

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.

Un signe de guérison qui a une grande importance consiste dans le *retour des fonctions sexuelles*. On sait en effet que, chez les hommes, il y a très souvent impuissance et, chez les femmes, suppression des règles, lorsque la morphinomanie est assez prononcée.

Il est encore quelques petits signes de guérison qui ne sont pas à négliger. Certains auteurs conseillent de forcer les morphinomanes à s'occuper et se distraire pendant la période de suppression. Il faut n'avoir jamais vu de morphinomanes en suppression rapide pour croire qu'on puisse leur faire oublier leur besoin et leurs douleurs par une distraction ou par une occupation quelconque. Ils ne demandent qu'une chose, c'est d'être tranquilles, et le repos au lit est encore ce qui leur convient le mieux. On sait cependant, mais on ne s'en rend pas suffisamment compte, que la morphine agit d'une façon extrêmement marquée sur le moral des malades. On ne s'en aperçoit réellement que lorsqu'ils ne sont plus stimulés par elle. On est frappé alors de leur *aboulie*, de leur *apathie intellectuelle*.

Ils sont plus émotifs après la suppression de la morphine et un certain nombre conservent pendant assez longtemps un *état d'appréhension* à l'idée de se retrouver dans leur milieu habituel et de reprendre leurs affaires. Cette appréhension contribue fréquemment à provoquer la récidive.

Aussi faut-il leur ménager les émotions et les préoccupations. Un *isolement absolu* pendant une quinzaine de jours est presque toujours indiqué. Les visites des parents et des amis doivent être courtes et peu fréquentes d'abord. Il est souvent bon que le médecin y assiste, pour apporter un peu de modération de part et d'autre, et pour empêcher quelquefois que, par des reproches maladroits et inopportuns, on n'amène chez le malade de l'ennui et du laisser aller. Rien n'est plus mauvais en effet, alors qu'un morphinomane vient de se débarrasser de sa morphine et est à peine remis de sa phase douloureuse, que de lui faire des reproches sur son erreur passée. Il faut, au contraire, s'appliquer à ne rien réveiller en lui de sa période

de morphinomanie et lui faire entrevoir qu'une vie nouvelle s'ouvre devant lui et qu'il va pouvoir, grâce à ses nouvelles forces, rattraper le temps perdu. Il est aussi inopportun de trop s'attendrir sur les douleurs qu'il a pu éprouver et d'avoir l'air de lui savoir un gré infini d'avoir daigné guérir.

Le côté moral est d'une grande importance dans le traitement des morphinomanes. J'ai vu plus d'une fois des malades me demander eux-mêmes de retarder le jour de la première entrevue avec leurs parents, craignant l'émotion de se retrouver devant eux, et tenant à reparaitre métamorphosés en quelque sorte, aussi bien au moral qu'au physique.

On doit en tout cas interdire toute approche de la famille pendant la période aiguë de la suppression. Outre que la présence des siens provoquerait chez le malade des plaintes et des réclamations qu'il ne songe pas à exprimer devant son médecin seul, aux mains duquel il se sent complètement livré, il est bien préférable qu'il n'ait pas à penser plus tard qu'il a présenté le spectacle assez humiliant qu'offrent les morphinomanes pendant la suppression.

Il va sans dire qu'en aucun cas les malades ne doivent sortir seuls pendant leur convalescence, et qu'aussi bien dans l'appartement où ils ont été soignés qu'au dehors, ils doivent être l'objet d'une surveillance étroite.

Quant à la *durée totale du traitement* proprement dit, c'est-à-dire du temps nécessaire pour que le malade puisse commencer à reprendre ses occupations et être livré à lui-même, elle est de deux mois au minimum en moyenne.

IX

Prophylaxie de la récidive.

Il serait trop long d'entrer ici dans les nombreux détails de la direction morale à donner aux morphinomanes pendant leur convalescence. C'est d'ailleurs une affaire d'expérience personnelle et il ne saurait y avoir de formule précise à cet

égard. Tout se résume à prendre un ascendant moral suffisant sur son malade pour lui faire comprendre la nécessité qu'il y a pour lui et pour sa famille à se maintenir dans l'état de guérison où on le met. Ce n'est que par l'étude de son caractère qu'on pourra le diriger. Il est juste de dire que, le plus souvent, lorsqu'on a affaire à des sujets intelligents et dont la morphinomanie a une origine thérapeutique, on est récompensé de ses efforts et que les malades, chose rare, en sont reconnaissants à leur médecin.

Au point de vue de la récidive, le *pronostic* est en effet tout différent s'il s'agit de celle-ci ou de la morphinomanie d'origine passionnelle. On n'a, du reste, qu'assez rarement à soigner cette dernière, par la simple raison que les malades l'ayant contractée de leur plein gré, alors qu'ils étaient dans leur état normal, physique et moral, ils n'ont aucune raison pour s'en défaire plus tard. Ils ne se soignent que contraints et forcés. On ne peut donc faire grand fond sur la solidité de leur guérison, même lorsque la convalescence a été suffisamment prolongée, c'est-à-dire beaucoup plus que celle d'un morphinomanie ordinaire.

Pour les morphinomanes qui le sont devenus à la suite d'une affection douloureuse et qui, voyant les conséquences de plus en plus graves de leur habitude, se sont décidés à tout faire pour se guérir, il y a, au contraire, de grandes chances de non-récidive.

Quand la récidive se produit, c'est généralement peu de temps après que la surveillance et la direction médicales 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.

Pendant près de six mois à un an il peut en effet reparaitre encore, de temps à autre, quelque secret désir. Surveillé dans

son ménage, l'ancien morphinomanie n'y succombe pas : livré à lui-même, la tentation est souvent trop forte, et c'est ce qui explique que les célibataires sont les plus sujets à la récidive.

La *guérison de la récidive*, surtout quand elle est récente, est des plus aisées. Ce qui rend la récidive grave, c'est qu'elle indique que l'impulsion à la morphine est très enracinée et qu'une très longue surveillance serait nécessaire pour assurer la guérison, surveillance à laquelle il est le plus souvent très difficile d'astreindre les sujets. Mais ce n'est pas par là seulement qu'elle est funeste et, si le morphinomanie devait retrouver avec la morphine son activité d'autrefois, il n'y aurait que demi-mal. Malheureusement la situation n'est plus la même. Au lieu du sentiment d'euphorie, de l'excitation intellectuelle que la morphine donnait autrefois, elle ne détermine plus, même à de très petites doses, qu'un état d'abrutissement qui cède à peine à de très fortes doses, malgré lesquelles le récidiviste n'est pas encore en état de faire ce qu'il faisait autrefois. Il en résulte un découragement profond, allant quelquefois jusqu'aux idées de suicide, et qui contribue encore à entraver le retour de sa santé physique. C'est un argument sérieux à faire valoir aux malades pour les aider à résister à leur impulsion. Il n'est pas rare alors de les voir se faire soigner de nouveau et consacrer cette fois à leur traitement tout le temps nécessaire, se soumettre à toute la surveillance qu'on leur impose, quand ils constatent que la morphine ne leur procure plus la satisfaction d'autrefois. Ces phénomènes ne se produisent guère que chez ceux qui récidivent peu de temps après le traitement curatif. Quand il s'est, au contraire, écoulé plusieurs années, la récidive est absolument comparable à la première période de la morphinomanie.

Entre la première période de traitement proprement dit et la reprise de la vie ancienne, les morphinomanes guéris se trouvent bien d'une transition. La meilleure consiste dans les *voyages*, et particulièrement dans des *voyages sur mer*, où ils sont accompagnés, bien entendu. Un voyage d'un mois ou deux est un excellent dérivatif à leurs idées d'autrefois. C'est un

exercice salulaire pour la reconstitution des forces physiques : c'est un excitant intellectuel et une source de souvenirs vers laquelle le malade aimera à remonter plutôt que de songer à son passé pénible, gâché plus ou moins par sa déplorable habitude.

A défaut de voyage, un séjour de quelques semaines à la campagne ou dans quelque station agréable doit être conseillé. Enfin, si aucun de ces desiderata ne peut être réalisé, il faut, autant que possible, modifier son milieu habituel ; on profitera de son absence pour procéder à ces transformations.

Le *changement d'appartement* est une condition presque toujours indispensable. On ne saurait croire le calme moral produit par cette modification. La pièce où se tenait de préférence le malade, où il avait l'habitude de pratiquer ses injections, le plus souvent secrètement, doit être fouillée de fond en comble et, si possible, complètement changée. Il faut, en un mot, qu'en se sentant une nouvelle personnalité, il trouve aussi un autre milieu qui n'évoque en lui aucun souvenir de l'ancienne. Plus le milieu sera nouveau et différent de l'ancien et meilleur sera le résultat. C'est en tout cas le minimum qu'on puisse exiger pour la prophylaxie de la récurrence. Et si l'on ajoute que la guérison d'une récurrence est beaucoup plus aléatoire, au point de vue du pronostic, que celle de la démorphinisation primitive, on ne trouvera pas exagéré d'indiquer tout ce qu'il est nécessaire de faire pour éviter des rechutes.

CHAPITRE VI

TRAITEMENT DE L'INTOXICATION PAR LA COCAÏNE

PAR

V. MAGNAN

ET

A. PÉCHARMAN

De l'Académie de médecine.

Médecin des Asiles de la circonscription
de Paris

I

Intoxication aiguë.

La cocaïne a fait son entrée dans la thérapeutique comme analgésique local (Koller, 1884). Ses effets, sûrs et rapides, ont été mis à profit par les chirurgiens pour des opérations sur les yeux, la bouche, l'appareil génito-urinaire, etc. En trois minutes, elle insensibilise complètement toute la partie du derme cutané ou muqueux qu'elle imprègne, mais son action s'étend au delà des cellules sensibles de la périphérie ; elle pénètre le système nerveux tout entier ; elle y détermine des phénomènes d'hyperexcitabilité qui peuvent, suivant la dose et suivant le sujet, aboutir à des convulsions mortelles.

C'est ainsi qu'après une première injection, après application sur une muqueuse, après ingestion stomacale d'une dose même faible de cocaïne, on voit apparaître tout à coup, spécialement chez les nerveux et les affaiblis, des accidents généraux. Ces accidents reproduisent assez fidèlement les résultats de l'expérimentation : *excitation cérébrale* avec hilarité, loquacité et délire ; *contraction vasculaire*, tra-