

de morphine et laisse entre leurs mains une seringue de Pravaz et une solution de morphine, est la cause première du mal.

A côté de ces morphiomanes se placent un certain nombre d'individus qui cherchent dans la morphine un oubli passager de leurs soucis ou de leurs chagrins. Plus nombreux sont les individus qui cherchent dans la morphine un excitant de l'intelligence et des sens. Cette dernière catégorie de morphiomanes augmente de jour en jour. Ce sont ces morphiomanes qui prêchent dans leur entourage les béatitudes de la morphine et trouvent parmi leurs parents et leurs amis des imitateurs zélés. Les morphiomanes de cette catégorie sont pour Pichon des dégénérés héréditaires. Il est de fait qu'un assez grand nombre de ces individus présentent un penchant irrésistible non seulement pour la morphine, mais pour presque tous les poisons de l'intelligence (alcool, cocaïne, chloral, etc., etc.). Souvent, dès les premières injections de morphine, ces individus éprouvent un besoin impérieux du médicament. La morphiomanie est la toxicomanie des gens instruits, des lettrés, des artistes⁽¹⁾. Au moment où Levinstein écrivait son livre, les femmes figuraient pour une proportion assez faible parmi les morphiomanes. (Il comptait 82 hommes pour 28 femmes.) Actuellement, à Paris tout au moins, la proportion n'est certainement pas la même.

Les doses quotidiennes de morphine administrée en injections hypodermiques sont extrêmement variables. Elles peuvent être excessives. Les chiffres de 50 centigrammes, même d'un gramme de morphine sont assez ordinaires. Certains malades arrivent à 2 ou 3 grammes, parfois plus encore. Pichon, Erlenmeyer et Backer ont observé des malades qui prenaient jusqu'à 10 et 12 grammes de morphine.

Les effets du morphinisme mettent un temps assez variable à se produire. La durée de ce temps est, bien entendu, en rapport avec les doses. D'une manière générale, d'après Levinstein, les doses seraient moins importantes que les prédispositions individuelles. D'après cet auteur, ce serait généralement entre 6 et 8 mois que le morphinisme serait constitué.

Quelles sont pour l'organisme les conséquences de l'abus de la morphine ?

Dans les premiers temps de l'intoxication, rien ne révèle l'imprégnation de l'économie par la morphine; mais au bout d'un certain temps (6 à 8 mois environ) les morphiomanes présentent un aspect particulier.

La face est pâle, parfois d'une couleur jaune terreuse, ridée d'une manière précoce. Il semble que dans l'espace de quelques mois, les malades ont vieilli d'une manière extraordinaire. Les pupilles sont habituellement rétrécies. L'intelligence subit une atteinte assez profonde. La mémoire et le jugement restent à peu près intacts, mais la volonté est manifestement affaiblie. L'insomnie est la règle. Tous ces désordres paraissent peu marqués lorsque les piqûres de morphine sont peu espacées; ils sont à leur summum quand il n'y a pas eu de morphine administrée depuis un certain temps. C'est alors que les malades paraissent anxieux, à la recherche de quelque chose qui leur fait défaut. Les yeux sont éteints. Les mouvements manquent de précision. Il y a du tremblement des mains comme chez les alcooliques. Si l'injection de morphine est faite, tous ces troubles disparaissent comme par enchantement. La physionomie devient presque instantanément plus vive et plus

⁽¹⁾ On sait que les médecins payent un large tribut à la morphine. Sur 66 hommes, il y a 17 médecins morphiomanes, dans la statistique de G. Pichon.

animée. L'intelligence reprend sa vigueur. Ces alternatives de dépression et d'excitation ont quelque chose de caractéristique et suffisent quelquefois à faire soupçonner la morphiomanie.

Étudions maintenant l'état des fonctions organiques chez les morphiomanes.

Digestion. — Les morphiomanes ont la bouche presque toujours sèche. Ils souffrent presque constamment de la soif. Leurs dents s'altèrent avec la plus grande facilité. Elles noircissent et se carient sans qu'il y ait de douleur ni d'inflammation du périoste gingival. D'après Ball, l'ivoire est ordinairement l'organe qui est le siège de l'altération.

L'appétit est perdu au début; presque toujours il y a de la répugnance pour les aliments azotés. A une période plus avancée de l'intoxication, on peut observer une véritable boulimie. Contrairement à ce qui se passe chez les opiophages, les morphiomanes n'ont ordinairement ni nausées, ni vomissements. Néanmoins, les digestions sont lentes. L'estomac est gonflé après les repas. Les fermentations gastriques sont intenses et donnent lieu à du pyrosis et à des régurgitations acides. D'après Levinstein, les malades éprouvent souvent des sensations de brûlure ou de cuisson au creux épigastrique; ces sensations sont parfois assez vives pour réveiller brusquement les malades ou être, pour eux, une cause d'insomnie. Les piqûres de morphine ont souvent pour effet de déterminer immédiatement une sensation de constriction épigastrique que les malades connaissent assez pour pouvoir reconnaître, en son absence, qu'une piqûre a été faite avec une seringue chargée d'eau distillée et non de solution de morphine (G. Pichon).

Les fonctions intestinales s'accomplissent avec difficulté. La constipation est le plus souvent opiniâtre; elle peut être assez marquée pour donner lieu à de fausses crises d'occlusion intestinale. En tout temps, les intestins fonctionnent mal. Le ventre est ballonné et les borborygmes sont fréquents.

Circulation. — Les caractères du pouls varient suivant que la morphine a été absorbée depuis peu de temps ou depuis un temps déjà éloigné. D'après Jennings, lorsqu'il n'y a pas eu de morphine absorbée depuis un certain temps, le tracé sphygmographique présente un plateau systolique qui ne manque jamais. Dans ces conditions, le pouls est faible, filiforme et il peut se produire des accidents graves de collapsus, sur lesquels nous aurons à revenir.

Les morphiomanes ont des palpitations fréquentes. Leur pouls peut être irrégulier et intermittent.

Respiration. — Les troubles respiratoires sont également plus marqués dans l'abstinence que lorsque les malades sont sous l'influence du poison. Toutefois, d'après Levinstein, on peut observer, après la piqûre de morphine, de la raucité de la voix et de la dyspnée nerveuse.

Fonctions génito-urinaires. — Les facultés génésiques diminuent chez les hommes. Il y a parfois impuissance absolue. Chez les femmes, on peut observer une tendance à l'avortement. Dans quelques cas, la menstruation peut être profondément troublée. Chez six jeunes femmes observées par Lutaud⁽¹⁾, elle était complètement supprimée.

⁽¹⁾ LUTAUD, *Arch. de toxicologie*, 1887.

Les urines peuvent renfermer du sucre ou de l'albumine. D'après H. Huchard (1), il y aurait deux sortes d'albuminurie liées à l'usage de la morphine : l'une transitoire, qui paraît due à une action de la morphine sur le bulbe ; l'autre, plus abondante et pouvant devenir permanente, est due, suivant cet auteur, aux modifications que subit la tension artérielle sous l'influence de la morphine. La morphine abaisse la tension artérielle ; cette hypotension déterminerait des congestions répétées et passives des reins et, consécutivement, la néphrite parenchymateuse.

Peau et annexes. — La peau des morphiomanes se ressent fréquemment des innombrables traumatismes causés par les piqûres de morphine. Les piqûres faites le plus souvent dans les mêmes régions (peau des bras, des jambes, du ventre), laissent à leur suite des nodosités plus ou moins volumineuses, indurées, de couleur rouge foncé. Assez souvent, elles déterminent la production d'abcès volumineux, tantôt dans le tissu cellulaire sous-cutané, tantôt plus profondément dans le tissu cellulaire intra-musculaire, si les piqûres ont été faites profondément. Ces abcès ont pour caractère de se développer très rapidement, sans grande réaction générale. Ils sont douloureux. Leur évolution est très rapide ; ils deviennent fluctuants de bonne heure. Ouverts spontanément ou par le bistouri, ils guérissent avec une grande facilité. La pathogénie de ces abcès est facile à comprendre. Ils sont causés par des piqûres faites à l'aide d'instruments malpropres. Ces abcès, bien étudiés par L.-H. Petit (2), peuvent être un signe révélateur de la morphiomanie.

Anatomie pathologique. — L'anatomie pathologique du morphinisme a été presque exclusivement étudiée chez les chiens empoisonnés chroniquement par la morphine (Pilliet, Andrews, Huschfels). Les lésions expérimentales consistent essentiellement dans la stéatose des organes et dans l'atrophie des cellules, particulièrement des cellules nerveuses de l'encéphale et de la moelle.

Influence du morphinisme sur les traumatismes et les maladies aiguës. — Les travaux du professeur Verneuil ont montré l'influence de l'état antérieur de l'organisme sur les traumatismes et sur leurs suites. Le morphinisme se comporte à cet égard comme quelques autres états diathésiques, constitutionnels, ou acquis, comme l'alcoolisme en particulier ; il aggrave les traumatismes et en retarde la guérison.

Dans les maladies aiguës, le rôle du morphinisme est peu connu. On sait cependant qu'il est susceptible de provoquer chez les morphiomanes atteints de maladies aiguës un delirium tremens, analogue à celui de l'alcoolisme. La pathogénie est d'ailleurs la même que dans l'alcoolisme, et il faut incriminer la privation de l'excitant ordinaire. Quelquefois, le morphinisme agit en provoquant des accidents en rapport avec la maladie première. Nous avons observé un morphiomane atteint de pneumonie aiguë chez lequel la privation de la morphine se manifesta par des accès de dyspnée terrible qui ne cédèrent qu'à des injections de morphine (3).

Évolution. — Les accidents du morphinisme évoluent lentement. La morphio-

(1) H. HUCHARD, *Soc. méd. des hôp.*, 1890.

(2) L.-P. PETIT, *Bull. de thérapeutique*, 1879.

(3) RICHARDIÈRE, *Soc. méd. prat.*, 1887.

manie n'a pas de tendance à guérir spontanément. Les malades abandonnés à eux-mêmes ne renoncent pas à leurs déplorables habitudes. Dans ces conditions, ils peuvent vivre longtemps, tout en augmentant constamment leurs doses ; quelques malades sont morphiomanes depuis 10 et 15 ans. Certains morphiomanes arrivent à s'injecter des doses vraiment colossales (jusqu'à 5 grammes de chlorhydrate de morphine dans les 24 heures). A la longue, cependant, ils tombent dans la cachexie. Quelques-uns deviennent tuberculeux ; d'autres succombent à la néphrite ; quelques-uns à un érysipèle causé par les abcès. Parfois les malades meurent subitement, par syncope.

Les morphiomanes doivent être sevrés de leur poison. Mais tout est loin d'être fini avec la suppression de la morphine ; la suppression effectuée, on voit, en effet, se dérouler toute une série d'accidents.

Après la suppression de la morphine, les morphiniques présentent des troubles nerveux, parfois modérés (consistant en somnolence, impossibilité de travailler, difficulté des mouvements, tremblements, hyperesthésies de siège variable), parfois très graves, consistant en délire violent ou en abattement profond. On assiste quelquefois à de véritables accès de delirium tremens, survenant 7 à 8 heures après la suppression de la morphine.

Après la suppression, il survient de la diarrhée, souvent de longue durée quelquefois extrêmement intense et d'apparence cholériforme. Du côté de la respiration, on observe de la dyspnée, de l'irrégularité des mouvements respiratoires, parfois le rythme de Cheyne-Stokes, des accès d'asthme et de toux quinteuse. La circulation s'affaiblit et le pouls devient insensible.

Il n'est pas rare de voir survenir, vers le troisième ou le quatrième jour, des accès de collapsus, pendant lesquels la température baisse. La respiration est alors irrégulière, suspicieuse et profonde. Le pouls faiblit. Les battements du cœur sont à peine perceptibles. Il y a tendance à la syncope. Parfois des syncopes se produisent à diverses reprises pendant cet état. Les accès de collapsus durent généralement un certain temps (1/4 d'heure, 1/2 heure). Très intenses, ils peuvent entraîner la mort. Contre ces accidents, il faut recourir immédiatement aux injections d'éther et de caféine, au sulfate de spartéine.

Les accidents qui suivent immédiatement la suppression de la morphine disparaissent assez rapidement ; mais les malades restent longtemps affaiblis, souffrant de l'estomac et atteints de diarrhée rebelle. Enfin, et par-dessus tout, ils restent longtemps avec le désir de la morphine et ce n'est qu'au bout de longs mois qu'on peut considérer la guérison comme définitive.

Le traitement de la morphiomanie a pour but d'enlever aux malades le besoin impérieux qu'ils ont de la morphine. Il consiste également à prévenir le développement des accidents graves, qui sont liés à la suppression du poison. Pour réaliser la suppression de la morphine, deux modes de traitement sont possibles : la suppression brusque et la suppression lente. La suppression brusque est possible, mais elle est dangereuse et expose les malades à des accidents nerveux et au collapsus. Elle ne doit être essayée que dans une maison de santé ou chez des malades ayant un médecin constamment auprès d'eux. La suppression lente, sans mettre complètement à l'abri de ces accidents, les rend plus rares. Elle est obtenue par la diminution méthodique des doses de morphine. Souvent il faut un temps fort long pour arriver à la suppression complète. La suppression lente est difficile à réaliser à domicile, car elle demande une surveil-

lance incessante des malades, qui ont une grande tendance et une habileté extrême à tromper médecins et surveillants. Il faut souvent, chez les morphiomanes invétérés, recourir à l'internement volontaire dans une maison de santé ou dans une maison affectée spécialement au traitement des morphiomanes, etc.

Les accidents de la suppression nécessiteront quelquefois l'administration de l'opium, donné à l'intérieur sous forme de laudanum. Ils ne devront jamais être traités par des médicaments auxquels le malade pourrait s'habituer. C'est ainsi que la cocaïne, qui peut développer une intoxication aussi redoutable que le morphinisme, doit être rejetée d'une manière absolue.

Le collapsus sera traité par des injections de café et d'éther, et par les stimulants du cœur et de la respiration.

Dans le traitement de la morphiomanie, on peut dire que l'état des malades est le meilleur criterium de la sincérité de la cure. Si on les voit subitement moins abattus, ne se plaignant plus de souffrir, on doit soupçonner une supercherie. Le morphiomane en traitement, qui ne se plaint pas, est un trompeur. Pour dépister la supercherie, on peut utiliser l'examen du tracé sphygmographique et la recherche de la morphine dans les urines. Si cette analyse était négative, il ne faudrait cependant pas se trop vite réjouir, car la morphine ne passe qu'en petite quantité dans les urines. Il faut que le malade en absorbe une quantité assez considérable (0,10 centigrammes au moins) pour qu'elle soit appréciable à l'examen.

CHAPITRE III

COCAÏNE

La cocaïne a été retirée de la coca (*Erythroxylum coca*) par Niemann, de Vienne, en 1859. Cette substance est restée assez longtemps sans emploi en médecine. On connaissait l'usage répandu parmi un grand nombre d'indigènes du Pérou et de la Bolivie de mâcher les feuilles de cette plante, mélangées à un sel alcalin. Comme les mangeurs de coca prétendaient pouvoir, grâce à cette pratique, faire de longues courses sans manger et sans souffrir de la faim, on en avait conclu que la coca avait les propriétés d'un aliment d'épargne. Cependant les vertus anesthésiques de la coca étaient déjà connues et certains observateurs avaient attribué à l'anesthésie de la muqueuse de l'estomac la disparition de la sensation de la faim observée chez les mangeurs de coca. Ces propriétés anesthésiques étaient restées sans emploi, lorsqu'en 1884, Koller, de Vienne, eut l'idée d'employer la cocaïne comme anesthésique dans les opérations pratiquées sur les yeux. Depuis les travaux de Koller, l'emploi de la cocaïne s'est généralisé avec une rapidité justifiée par la sûreté de cet agent et par la facilité de son administration. Malheureusement, la cocaïne n'est pas un agent inoffensif. Même à faibles doses, elle peut produire des accidents redoutables, parfois mortels. Il est nécessaire d'appeler l'attention des médecins sur les dangers de cette substance, quand elle est maniée d'une manière inconsidérée, ou quand elle est employée par des personnes inexpérimentées.

L'intoxication par la cocaïne n'a été observée qu'à la suite de l'emploi de cette substance en médecine. Il n'existe pas, jusqu'à ce jour, d'observation d'empoisonnement criminel par la cocaïne.

La cocaïne ou plutôt son sel (le chlorhydrate de cocaïne) donne lieu à une intoxication aiguë ou chronique. L'intoxication aiguë se produit après l'ingestion par le tube digestif ou à la suite d'instillation sur la conjonctive, de badigeonnages sur les muqueuses, de lavages des cavités ou des conduits, de lavements ou de pulvérisations avec le spray. Elle est surtout fréquente après les injections sous-cutanées et sous-muqueuses de cocaïne. Il faut savoir que c'est souvent à la suite d'une injection, même à dose minime, de cocaïne dans les gencives, pour l'anesthésie dentaire, que des accidents toxiques se sont montrés. Les doses nécessaires pour amener des accidents sont très variables. M. Reclus déclare que dans sa pratique, si étendue, des injections de chlorhydrate de cocaïne, il n'a jamais eu d'accident sérieux avec des doses inférieures à 2 centigrammes de cocaïne. L'anesthésie par la cocaïne est particulièrement dangereuse dans les opérations qui portent sur la base et sur l'extrémité supérieure du corps. Pour éviter les accidents, Reclus recommande, en pareil cas, de pratiquer toujours ces opérations, le sujet étant dans la position horizontale. Chez quelques sujets, particulièrement impressionnables, une dose de quelques milligrammes peut amener des accidents sérieux. (Un malade dont Hallopeau a rapporté l'observation à l'Académie de médecine avait reçu une injection de 8 milligrammes de cocaïne dans la gencive.) Presque toujours, une plus forte dose est nécessaire pour amener les symptômes d'empoisonnement; il est rare que les accidents se montrent quand la dose est inférieure à 5 ou 6 centigrammes. Abadie cite cependant le fait d'une femme de 71 ans qui mourut après une injection de 4 centigrammes dans la paupière inférieure. Blumenthal a vu des accidents toxiques, qui se sont dissipés d'ailleurs rapidement, à la suite d'une injection de 10 centigrammes.

En instillations et en lavements, la tolérance pour la cocaïne est également variable. Mayerhausen a vu une instillation dans l'œil de 15 gouttes d'une solution à 2 pour 100 amener des accidents inquiétants, alors que des doses infiniment plus considérables ne sont, le plus souvent, suivies d'aucun effet toxique.

Depuis l'époque, encore récente, où elle est employée en médecine, la cocaïne a déjà amené un nombre relativement considérable d'accidents. Dans l'article de Falk⁽¹⁾, on trouve la relation de 176 cas d'intoxication plus ou moins graves. Il faut de plus ajouter aux faits publiés par Falk un certain nombre d'accidents relatés par Mannheim⁽²⁾ et par Mattison⁽³⁾.

Les accidents toxiques sont loin d'avoir toujours la même gravité. On peut les diviser en 5 catégories : dans un premier groupe, il s'agit d'accidents passagers. Ces accidents passagers consistent en vertiges, en convulsions et en phénomènes nerveux peu intenses, disparaissant dans un temps très court, qui varie de quelques minutes à quelques heures. Dans un deuxième groupe, il s'agit d'accidents analogues, mais plus graves et surtout plus prolongés, d'une durée de plusieurs jours. Dans une dernière catégorie de faits, l'intoxication se termine par la mort plus ou moins rapide. Les cas de mort par la cocaïne, qui ont été publiés, étaient au nombre de 15, en 1890. Falk en cite 9 dans son article.

(1) FALK, *Therap. Monats.*, 1890.

(2) MANNHEIM, *Zeitschrift für Med.*, t. XVIII, 1890.

(3) MATTISON, *Therap. Gaz. Detroit*, 1888.