

dans les cas où on peut l'utiliser, donne des résultats moins rapides et moins complets que la suppression rapide.

Mais si les succédanés et l'hypnotisme doivent être repoussés, existe-t-il des médicaments permettant de combattre les accidents de la démorphinisation? Ici nous nous trouvons ramenés sur le terrain de la pathologie générale ordinaire.

Les morphinomanes peuvent être, soit déprimés, soit excités. La dépression est plus commune chez les femmes et l'excitation plus fréquente chez les hommes.

Contre la dépression on a conseillé (Levinstein, Erlenmayer) les *alcooliques*, les vins de Champagne, de Porto, etc., ou les grogs à l'eau-de-vie, au rhum, etc. Il est certain que l'alcool est un excellent tonique dans ce cas; mais il a souvent l'inconvénient de provoquer des vomissements, qui épuisent le malade et peuvent déterminer des syncopes par action réflexe, comme nous le disions plus haut. Quand on alimente convenablement le malade, on peut parfaitement s'en passer. Moins on donne de liquide à ingérer et mieux cela vaut.

Contre l'excitation, les calmants ordinaires peuvent être employés, tels que le *bromure de potassium*, le *chloral*, l'*antipyrine*. Mais à vrai dire, pendant la période aiguë de la démorphinisation, période qui ne dure guère que vingt-quatre à trente-six heures, ils n'ont qu'une action presque insignifiante. Dans les deux états, il y a trois choses qui ont une influence très rapide et très favorable : ce sont les bains, les douches et le repos absolu, physique et moral.

Les *bains tièdes* sont excellents dans les cas d'excitation; mais si les malades peuvent supporter la *douche*, elle est certainement préférable et, suivant la façon dont on la donne, elle est, soit calmante, soit stimulante, et peut ainsi convenir presque à tous les cas. C'est surtout vers la fin de la nuit, de quatre à six heures du matin, lorsque les malades sont épuisés ou énervés, qu'elle produit les meilleurs effets. Les *frictions sèches*, les *lotions stimulantes* faites dans le lit sont également d'un grand secours. On a recommandé aussi, dans certains cas, lorsque le malade a des inquiétudes dans les jambes,

des crampes, des secousses même, de lui faire accomplir certains *mouvements réguliers* pour le calmer. Mais c'est là un résultat souvent difficile à obtenir; le *massage* rend alors de grands services.

Le *repos absolu* est une condition indispensable pour réduire les phénomènes douloureux au minimum. Les malades sont les premiers, d'ailleurs, à demander à garder le lit, à rester dans le calme. Le bruit, les allées et venues, les conversations les fatiguent. Mais, si le repos physique est nécessaire, le calme moral ne l'est pas moins. C'est alors que l'influence du médecin agit efficacement.

Pendant toute la période critique, c'est-à-dire pendant les deux à trois jours où peuvent se produire des accidents nécessitant une intervention immédiate, le médecin doit rester continuellement à portée de son malade, aussi bien la nuit que le jour. Tous ses efforts doivent converger vers un seul but : gagner du temps, pour lui faire traverser le moins péniblement possible la phase douloureuse. On y arrive en l'occupant continuellement, et par les soins physiques qu'on lui donne, et plus encore peut-être par les encouragements, les consolations, les raisonnements qu'on lui prodigue.

Mais il ne s'agit pas seulement de combattre la dépression ou l'excitation générale. On a vu plus haut les accidents que peut entraîner la démorphinisation, surtout chez des sujets débilités et chez les femmes en général. Le plus grave de tous est le collapsus. Levinstein a remarqué avec juste raison qu'il était facile de l'empêcher en alimentant le malade pendant toute la durée de la suppression. On verra plus loin comment remplir cette indication.

Le *collapsus*, d'ailleurs, est un accident rare dans la suppression lente, et exceptionnel dans la suppression rapide. Si par hasard il survient, il est facile de l'enrayer en administrant une *injection de morphine*. L'expérience a démontré en effet qu'il suffit, pour le faire cesser, d'une dose quinze fois plus petite que la dose ordinaire pour les morphinomanes prenant 0<sup>sr</sup>,50 et au-dessus, et dix fois plus petite pour ceux



qui prennent la morphine à des doses inférieures à 0<sup>gr</sup>,50. Il faut ajouter qu'une injection pratiquée dans ces circonstances n'enraye en aucune façon le traitement et ne modifie pas le cours de la démorphinisation : on ne fait en effet que compléter en quelque sorte la quantité de morphine emmagasinée dans l'économie et dont la présence est encore nécessaire pour que l'organisme puisse continuer à fonctionner. C'est une manière de réglage de l'élimination.

On ne doit donc pas hésiter à recourir à ce procédé, lorsqu'on se trouve en présence d'une syncope qui résiste aux moyens ordinaires, ou d'un état de dépression trop profond, avec lipothymies fréquentes et menaces continuelles de syncopes graves. Si le collapsus est rare, les *syncopes* ou tout au moins les *lipothymies* sont au contraire assez fréquentes, surtout chez les femmes. Le plus souvent, d'ailleurs, des inhalations d'*éther*, d'*ammoniaque*, de *sels anglais*, les *lotions vinaigrées*, la *position déclive* de la tête, etc., suffisent pour les combattre.

Il faut en tout cas avoir sous la main, immédiatement à sa portée, tout un petit arsenal de médicaments. Le plus essentiel est une seringue constamment chargée de morphine et d'une contenance assez grande pour parer à tous besoins, sans avoir recours à une solution renfermée dans un flacon. Une seringue d'une contenance de 4 centimètres cubes, remplie d'une solution de morphine à 4 p. 100, est amplement suffisante.

Les syncopes proviennent le plus souvent du cœur, soit directement, soit par une action réflexe dont le point de départ est ordinairement le tube digestif. Le cœur, en effet, est toujours troublé dans son fonctionnement. Aussi certains médecins ont-ils basé tout le traitement de la morphinomanie sur l'emploi de toniques spéciaux du cœur, dont les effets physiologiques sur cet organe sont à certains égards comparables à ceux de la morphine. Tels sont la *nitroglycérine*, et surtout la *spartéine*, qui est presque la seule encore employée aujourd'hui. Mais elle présente des dangers, est inconstante

dans ses effets et a surtout le grand inconvénient d'être administrée par la même voie que la morphine. Elle ne combat d'ailleurs qu'un certain ordre de symptômes et n'a aucune action générale. Le *café* est bien préférable; mais il présente le même inconvénient que les alcooliques dans certains cas et provoque fréquemment comme eux les vomissements. La *caféine*, quoique administrée en injection hypodermique, comme la spartéine, est bien préférable à tous égards. Elle n'offre aucun des dangers de cette dernière et il n'y a pas de risque d'accoutumance. Mais il faut reconnaître que, dans l'immense majorité des cas, il n'est pas nécessaire de recourir à tous ces adjuvants, et que c'est avant tout la façon de procéder à la diminution d'abord, à la suppression ensuite, qui met à l'abri des accidents.

#### E. — ALIMENTATION DU MALADE

Sous ce rapport, un des points les plus importants, c'est l'alimentation du malade. On a vu plus haut que le tube digestif des morphinomanes était pour ainsi dire toujours en mauvais état. Il faut donc veiller avec le plus grand soin à ce que l'alimentation qu'on leur donne soit absorbée le plus rapidement possible et qu'il n'y ait aucune rétention des produits excrémentitiels. Les deux troubles constants de la démorphinisation sont les *vomissements* et la *diarrhée*. Celle-ci s'établit la première et il faut bien se garder de l'enrayer, puisque, comme je l'ai dit plus haut, c'est par cette voie que s'élimine la morphine emmagasinée. Quant aux vomissements, il est préférable aussi de les laisser se produire au début. Mais une fois que l'estomac est vidé et que les efforts de vomissements épuisent le malade, sans amener d'autre résultat que l'évacuation du liquide qui vient d'être ingéré, de quelques mucosités ou d'un peu de bile, il faut y couper court, à cause de la fatigue qu'ils entraînent et des syncopes qui peuvent en résulter.

Le meilleur moyen est de ne faire absorber au malade



presque aucun liquide et, lorsqu'on lui fait prendre quelque chose, de ne le lui donner que sous un très petit volume et à des intervalles assez espacés. Si les forces ont besoin d'être stimulées, un peu de *rhum* ou de *vin d'Espagne* toutes les heures suffit. On peut administrer aussi un peu de *glace*, ou deux cuillerées de *lait glacé* toutes les demi-heures. Le café, le champagne, les boissons gazeuses doivent être mis de côté. Ce qui convient le mieux à tous les cas, ce sont les *gelées de viandes* froides données à petites doses toutes les heures. On soutient ainsi très bien les forces du malade, auquel on arrive facilement à faire prendre de 200 à 300 grammes de gelée en vingt-quatre heures. Cette alimentation a l'avantage de ne demander aucune mastication, d'être digérée très rapidement et de donner une sensation rafraîchissante dans la bouche, calmant ainsi la soif, souvent très vive par suite des sueurs abondantes et de la diarrhée. Il n'est du reste utile de la continuer que pendant la phase aiguë. Au bout de deux jours de suppression, l'alimentation devient celle d'un convalescent ordinaire.

Pendant cette période de suppression, le sujet perd ordinairement 2 à 5 kilos de son poids. Il n'a que peu d'appétit jusqu'à la crise éliminatoire, qui se produit du sixième au douzième jour après la suppression définitive. Mais à partir de ce moment, l'appétit devient excessif. Rien ne s'opposant, comme à la suite de certaines maladies aiguës et infectieuses, à ce que cet appétit soit satisfait, le malade, ou pour mieux dire le convalescent, reprend très rapidement du poids et des forces.

J'ai dit plus haut que la moyenne d'augmentation était de 4 à 6 kilos par mois, et souvent plus chez les hommes.

#### F. — CONVALESCENCE

Dès lors, le morphinomane est entré dans la convalescence. C'est la période la plus délicate peut-être du traitement et durant laquelle l'ascendant moral pris par le médecin pendant

la phase aiguë va avoir à s'exercer avec le plus de difficulté. Autant le malade et sa famille étaient sceptiques sur le résultat du traitement avant de l'entreprendre et donnaient au médecin une latitude plus grande que celle qu'il demandait, autant, après la suppression, la guérison leur paraît-elle assurée, parce que l'on n'administre plus de morphine, et le temps prescrit pour la guérison leur semble-t-il exagéré. J'ai déjà dit en quoi consistaient les crises éliminatoires qui se produisent pendant la convalescence, les signes auxquels on les reconnaît, et combien, se manifestant encore au bout d'un long temps sous forme d'une simple impulsion, elles étaient redoutables au point de vue de la récurrence. Plus l'intoxication est ancienne, plus on peut les voir longtemps reparaitre sous cette forme. Il est indispensable de les avoir présentes à l'esprit, pour bien mettre en garde contre leurs dangers les personnes qui seront chargées de surveiller un morphinomane pendant la convalescence, si celle-ci n'a pas lieu sous la direction d'un médecin.

Il est deux phénomènes qui persistent longtemps pendant la convalescence. C'est l'insomnie et la fatigue.

1° L'insomnie apparaît dès la diminution des doses de morphine. Elle est constante pendant la suppression. Quand le sommeil reparait, c'est en général dans la matinée. Dans les premiers temps, l'insomnie est accompagnée d'un peu d'agacement, d'inquiétude dans les jambes. Cet état, qui n'apparaît pas tant que le malade est debout, se montre, au contraire, dès qu'il est couché; puis l'insomnie laisse le malade calme: il ne dort pas, voilà tout. En général, le sommeil ne reparait guère avec une durée normale qu'au bout de quinze jours à un mois. Chez quelques morphinomanes cependant, il peut revenir beaucoup plus tôt, mais la moindre émotion, la moindre fatigue ramènent l'insomnie.

Faut-il administrer des médicaments hypnotiques? Je ne le crois pas, après les essais comparatifs que j'ai faits. Les malades ont reconnu eux-mêmes qu'ils se trouvaient mieux de n'en pas prendre. On se trouve avec les morphinomanes



en présence de la situation suivante : ou les médicaments n'agissent pas et ne peuvent qu'entraver l'élimination de la morphine, ou ils agissent et les morphinomanes s'y habituent avec une grande facilité. C'est ce qui arrive souvent avec l'extrait thébaïque, le laudanum ou le chloral, de sorte qu'une fois débarrassés d'une habitude vicieuse, ils risquent de tomber dans une autre. Cette insomnie est du reste un excellent critérium de l'état du sujet. Elle résulte de l'excitation cérébrale produite par la démorphinisation et, tant qu'il y a élimination de morphine, le sommeil reste troublé. Son retour est donc un des meilleurs signes de la guérison : donner des médicaments qui le produisent artificiellement, c'est se priver d'une indication précieuse, et on n'en a pas trop à sa disposition pour démontrer aux malades que la plus grande prudence est encore nécessaire, et qu'ils sont moins guéris qu'ils ne le paraissent ou ne croient l'être. Car il faut compter avec la fatigue, que nous allons étudier maintenant.

2° Les morphinomanes convalescents, tout en ayant l'air d'avoir repris leur embonpoint, leurs forces et leur sommeil, sont sujets à *se fatiguer* avec une facilité extrême. La moindre fatigue amenant chez eux du découragement et le désir de se stimuler, pour être à même de faire ce qu'ils paraissent extérieurement en état de faire, c'est les exposer à la récurrence de leur laisser reprendre trop tôt leurs occupations. J'ai vu plus d'une fois des morphinomanes, qui présentaient toutes les apparences d'un complet rétablissement tant qu'ils étaient soumis au régime spécial de la convalescence, au repos physique et moral, cesser d'augmenter de poids, perdre l'appétit, avoir le sommeil moins bon, dès qu'ils reprenaient la vie de famille ou qu'ils voulaient s'occuper de leurs affaires.

Cette fatigue se montre surtout dans les membres inférieurs, particulièrement après le repas. L'*hydrothérapie*, les *massages* sont d'excellents modificateurs de cet état musculaire. Les *promenades* sont indiquées, mais doivent être faites d'une façon graduée. Bien souvent, pour obtenir le sommeil, les malades sont tentés de se fatiguer par la marche. Ils obtiennent un

résultat absolument opposé. C'est une des choses les plus difficiles à faire admettre aux malades et à leur entourage que tout exercice, fût-il des plus distrayants et agréables, est nuisible s'il amène de la fatigue, et que celle-ci survient beaucoup plus rapidement chez les morphinomanes une fois guéris que lorsqu'ils ne l'étaient pas. Le moment le plus délicat peut-être de la cure des morphinomanes est celui où ils éprouvent le sentiment de leurs forces anciennes et où cependant, sans qu'ils s'en rendent compte, ils sont encore incapables de se livrer à leurs occupations d'autrefois et de reprendre leur rôle dans la vie commune.

Il est un point sur lequel je ne saurais trop insister. Pendant un long temps après la suppression, il y a des selles diarrhéiques qui, à certains moments, ont une assez grande fréquence. Quelquefois, dans les cas de morphinomanie anciens, on voit les selles ne recouvrer leurs caractères normaux qu'au bout de dix ou douze mois. Il faut bien se garder de combattre par un moyen quelconque ce flux intestinal, sous peine de voir la convalescence s'enrayer et, fréquemment même, le besoin de morphine reparaitre et la récurrence se produire.

C'est une lourde faute dans laquelle tombent presque tous les médecins qui n'ont pas une expérience suffisante de la démorphinisation.

## VIII

### Signes de la guérison.

On ne devrait abandonner un morphinomane à lui-même que lorsque le sommeil est complètement revenu, lorsque l'appétit est normal, sans être exagéré comme au début de la convalescence, 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 ordinairement aux heures habituelles des injections d'autrefois.

BIBLIOTECA  
FAC. DE MED. U. N. B.