

SOCIÉTÉ DES NATIONS.

O.C.1188(b)

Genève, le 28 décembre 1931.

COMMISSION CONSULTATIVE DU TRAFIC DE L'OPIMUM ET AUTRES DROGUES  
NUISIBLES.

Cures de désintoxication des opiomanes par le sérum obtenu  
au moyen d'une phlyctène,  
(Méthode du Dr. Modinos),

par

KWA TJCAN SIOE et TAN KIM HONG  
Médecins à la Clinique Jang Seng Ie à Batavia.

-----

Extrait de la

"Geneeskundig Tijdschrift voor Nederlandsch-Indië"  
fascicule 2, partie 71, 1931.

-----

Note du Secrétaire.

Le Secrétaire a l'honneur de communiquer à titre de renseignements complémentaires aux membres de la Commission Consultative, comme suite aux documents O.C.1188 et O.C.1188(a), l'extrait suivant d'une brochure transmise, le 22 octobre 1931 par le Gouvernement néerlandais, en même temps que son rapport annuel. La dite brochure est déposée dans les archives du Secrétariat.

-----

..... Nous tenons à indiquer tout d'abord que nous avons fait usage pendant un certain temps d'une méthode de désintoxication qui a été décrite dans la même revue par MM. De Mol van Otterloo et Linn, et qui consiste à administrer à l'opiomane des soporifiques. Dans l'ensemble, nous avons été satisfaits des résultats, mais dans certains cas, nous avons cependant constaté que la méthode en question présentait des dangers. Aussi avons-nous été très heureux de trouver dans une publication de la Société des Nations un rapport du Docteur Modinos au sujet du traitement d'un toxicomane par un auto-sérum prélevé sur une phlyctène que le Docteur Modinos a provoquée chez le sujet par l'application d'un vésicatoire (pour les détails, les auteurs renvoient au texte d'une conférence du Docteur Modinos qui a été publiée en mars par

la Société des Nations). (Doc. C.C.1188).

Notre expérience, qui porte maintenant sur plus de cinquante cas, nous permet d'affirmer que ce traitement provoque chez le sujet une sorte d'hyperesthésie et le mot "immunité" qu'emploie le Docteur Modinos, doit être compris en ce sens que le sujet est immunisé contre sa toxicomanie par la crainte des suites désagréables que provoquent les stupéfiants chez le sujet traité par la méthode en question.

Nous avons essayé divers vésicatoires et nous sommes arrivés à la conclusion qu'il convient de donner la préférence à l' "emplastrum cantharidinum" préparé selon les prescriptions de la pharmacopée néerlandaise. C'est aussi le moins douloureux pour le sujet. Le vésicatoire que nous employons, et qui a une surface de 3 cm<sup>2</sup> et une épaisseur de 1 mm, ne donne pas, en règle générale, une très grande quantité de sérum. Celle-ci varie entre 1/2 et 5 cm<sup>3</sup>. Néanmoins, nous obtenons après trois ou quatre injections l'hyperesthésie désirée. Les résultats que nous avons obtenus après les premiers essais nous ont amenés à abandonner toutes les autres méthodes. Celle du Dr. Modinos présente, en effet, de nombreux avantages, en premier lieu celui de la simplicité. Le traitement par les soporifiques exige un contrôle constant du sujet par le médecin et l'infirmier. Toutes les deux heures, il faut prendre la température et le pouls, etc.. La nouvelle méthode, par contre, est à la fois simple, facile et peu coûteuse. Elle est surtout inoffensive et peut être appliquée par tout médecin ou n'importe quelle clinique.

Comme contre-indication, on peut mentionner peut-être les maladies des reins (à cause de l'emploi de la cantharidine) et les maladies incurables (lorsque l'opium ou la morphine peuvent seuls procurer un soulagement).

Dans une clinique, nous ne pouvons évidemment pas permettre aux opiomanes de fumer, pendant la durée du traitement, le quart de la quantité habituelle, selon les indications du docteur Modinos.

Nous leur administrons donc de la morphine par injections sous-cutanées. Toutefois, il est difficile de déterminer la quantité de morphine qu'il convient d'appliquer aux malades qui fumaient une quantité donnée d'opium par jour. Nous avons donc procédé par expériences et nous déterminons, pour chaque sujet individuellement, la quantité de morphine à injecter, selon la réaction du fumeur. En règle générale, nous commençons par 10 mg., puis nous attendons pour administrer une seconde dose jusqu'à ce que le sujet commence à s'agiter. Pour ce qui concerne la dose de début, nous ne sommes plus trop parcimonieux à l'heure actuelle puisque nous savons qu'après quelques jours déjà, le sujet manifestera une répugnance pour l'opium ou la morphine.

La quantité de morphine doit être suffisante pour que le sujet ne souffre pas trop pendant les premiers jours et n'ait pas tendance à s'enfuir. Moins le sujet souffre, plus il y a de chances pour qu'il fasse ultérieurement de la propagande pour le mouvement contre l'opium.

Après l'examen physique du sujet, nous lui administrons un laxatif sous forme de sel anglais, accompagné au besoin d'un lavement à l'eau de savon.

Vers 7 ou 8 heures du soir, nous administrons 10 mg. de morphine et, pendant la nuit, nous pratiquons une seconde injection de 5 mg. ou plus. La quantité est déterminée selon l'état d'agitation ou les crampes ou convulsions du sujet. En règle générale, cette quantité est suffisante. Le lendemain matin, on injecte de nouveau au sujet 10 mg. de morphine ou une quantité inférieure.

Le premier soir, on lui applique également un vésicatoire sur le ventre ou la poitrine. La peau est tout d'abord traitée avec un liniment savonneux alcoolisé et de l'eau. Le lendemain après-midi, après un délai de 16 heures environ, lorsqu'il s'est formé une phlyctène, on prélève le liquide de l'ampoule et on l'injecte sous la peau. Nous pratiquons l'injection sur l'arrière-bras ou la cuisse

Si nous obtenons une grande quantité de liquide, nous pouvons rapidement diminuer la dose de morphine le soir. Les jours suivants, la dose de morphine est encore abaissée et l'injection de morphine n'est même plus pratiquée que lorsque le sujet le demande. Selon la quantité de sérum obtenue, nous produisons la seconde phlyctène le troisième ou le quatrième jour. Après la seconde injection, la plupart des sujets n'ont plus la moindre envie de morphine ou d'opium.

En règle générale, nous continuons à administrer de la morphine pendant une période de trois à six jours, parfois un peu plus longtemps.

(Pour illustrer les explications qui précèdent les auteurs donnent ensuite des indications détaillées sur la médication employée dans quatre cas. On trouvera, ci-après, les indications relatives au cas N° III).

III. Laij A.Fa, âgé de quarante-six ans, s'est présenté à Tjikini pour une cure de désintoxication. Au cours des douze années précédentes, il avait fumé dix mata par jour.

4 juin - 14 heures. Le sujet est admis après avoir encore fumé le matin, cinq mata d'opium.

20 heures. On lui administre 10 mg. de morphine par injection et un vésicatoire. Sommeil excellent. Le lendemain matin, le sujet demande déjà une pipe.

5 juin - 8 heures. On lui administre encore 4 mg. de morphine.

14 heures. Injection de deux cm<sup>3</sup>. de sérum de phlyctène. Le sujet s'est ensuite plaint de douleurs intestinales. Diarrhée. Immédiatement après l'injection du sérum, on lui a également administré 2 mg. de morphine.

20 heures. Nouvelle injection de 2 mg. de morphine. De jour en jour, la dose de morphine a été abaissée; le cinquième jour, elle était déjà ramenée à 1 mg. Le même jour, on a pratiqué une seconde injection de sérum. A partir de ce jour jusqu'au 16 juin, on n'a plus administré de morphine du tout et <sup>on</sup> n'a gardé le sujet à la clinique que pour observation.

Le neuvième jour, troisième injection de sérum.

Pendant la période d'observation, le sujet, lorsqu'il se plaignait d'insomnie ou de douleurs dans les jambes a reçu, de temps à autre, une tablette d'aspirine ou de bromural;

Lorsque le sujet avait quitté la clinique, nous l'avons fait surveiller pendant un certain temps; un jour sur notre demande, on lui a donné à fumer un mata d'opium. Comme nous nous y attendions, le sujet a eu un violent mal de tête, des vertiges et des vomissements; il a été malade pendant toute la soirée.

Il est trop tôt pour dire pendant combien de temps se maintient cet état d'hyperesthésie produit par le traitement. Mais certaines observations nous permettent d'affirmer que les effets du traitement se manifestent assez longtemps. Toutefois, de nouvelles expériences seront nécessaires pour que nous puissions formuler sur ce point des conclusions précises.

En outre, il semble nécessaire d'établir une surveillance régulière des anciens toxicomanes. Celle-ci pourrait être confiée à des contrôleurs capables de reconforter et de conseiller les sujets qu'ils surveillent. Il est indispensable aussi qu'ils puissent au besoin renvoyer ces derniers à une clinique.

Enfin, nous désirons signaler encore un fait singulier. Alors que les sujets traités au moyen de soporifiques se plaignent généralement de douleurs rhumatismales et d'un état de prostration, les personnes traitées par la méthode du Dr. Modinos constatent ce même état de prostration, mais ne ressentent pas les douleurs rhumatismales. Cela est d'ailleurs assez normal si l'on pense que le Dr. Modinos a découvert cette méthode à l'occasion du traitement d'un morphinomane souffrant de rhumatismes et qu'il appliquait la méthode depuis des années avec succès pour le traitement de cette dernière maladie.

Quant à l'hyperesthésie, le Dr Modinos s'est borné à constater le fait sans donner aucune explication du phénomène. Nous ne croyons pas, comme lui, qu'il soit utile d'injecter de grandes quantités de sérum. Des quantités variant entre 1/2 et 5 cm<sup>3</sup> ont été reconnues suffisantes.

Jusqu'à présent, nous avons toujours employé le sérum de phlyctène et non pas le sérum du sang. L'emploi de ce dernier serait plus simple, mais comme nous savons qu'il existe une différence entre ces deux sérums, nous n'avons pas encore essayé le sérum du sang.

Il nous a été impossible jusqu'à présent d'analyser la composition chimique du sérum de phlyctène. Dans le sérum ordinaire du sang, on trouve environ 8000 leucocytes par m/m<sup>3</sup>, alors que la teneur du sérum de phlyctène en leucocytes est toujours plus élevée. Elle varie, selon la couleur du sérum, entre environ 20.000 leucocytes par m/m<sup>3</sup> dans les sérums clairs et 100.000 leucocytes par m/m<sup>3</sup> dans les sérums troubles.

Pour terminer, nous désirons insister sur le fait que, pour assurer le succès des cures de désintoxication, il est nécessaire qu'il existe une entière confiance entre le médecin et le sujet traité et que ce dernier puisse à tout instant recourir aux soins du médecin.

P.S.- (écrit trois mois plus tard). Nous nous étions posé la question de savoir pendant combien de temps se maintiendrait l'hyperesthésie et quelle serait la proportion des récurrences.

Dans le dernier numéro de la revue de l'Association pour la lutte contre l'opium, Ong Soe An constate qu'après un délai d'observation de trois ans, 70% des sujets traités à Bandoeng au moyen de soporifiques avaient recommencé à se livrer à la toxicomanie.

Etant donné que nous n'avons commencé que récemment à appliquer la méthode du Dr Modinos, nous ne pouvons pas comparer nos résultats avec ceux qui sont mentionnés ci-dessus.

Les récidives se produisent, en règle générale, peu après la sortie du sujet de la clinique, sous l'influence des douleurs, de l'état de prostration et de l'insomnie. Pour obtenir des résultats durables, il est donc utile que le contact entre le médecin et le malade soit maintenu aussi longtemps que possible. Si l'on compare les résultats constatés, pour la même période à peu près, chez d'anciens opiomanes qui sont actuellement contrôlés par les soins de l'Association pour la lutte contre l'opium, on obtient les chiffres suivants:

37 sujets traités au moyen de soporifiques: 19 récidives = 51%

90 sujets traités par la méthode du sérum de phlyctène: 8 récidives - 9%

4 de ces récidivistes <sup>sont</sup> revenus nous voir et nous ont déclaré qu'après avoir quitté la clinique ils avaient essayé de fumer, mais que l'opium ne <sup>leur</sup> procurait plus aucune jouissance et provoquait des malaises. Si nous ne considérons pas ces quatre cas comme des récidives, les résultats de la méthode du sérum de phlyctène apparaissent comme plus favorables même et le pourcentage des récidives s'abaisse à 4 1/2% .

Nous signalerons également que nous employons maintenant des vésicatoires de dimensions plus grandes et que nous obtenons ainsi plus de sérum. A l'aide d'un vésicatoire de 5 x 3, nous produisons une quantité de sérum variant entre 2 et 8 cm<sup>3</sup>. De même, nous avons augmenté la dose initiale de morphine, mais la quantité est rapidement abaissée. La durée du traitement est généralement de 3 à 7 jours pour les opiomanes et de 7 à 12 ou 14 jours pour les morphinomanes.

22 octobre 1930.