanum. Je ne veux parler que de ceux-là, comme étant les plus usités.

La *codéine* ou ses sels peuvent, dans certains cas, calmer légèrement et très momentanément l'agitation, l'agacement éprouvé dans les membres par quelques malades. En aucun cas elle ne remplace la morphine, n'empêche les accidents et ne peut être en somme considérée comme un véritable succédané.

Quant à l'*extrait thébaïque* ou au *laudanum* administrés par la voie digestive, de deux choses l'une : ou ils sont pris en assez grande quantité pour amener un véritable calme, et alors le malade ne se démorphinise que lentement ; ou la quantité donnée est trop faible, et ne peut dès lors parer aux accidents ni à la douleur. D'ailleurs ces deux substances sont totalement impuissantes, quand on fait de la suppression rapide, et inutiles, quand on procède à la démorphinisation lente. Il faut absolument y renoncer.

Quant à la *cocaïne*, j'ai dit plus haut combien il était dangereux de l'employer. Elle est complètement abandonnée aujourd'hui et l'on ne saurait trop en déconseiller l'usage.

Je ne dirai qu'un mot en passant de la *suggestion hypnotique*, qui ne saurait convenir d'ailleurs qu'à des sujets capables d'être entièrement suggestionnés, c'est-à-dire des hystériques, ce qui limite singulièrement l'application de ce procédé.

En admettant même que la suggestion hypnotique puisse empêcher le malade de souffrir, elle ne supprime pas les troubles physiologiques de l'élimination morphinique et il est à craindre que le besoin soit alors plus fort que la suggestion. Tout au plus peut-on concéder qu'en combinant la suggestion avec une diminution très lente de la morphine, on arrive à en supprimer l'habitude et à maintenir le sujet dans ses bonnes dispositions. Mais on se trouve alors ramené à tous les inconvénients de la méthode lente.

Il y a tant de dangers à faire de l'entraînement hypnotique chez des sujets qui n'ont jamais été endormis, qu'il est préférable de laisser complètement de côté une méthode dont les applications ne peuvent être que très restreintes et qui, même