

par trouver moyen de se faire lui-même des injections. Parfois, cependant, on arrivera à la suppression complète, mais le malade ne voudra pas prolonger l'isolement pendant la convalescence. Dans ces conditions, on peut être sûr qu'il ne se passera pas huit jours sans qu'il y ait rechute.

D'autres fois, il arrivera que le morphinomane n'aura pas la patience d'attendre que le traitement soit terminé, et il l'interrompra ou même y renoncera d'une façon définitive. Voilà les inconvénients, voyons les avantages. L'avantage de la méthode lente, c'est que les symptômes d'abstinence sont peu marqués; mais, par contre, chez certains sujets, ils se montrent rapidement, émoussent le moral déjà bien affecté du patient et prennent une telle intensité, quand on arrive à de faibles doses, qu'on ne pourrait, sans grand danger, arriver à la suppression complète. Ce n'est pas à dire que la méthode lente doive être systématiquement rejetée; elle a parfois donné de bons résultats entre les mains de Charcot, de Ball, de Joffroy, de Debove, de Marandon de Montyel, etc.

Elle est indiquée quand il s'agit d'un morphinomane arrivé à une période avancée de la cachexie. On peut éviter ainsi l'apparition des symptômes redoutables du collapsus et conserver quelques chances de guérir le malade par une méthode dont le grand mérite est de n'avoir encore à son actif aucune terminaison fatale.

C'est pour réagir contre les désavantages de la suppression lente que Levinstein a vulgarisé une autre méthode toute différente, qui consiste à supprimer radicalement, dès le début du traitement, les injections de morphine; c'est la méthode par *suppression brusque*. L'application de cette méthode exige non seulement le placement du sujet dans un asile ou un établissement spécialement consacré au traitement de la morphinomanie, mais encore une organisation intérieure de cet asile ou de cet établissement et des mesures de surveillance et de précaution particulières: chambre agencée de façon à éviter de la part du malade toute tentative de suicide (fenêtre grillagée, porte disposée de façon à ne pouvoir être ouverte par le patient, lit scellé au mur, etc.), régime cellulaire absolu, salle de bains voisine de la chambre de démorphinisation, etc. Pendant toute la période critique, un médecin et des infirmiers exercés doivent se tenir en permanence à proximité du patient. C'est qu'en effet, quelques heures après la suppression brusque¹, les phénomènes d'abstinence apparaissent avec une gravité parfois redoutable, don-

1. En général vingt-quatre heures après la suppression, dans les cas où le malade s'est offert une ration supplémentaire de morphine avant son isolement absolu.

nant souvent lieu à une excitation cérébrale qui peut aller jusqu'à la manie. C'est alors qu'il faut veiller sur le malade, opposer une résistance inflexible à ses supplications et à ses menaces, parer à des tentatives possibles d'évasion ou même de suicide, déjouer toutes les ruses qu'il met en œuvre pour se procurer de la morphine et en même temps se tenir prêt à conjurer tout de suite, par une prompt injection, toute menace sérieuse de collapsus.

Le médecin, durant cette période, dont la durée heureusement n'excède pas en général cinq à six jours, doit être toujours là; il exercera sur son malade une surveillance étroite et constante, et la solution de morphine ainsi que la seringue de Pravaz doivent toujours être à portée de sa main. La période critique terminée, le convalescent devra être distrait, prendre de l'exercice physique, vivre avec d'autres malades; mais, néanmoins, il sera prudent de le maintenir encore en observation après la guérison apparente.

Cette méthode a donné des résultats variables, tantôt excellents, tantôt détestables. Elle offre pour avantage de démorphiniser rapidement le patient et d'avoir un succès certain si la surveillance est étroite; mais, à côté de cela, elle présente ce grave inconvénient de provoquer chez les malades à système cardio-vasculaire insuffisant des accidents de collapsus pouvant amener et ayant causé un certain nombre de fois la *mort subite*. De plus, elle expose les morphinomanes, qui sont si souvent des dégénérés, à des accidents psychopathologiques des plus violents. Il convient donc de restreindre l'application de la méthode par suppression brusque à certains cas seulement. L'emploi en est recommandable toutes les fois que l'organisme sera en état de surmonter les dangers de la suppression totale, par exemple chez les néo-morphinomanes, ainsi que chez ces petits morphinomanes, dont l'intoxication, quoique de date plus éloignée, n'est encore ni assez ancienne, ni assez intense pour que l'on puisse craindre l'apparition du collapsus.

On peut même y recourir dans un cas d'intoxication ancienne, si l'on est en présence d'un morphinomane jeune, bien constitué, exempt de lésions viscérales, surtout de troubles cardio-vasculaires, et indemne aussi de toute tare cérébrale qui ferait redouter l'éclosion de troubles psychopathiques.

Ainsi, soit que l'on envisage la méthode par suppression lente, ou la méthode par suppression brusque, on rencontre des indications ou des contre-indications assez précises. Si celle-là est presque toujours mauvaise, celle-ci n'est pas toujours bonne, et parfois elle est extrêmement dangereuse.

Entre ces deux extrêmes, Erlenmeyer 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 nombreux suffrages qu'elle a obtenus.

La *méthode rapide*, dite encore méthode d'Erlenmeyer, méthode demi-lente, participe à la fois de l'innocuité relative de la méthode lente et de la rapidité de la méthode brusque. Elle a été récemment, en France, l'objet de travaux intéressants, notamment de M. Sollier¹, qui en a déterminé les règles avec une précision remarquable.

Le malade ayant subi le traitement préparatoire à la démorphinisation, on doit s'assurer d'abord durant deux ou trois jours qu'il est dans de bonnes conditions pour être sevré de morphine et qu'il est bien réglementé quant au nombre et aux heures des injections.

Ces précautions prises à partir du moment où l'on commence à diminuer la dose, il faut maintenir le sujet 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 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.

Si l'intoxication ne date pas de plus d'une année 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 1 gramme, on administre encore le huitième, le cinquième jour et l'on supprime le sixième jour.

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 Sollier préconise 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

1. SOLLIER, La démorphinisation et le traitement rationnel de la morphinomanie (*Semaine méd.*, 31 mars 1894).

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 gardes-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 main¹. On calcule donc aisément, d'après ces données, l'heure à laquelle on doit faire la dernière injection. En moyenne, la *méthode rapide* permet la démorphinisation en huit à dix jours pour les grands morphinomanes, en six à huit jours pour les petits morphinomanes. Les avantages de cette méthode sont considérables. On n'a presque jamais ici à redouter les accidents si terrible de la méthode brusque : le collapsus et la mort subite.

Les symptômes d'abstinence sont de courte durée, et, s'ils sont plus intenses que dans la méthode lente, ils ne vont presque jamais jusqu'à acquérir la gravité qu'ils présentent dans le traitement de

1. SOLLIER, art. *Intoxication par l'opium* du *Traité de thérapeutique* de Robin, 1896.