Traité de thérapeutique des maladies mentales et nerveuses : hygiene et prophylaxie / par Paul Garnier, Paul Cololian.

Contributors

Garnier, Paul, 1848-1905.
Cololian, Paul.
University of Leeds. Library

Publication/Creation

Paris : Ballière, 1901.

Persistent URL

https://wellcomecollection.org/works/b2tq68ye

Provider

Leeds University Archive

License and attribution

This material has been provided by This material has been provided by The University of Leeds Library. The original may be consulted at The University of Leeds Library. where the originals may be consulted.
Conditions of use: it is possible this item is protected by copyright and/or related rights. You are free to use this item in any way that is permitted by the copyright and related rights legislation that applies to your use. For other uses you need to obtain permission from the rights-holder(s).

wellcome collection

Wellcome Collection
183 Euston Road
London NW1 2BE UK
T +44 (0)20 7611 8722
E library@wellcomecollection.org
https://wellcomecollection.org

UNIVERSITY OF LEEDS.

TRAITÉ DE THÉRAPEUTIQUE

DES

MALADIES MENTALES

ET NERVEUSES

HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

PAR

Paul GARNIER
MÉDECIN EN CHEF
DE L'INFIRMERIE SPÉCIALE DU DÉPOT

Paul COLOLIAN
ANCIEN INTERNE
DES ASILES DE LA SEINE

PARIS
LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS
19, rue Hautefeuille, près du boulevard Saint-Germain.

1901

Tous droits réservés.

Store
Health
Sciences
WM
100
GAR

The University Library
Leeds

Medical and Dental
Library

STORE
Stack
WM 100
GAR

30106 004237763

Digitized by the Internet Archive
in 2015

https://archive.org/details/b21510714

SCHOOL OF MEDICINE.
UNIVERSITY OF LEEDS.
D 531

TRAITÉ DE THÉRAPEUTIQUE

DES

MALADIES MENTALES

ET NERVEUSES

PRINCIPAUX TRAVAUX DE M. PAUL GARNIER

Des idées de grandeur dans le délire de persécution (Thèse de Paris), 1879..... 2 fr. 50

Les Vertiges avec délire (Couronné par l'Académie de médecine, 1882).

État mental et responsabilité pénale des morphiniques (*Ann. médico-psychol.*, 1886).

La Psychose systématique progressive (Délire chronique) [*France médicale*, 1886].

L'Automatisme somnambulique devant les Tribunaux (*Ann. d'hygiène*, 1887), in-8 de 23 pages..... 1 fr.

La Simulation de la folie et la loi sur la relégation (*Ann. d'hygiène*, 1888).

Aphasie et Folie (*Arch. de médecine*, 1889).

La Folie à Paris. Étude statistique, clinique et médico-légale, 1890 (Couronné par l'Institut [Académie des Sciences]), 1 vol. in-16 de 424 pages (*Bibl. scient. contemp.*)..... 3 fr. 50

Les Aliénés méconnus et condamnés (*Congrès d'anthropologie crim.*, 1892).

Les Fétichistes pervertis et invertis sexuels, 1895 (Couronné par l'Académie de Médecine), 1 vol. in-16 de 192 pages (*Petite Bibl. médicale*)..... 2 fr.

L'Internement des Aliénés. Thérapeutique et législation (Couronné par l'Académie de Médecine), 1898. 1 vol. in-18, cartonné..... 3 fr.

Les Perversions sexuelles obsédantes et impulsives au point de vue médico-légal (*XIII^e Congrès international de médecine*, 1900).

PRINCIPAUX TRAVAUX DE M. PAUL COLOLIAN

Les Alcooliques persécutés (thèse de Paris), 1898..... 2 fr. 50

Troubles trophiques de la paralysie générale (Étude clinique et statistique), in-8 de 48 pages (*Arch. de neurologie*, 1898)..... 1 fr.

Étude séméiologique de l'agitation (*Ann. médico-psychol.*, 1898), in-8 de 58 pages..... 1 fr. 50

La Toxicité du sang dans l'épilepsie (*Arch. de neurologie* 1899). 0 fr. 75

Les Hallucinations psycho-motrices verbales dans l'alcoolisme (*Arch. de neurologie*, 1899)..... 1 fr.

L'Hyperesthésie corticale dans l'alcoolisme aigu, en collaboration avec A. Rodiet (*Arch. de neurologie*, 1900)..... 1 fr. 25

10965-00. — Corbeil, Imprimerie Ed. Crété.

SCHOOL OF MEDICINE.
UNIVERSITY OF LEEDS.

TRAITÉ DE THÉRAPEUTIQUE

DES

MALADIES MENTALES

ET NERVEUSES

HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

PAR

Paul GARNIER
MÉDECIN EN CHEF
DE L'INFIRMERIE SPÉCIALE DU DÉPOT

Paul COLOLIAN
ANCIEN INTERNE
DES ASILES DE LA SEINE

PARIS
LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS
19, rue Hautefeuille, près du boulevard Saint-Germain.

—

1901

Tous droits réservés.

UNIVERSITY OF LIEGE
MEDICAL LIBRARY.

605077

PRÉFACE

Les traités didactiques sur les maladies nerveuses et mentales sont nombreux et d'importance variable ; la plupart sont des œuvres remarquables qui nous renseignent bien sur les diverses modalités des désordres des facultés intellectuelles, morales et affectives, déterminent judicieusement leur étiologie, précisent leur évolution, exposent avec méthode et clarté leurs symptômes, ainsi que les éléments du diagnostic.

Mais, comme si tout cet ensemble d'études, par le développement considérable qu'il exige, limitait obligatoirement la partie terminale, c'est-à-dire le champ des considérations thérapeutiques et l'énoncé des formules de la pharmacologie, on ne trouve guère, au chapitre du traitement, que des indications généralement trop sommaires.

Cette lacune était depuis longtemps apparente aux yeux de beaucoup de médecins et, pour notre part, nous avons entendu fréquemment exprimer le regret que le praticien n'ait pas à sa disposition, sous une forme commode, un guide spécial lui permettant de s'orienter promptement, alors qu'il se trouve aux prises avec l'une quelconque de ces difficultés en face desquelles pourront, à tout instant, le placer les situations si diversifiées, et délicates entre toutes, qu'engendre la folie sous ses multiples aspects.

Nous avions, il faut le reconnaître d'ailleurs, des raisons particulières pour être assez bien informés à ce sujet. En effet, s'il est un poste où l'on peut aisément apercevoir les conséquences des hésitations, des incertitudes du médecin, en ces matières, c'est bien, soit à l'Infirmerie spéciale de la Préfecture de police, soit au Bureau d'admission de

l'asile Sainte-Anne. Que nous ayons trouvé, dans ces deux services, des documents nombreux, c'est ce que pourront comprendre tous ceux qui savent combien le champ d'observation y est vaste et fécond.

Quand les faits se sont ainsi offerts tant de fois à l'examen, quand ils ont été commentés, discutés au milieu des élèves et des confrères, quand ils sont devenus des points saillants sur lesquels l'attention se fixe, ils finissent par exercer une sorte de suggestion sur l'esprit. Plus fortement que ce conseil, donné ici et là : « Vous devriez faire ce livre! » conseil qu'on n'écoute que distraitement, parce qu'on le juge entaché d'une bienveillance excessive, ils agissent sur vous, et, après un temps de gestation plus ou moins long, veulent la mise au jour de l'idée dont ils ont été le germe.

Telle est donc la raison première qui a suscité la pensée de ce travail. Peut-être, aussi, y avait-il dans l'état actuel de nos connaissances en psychiatrie, dans la tendance qui s'est manifestée, dans ces dernières années, en faveur de l'extension de telle ou telle méthode thérapeutique, une opportunité de moment ? Il semble, en effet, que nous soyons à l'heure où des données relativement récentes, — comme celles, par exemple, qui sont empruntées à la connaissance plus exacte du rôle des auto-intoxications dans le développement des perturbations cérébrales et des névroses ; à la pratique de plus en plus large de l'alitement et de l'*open-door* ; aux perfectionnements de l'hygiène hospitalière, d'une importance si grande, sans parler de certaines indications pharmaceutiques, mieux précisées, — il semble bien, disons-nous, que nous soyons à l'heure où toutes ces acquisitions ont décidément droit à une place dans un livre de thérapeutique.

La question de l'alitement, hier encore à l'ordre du jour des travaux du XIII[e] Congrès international de médecine, devait être l'objet d'une attention particulière. Il est digne

UNIVERSITY OF LEEDS.

de remarque, à ce propos, que l'aliéné, après avoir été élevé *à la dignité de malade*, par Pinel, est aujourd'hui, de plus en plus, *traité au lit et par le lit*. Cette *clinothérapie* apparaît bien comme la consécration définitive de la grande réforme accomplie par l'illustre philanthrope ; à un siècle d'intervalle, elle parachève vraiment la démonstration.

Quelques mots nous suffiront pour indiquer le plan général du livre.

Après un *historique* détaillé dont l'utilité était au moins de pouvoir, sur bien des points, rendre justice à la clairvoyance des anciens observateurs et de payer un légitime tribut d'admiration aux maîtres éminents qui ont mis leur haute intelligence et tout leur cœur au service de cette grande cause, l'amélioration du sort de l'aliéné, nous nous sommes attachés à montrer l'organisation d'un asile modèle, avec application libérale et logique du non-restreint, de l'alitement et de l'*open-door*.

Tout ce qui a rapport à cette trilogie hospitalière, l'*asile clinique*, pour les aliénés ordinaires, l'*asile de sûreté*, pour les aliénés dits criminels, l'*asile-prison*, destiné aux condamnés devenus aliénés en cours de peine, est examiné attentivement.

Dans cette partie du champ de la thérapeutique où nous avions à nous mouvoir, certains médicaments sont plus étroitement adaptés aux conditions mêmes des perturbations du système nerveux ; les *sédatifs*, les *hypnotiques*, les *stupéfiants*, les médicaments *nervins*, toutes substances constituant l'arsenal spécial du neuropathologiste, devaient être et ont été, en effet, l'objet d'une étude particulière ; les *agents physiques*, l'*hydrothérapie*, le *massage*, l'*électricité* jouent également un rôle important ; agents chimiques et agents physiques ont leurs indications et contre-indications qu'il était nécessaire de bien préciser.

Nous disions plus haut pourquoi, sans doute, tel ou tel grand traité des maladies mentales, fort savant et amplement documenté sur les causes, la marche, la symptomatologie et le diagnostic des formes d'aliénation, se montrait moins complet sur la question du traitement. Prenant, ici, pour objectif, la thérapeutique, nous devions évidemment renverser les proportions et accorder, sans hésitation, la plus large place à tout cet ensemble de considérations qui, soit qu'elles relèvent de l'hygiène, soit qu'elles aient trait au traitement moral ou à la pharmacologie, ont pour but final l'amélioration ou la guérison des psychoses et des psycho-névroses. Il n'était pas possible de parler traitement sans, au préalable, décrire, au moins sommairement, chaque entité nosologique, ainsi que ses variétés principales. N'était-il pas indispensable, en effet, d'*identifier*, tout d'abord, les types cliniques, à l'aide d'un signalement précis ? C'était la seule manière d'être clairement compris dans l'exposé d'un traitement rationnel.

Ce n'est donc point une sorte de formulaire sec et aride que nous livrons au public médical. Le praticien qui, si souvent, est contraint d'*aller au plus court*, pourra trouver dans ce guide, des notions cliniques essentielles, sur la symptomatologie des maladies cérébrales, ou se remettre en mémoire les phénomènes saillants qui les caractérisent.

Il nous a paru que nous ne pouvions pas nous occuper du traitement des psychoses, sans admettre, dans le cadre de notre étude, l'*épilepsie*, l'*hystérie* et la *neurasthénie*. Ce sont des névroses, ou mieux des psycho-névroses, qui entretiennent des rapports trop étroits avec les maladies mentales proprement dites et sont marquées, trop fréquemment, par la compromission, paroxystique ou durable, des facultés intellectuelles, pour qu'il n'y ait pas eu indication formelle de les comprendre dans nos commentaires thérapeutiques.

D'autres affections, comme la *chorée*, la *maladie de Basedow* et la *paralysie agitante*, y ont été adjointes, non pas parce que ce sont de vraies névroses, mais parce que l'usage est de les associer à elles.

Nous avons pensé que, dans un travail de cet ordre, il convenait de ne pas multiplier les observations... Nous nous sommes bornés à intercaler entre chaque forme clinique, l'exemple thérapeutique résultant de la production d'un fait ou, tout au plus, de deux cas : l'observation du malade est la réalité concrète qui tend à confirmer le bien fondé de telle ou telle application du traitement préconisé.

S'il venait à la pensée du lecteur que cet ouvrage est surtout un livre d'hygiène, nous estimerions qu'une telle appréciation ne serait pas pour nous déplaire. Elle nous apparaîtrait, au contraire, comme la justification du sous-titre qui figure sur la couverture de ce volume. Dans toutes les questions traitées dans ce livre, l'hygiène a presque toujours été au premier rang, et, à chaque article, nous nous sommes préoccupés de spécifier les mesures hygiéniques nécessaires. Ce ne sont pas, en effet, les développements pris par l'infinité des formules magistrales ou des préparations du codex qui occupent le plus de pages dans notre étude. S'il convient de ne pas méconnaître l'opportunité d'une intervention pharmaceutique dans des cas bien déterminés, il est aussi permis de penser, avec les maîtres qui ont illustré cette branche de la médecine, qu'il est prudent, souvent, de s'abstenir de tout médicament et de confier à une hygiène parfaite le soin de faciliter la tendance naturelle de l'organisme vers le retour *ad integrum*.

Beaucoup de réserves étaient à faire relativement à l'emploi de tel ou tel médicament prescrit souvent d'une manière trop banale. Les illusions thérapeutiques sont non moins dangereuses que ce scepticisme décourageant qui, en médisant trop du présent et de ses incertitudes, tend à stériliser l'avenir.

Si la part de bien que peut réaliser le médecin est trop restreinte encore pour que tout enthousiasme ne lui soit pas interdit, elle est pourtant déjà assez importante pour l'encourager et lui inspirer une foi profonde en l'utilité de sa mission.

Chaque époque apporte avec elle ses modes et ses engouements plus ou moins durables. Que ce soit l'esprit ou le corps qu'il s'agisse de soigner, il y a toujours à compter avec le goût du jour et les méthodes régnantes.

Il faut reconnaître, pourtant, qu'à l'heure présente on est moins asservi qu'autrefois aux exigences de l'esprit de système. Les grandes discussions scolastiques qui ont tant passionné nos pères, rangés, les uns, sous la bannière de l'école psychologique, les autres, sous celle de l'école somatique, se sont enfin éteintes.

L'exclusivisme des doctrinaires a vécu et il ne faut pas demander qu'il revive.

On ne sera donc pas surpris de ne trouver dans ce livre aucune page consacrée à l'exposé de ces grandes doctrines où des talents de premier ordre se sont dépensés à peu près en pure perte. Il nous a suffi, au chapitre de l'historique, de mentionner la place considérable qui leur était autrefois dévolue dans un traité de thérapeutique des maladies de l'esprit.

L'hérédité morbide et l'alcoolisme étant reconnus comme les deux causes les plus puissantes de la fréquence des maladies cérébrales, un impérieux devoir commande de tout tenter pour les combattre, à l'aide d'une saine hygiène sociale et d'une prophylaxie bien comprise. Ces questions si importantes font l'objet de la dernière partie de l'ouvrage.

Si le regard se reporte un siècle en arrière et mesure l'étendue des bienfaits qu'a su accomplir l'humaine dou-

ceur substituée à la barbare contrainte et à la brutale intimidation, il se pose, alors, avec moins de tristesse sur la plus grande infortune qui puisse atteindre l'homme. L'aliéné est le plus à plaindre de tous les malades : frappé dans la partie la plus noble de son être, il présente ce spectacle toujours saisissant, — qu'il soit transitoire ou durable, — d'une personnalité physique survivant à sa personnalité pensante. La sollicitude la plus active ne saurait jamais paraître excessive à l'endroit d'une situation aussi digne de commisération.

Au cours de cette étude, nous nous sommes efforcés de montrer que les exigences de l'hygiène, aussi bien morale que physique, veulent, dans tout asile, une organisation qui soit, par elle-même, le meilleur instrument de la cure de l'aliéné. Quand on considère ce que l'hygiéniste a apporté d'améliorations savantes dans l'*habitat* de nos prisonniers, est-il téméraire de penser qu'une philanthropie non moins bien inspirée lui donnera aussi le champ libre pour faire bénéficier nos malades de tous les perfectionnements réalisés par la science moderne ?

Si, comme on peut l'espérer, la période centennale qui s'ouvre voit la généralisation de cette réforme, il y aura là, déjà, matière à une belle page pour l'historien qui, dans l'avenir, dressera le bilan du XX^e^ siècle.

Paris, janvier 1901.

Paul Garnier. Paul Cololian.

TABLE DES MATIÈRES

Préface v
Table des matières xii

PREMIÈRE PARTIE

HISTORIQUE

CHAPITRE PREMIER. — Historique des psychoses 1
Période préhistorique 1
Hippocrate et son temps 3
Période alexandrine 5
Période gréco-romaine 5
Moyen âge 10
Renaissance 12
Dix-huitième siècle 16
Dix-neuvième siècle 20
CHAPITRE II. — Historique des névroses 42
Épilepsie 42
Hystérie 43
Neurasthénie 45

DEUXIÈME PARTIE

THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE

CHAPITRE PREMIER. — Assistance et traitement 47
Article Ier. — *Considérations générales* 47
Article II. — *L'isolement* 48
Indications 51
Article III. — *Le non-restreint* 59
Article IV. — *L'alitement* 67
Le milieu 70
Technique 71
Effets physiologiques 72
Résultats cliniques 74
Indications 76
Contre-indications 81
Article V. — *L'open-door* 83
Article VI. — *La colonisation* 89
Article VII. — *Traitement dans les familles* 95
La colonie de Gheel 96
La colonie de Lierneux 99
La colonie de Dun-sur-Auron 100
Article VIII. — *Placement des aliénés chez les particuliers* 102

ARTICLE IX. — *Traitement chez les infirmiers*..... 104
ARTICLE X. — *Traitement dans les maisons de santé libres*.. 105

CHAPITRE II. — ASILES SPÉCIAUX..... 106

ARTICLE Ier. — *Asiles pour les aliénés criminels, dangereux et vicieux*..... 106
L'organisation des asiles pour criminels..... 114
Choix des malades..... 115
ARTICLE II. — *Asiles pour les alcooliques*..... 118
Les malades..... 122
Régime de l'asile d'alcooliques..... 123
ARTICLE III. — *Asiles pour les épileptiques et les hystériques*. 124
Craig-Colony..... 126
Choix des malades..... 127
L'open-door..... 128
Le travail..... 128
Les hystériques..... 129
ARTICLE IV. — *Asiles pour les enfants idiots et dégénérés*... 129
Historique du traitement..... 131
Assistance des enfants idiots dans le département de la Seine..... 133
L'éducation..... 137
ARTICLE V. — *Asiles pour les déments*..... 139

CHAPITRE III. — SOCIÉTÉ DE PATRONAGE POUR LES ALIÉNÉS GUÉRIS. 140

TROISIÈME PARTIE

ALIMENTATION

CHAPITRE PREMIER. — LES ALIMENTS..... 146

Le lait..... 147
Les œufs..... 149
Les viandes..... 149
Les substances végétales..... 150
Les fruits..... 151

CHAPITRE II. — LES BOISSONS..... 151

QUATRIÈME PARTIE

AGENTS THÉRAPEUTIQUES

CHAPITRE PREMIER. — AGENTS CHIMIQUES..... 153
ARTICLE Ier. — *Sédatifs et hypnotiques*..... 153
I. — Brome et bromures..... 153
Bromure de potassium, 154. — Bromure de sodium, 158. — Bromure d'ammonium, 158. — Bromure de strontium..... 158
II. — Opium..... 159
III. — Trional..... 165

IV. — Chloral 170
V. — Chloralamide..... 173
VI. — Chloralose 174
VII. — Paraldéhyde 177
VIII. — Sulfonal 181
IX. — Jusquiame, hyosciamine et hyoscine..... 184
Jusquiame, 184. — Hyosciamine, 184. — Hyoscine... 184
X. — Duboisine..... 188
ARTICLE II. — *Toniques*..... 190
Acétate d'ammoniaque, 191. — Caféine, 192. — Camphre, 193. — Éther sulfurique, 193. — Arsenic, 193. Fer, 194. — Quinquina..... 194
CHAPITRE II. — AGENTS PHYSIQUES..... 195
ARTICLE Ier. — *Hydrothérapie*..... 195
Eau froide, 197. — Eau chaude. 202
ARTICLE II. — *Électricité*..... 206
Électrisation statique ou franklinisation, 207. — Faradisation, 209. — Galvanisation..... 211
CHAPITRE III. — AGENTS MÉCANIQUES..... 217
ARTICLE Ier. — *Massage ou manipulation*..... 217
ARTICLE II. — *Frictions*..... 221
CHAPITRE IV. — AGENTS PSYCHIQUES..... 222
ARTICLE Ier. — *Traitement moral des maladies mentales et nerveuses* 222
ARTICLE II. — *Suggestion hypnotique*..... 234
ARTICLE III. — *Occupations intellectuelles et physiques*..... 241

CINQUIÈME PARTIE

TRAITEMENT DES MALADIES MENTALES ET NERVEUSES

SECTION I. — Traitement des maladies mentales.

CHAPITRE PREMIER. — TRAITEMENT DES PSYCHOSES..... 243
ARTICLE Ier. — *Manie et états maniaques*..... 243
Troubles psychiques, 243. — Troubles physiques, 246. — Manie aiguë, 249. — Délire aigu, 254. — États maniaques épileptiques et hystériques, 255. — Délire hallucinatoire aigu..... 257
ARTICLE II. — *Mélancolie et états mélancoliques*..... 259
Troubles psychiques, 259. — Symptômes physiques, 261. — Les formes de mélancolie, 262. — Les états mélancoliques..... 263
ARTICLE III. — *Folie intermittente*..... 280
ARTICLE IV. — *Délires de persécution*..... 286
Délire de persécution chez les dégénérés, 287. — Délire chronique. Psychose systématique progres-

sive, 291. — Traitement du délire de persécution chez les dégénérés, 293. — Traitement du délire chronique, 296. — Traitement des délires de persécution surajoutés... 298

CHAPITRE II. — Traitement des psychoses toxiques..... 299

Article Ier. — *Alcoolisme*..... 299

Alcoolisme aigu, 299. — Alcoolisme chronique, 301. — Dipsomanie, 302. — Traitement du délire alcoolique aigu, 302. — Traitement de l'alcoolisme chronique, 306. — Traitement de la dipsomanie, 307. — Mesures à prendre à l'égard des buveurs d'habitude..... 308

Article II. — *Morphinisme*..... 309

Période d'intoxication, 309. — Effets de l'abstinence, 310. — Isolement des morphiniques, 311. — Suppression de la morphine, 311. — Marche à suivre dans le traitement du morphinisme, 313. — Traitement symptomatique..... 316

CHAPITRE III. — Traitement des folies organiques..... 319

Article Ier. — *Paralysie générale*..... 319

Hygiène du paralytique général, 322. — Traitement de l'inflammation corticale, 324. — Traitement causal, 326. — Traitement des complications..... 327

Article II. — *Démence*..... 329

Démence vésanique, 331. — Démence alcoolique, 331. Démences organiques apoplectiques, 331. — Démence pachyméningitique, 333. — Hygiène du dément.... 335

Article III. — *Complications dans la démence*..... 337

Congestion cérébrale, 337. — Apoplexie, 339. — Gâtisme..... 341

SECTION II. — Traitement des névroses.

CHAPITRE PREMIER. — Traitement des psycho-névroses.... 343

Article Ier. — *Chorée*..... 347

Traitement pharmaceutique, 349. — Traitement hygiénique, 350. — Traitement étiologique, 351. — Traitement physique..... 352

Article II. — *Maladie de Basedow*..... 353

Article III. — *Maladie de Parkinson*..... 358

Contre le tremblement, 360. — Contre la raideur musculaire..... 361

CHAPITRE II. — Traitement de l'hystérie..... 362

Paroxysmes, 363. — Manifestations interparoxystiques, 363. — État mental des hystériques, 365. — Traitement moral, 367. — Traitement physique et mécanique, 368. — Traitement pharmaceutique, 369. — Traitement des attaques, 370. — Traitement des

troubles de la sensibilité, 373. — Traitement des troubles de la motilité, 375. — Traitement des troubles trophiques, 377. — Traitement des troubles gastriques, 377. — Traitement des manifestations intellectuelles et des troubles délirants..... 378

CHAPITRE III. — Traitement de l'épilepsie..... 378

Traitement des paroxysmes, 383. — Traitement des causes, 386. — Traitement pharmaceutique, 390. — Traitement par les bromures, 396. — Traitement physique..... 402

CHAPITRE IV. — Traitement de la neurasthénie..... 404

Signes somatiques, 405. — Symptômes psychiques, 407. — Traitement moral, 410. — Traitement physique, 412. — Agents mécaniques, 415. — Alimentation, 416. — Traitement pharmaceutique, 416. — Traitement des symptômes, 418. — Traitement de Weir Mitchell..... 421

SECTION III. — Traitement de quelques symptômes importants.

CHAPITRE PREMIER. — Traitement de l'insomnie..... 422

CHAPITRE II. — Traitement des idées de suicide..... 426

Le suicide dans les maladies mentales, 426. — Le suicide dans les névroses..... 430

CHAPITRE III. — Traitement du refus d'aliments..... 438

Cathétérisme œsophagien..... 441

SIXIÈME PARTIE

CAUSES ET PROPHYLAXIE DES MALADIES MENTALES ET NERVEUSES

CHAPITRE PREMIER. — Hérédité et prophylaxie de l'hérédité..... 448

CHAPITRE II. — Causes sociales..... 454

CHAPITRE III. — Maladies infectieuses..... 455

La syphilis et sa prophylaxie..... 455

CHAPITRE IV. — Alcoolisme..... 457

CHAPITRE V. — Éducation des enfants névropathes..... 470

Table alphabétique..... 475

UNIVERSITY OF LEEDS.

TRAITÉ DE THÉRAPEUTIQUE

DES

MALADIES MENTALES ET NERVEUSES

PREMIÈRE PARTIE

HISTORIQUE

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE DES PSYCHOSES

Période préhistorique. — « Les premières annales de la médecine sont enveloppées du voile de la fable ; ce n'est qu'à travers une nuit obscure, et seulement à la faveur de quelques lueurs vacillantes et incertaines, qu'on peut diriger le fil des recherches jusqu'à l'époque de la guerre de Troie (1). »

Dans ces temps reculés, ainsi que le dit Maury (2), les hommes n'avaient pas saisi la nature, le caractère et l'origine physique des maladies, pas plus qu'ils ne connaissaient la constance des phénomènes de l'univers.

De tout ce que l'antiquité nous a transmis, nous pouvons conclure que chaque individu, d'après la philosophie de ces temps, avait un guide ou tuteur sous la forme d'un démon invisible, qui était la personnification morale du sujet. Tout le bien ou le mal dépendait du démon ; c'est de lui que prove-

(1) Étienne Tourtelle, *Histoire philos. de la médecine*, t. I, p. 1 et 32, Paris, 1804.

(2) Maury, *La magie et l'astrologie dans l'antiquité et au moyen âge*, p. 256.

naient les maladies. Les dieux pouvaient se venger et punir les peuples selon leur volonté suprême : ils envoyaient les épidémies. Quant à la folie, les démons seuls en étaient cause, d'où les noms de *démoniaques*, *énergumènes*, qu'on donnait aux aliénés.

Ces causes surnaturelles, l'irritation des dieux, la colère des démons, avaient fait naître un traitement divin. C'est aux dieux et aux démons, causes de nos maux, qu'il fallait s'adresser pour obtenir la guérison. « A l'aide de raisonnements appropriés, dit Hippocrate, les charlatans (des prêtres) arrangèrent un traitement où tout était sûr pour eux, prescrivant des expiations et des incantations, défendant les bains, et divers aliments peu convenables. Ces observances, ils les imposent en vue du caractère divin du mal, se donnant l'air d'en savoir plus que les autres, et alléguant diverses causes, afin que si le malade guérit, la gloire en revienne à leur habileté, et que, s'il meure, ils aient des apologies toutes prêtes, et puissent détourner d'eux la responsabilité du malheur et la jeter sur les dieux (1). »

Les temples étaient des lieux saints où les malades venaient chercher la santé et le repos de l'âme ; ils étaient entourés de sources thermales, de jardins ornés et agréables, de gymnases. Chaque dieu semblait avoir une action particulière sur telle ou telle maladie ; ainsi, Esculape attirait plus spécialement les mélancoliques.

Le premier médecin dont l'histoire fasse mention est Athonis, fils de Menès, premier roi d'Égypte. Mais il faut aller jusqu'à Mélampe, le plus célèbre avant Hippocrate, pour trouver quelques mots sur le traitement de la folie. Le berger Mélampe est le premier qui semble avoir employé les purgations. Il fit, dit-on, cet essai avec l'ellébore (2), sur les filles

(1) Hippocrate, *De la maladie sacrée*, trad. Littré.

(2) Étienne Tourtelle (*Histoire philos. de la médecine*, 1804) dit que, pour certains écrivains, les vertus de l'ellébore ont été découvertes par un homme d'Anticyre, qui en fit un essai heureux sur Hercule devenu fou.

de Prœtus, roi d'Argos, d'après l'effet qu'il avait constaté sur les chèvres qui en avaient brouté. Les filles de Prœtus furent guéries, par ce moyen, d'un délire furieux durant lequel elles se croyaient transformées en vaches.

Le traitement moral devait être connu. On trouve sur Antiphon, 411 ans avant Jésus-Christ, ces quelques lignes consignées par Plutarque : « En mesme temps qu'il vacquoit à la poésie, Antiphon composa aussi un art de remesdier aux ennuis et maladies de l'esprit ne plus ne moins que les médecins guarissent les maladies et douleurs du corps ; et, de faict, ayant basti une petite maison à Corynthe, sur la place, il meît un billet sur la porte qu'il faisoit profession et avoit le moyen de guarir de paroles ceux qui étaient ennuyés et attristés (1). »

Hippocrate et son temps. — Jusqu'à Hippocrate on s'occupe vaguement du sort des aliénés. Le traitement médical d'Hippocrate et de son école ne fut pas davantage particulier à la folie. Les troubles mentaux, la phrénitis étaient considérés comme des maladies aiguës, telles que la pleurésie, la pneumonie, le causus, etc. La phrénitis était la folie, et, pour Hippocrate, elle englobait plusieurs affections du cerveau, tous les délires aigus ; le causus et le léthargus en étaient des variétés. Mais, pour les folies comme pour les autres affections aiguës, Hippocrate avait un traitement identique : « Vous saignerez, disait-il, si l'affection paraît intense, si les malades sont dans la vigueur de l'âge et s'ils conservent leurs forces (2). »

Il recommande (3) les boissons acides ou sucrées, sauf le vin. Il ordonne (4) de purger les malades de manière que « le ventre inférieur soit libre ».

Les bains, prescrits dans la pleurésie et la pneumonie, sont

(1) Plutarque, trad. Amyot, t. XIII, Paris, 1784.
(2) Hippocrate, *Du régime dans les maladies aiguës*, appendice 2.
(3) Hippocrate, *Des affections*, x.
(4) Hippocrate, *Des maladies*, liv. III, IX

défendus dans la folie, à moins de conditions spéciales, de complications.

Le grand médicament, la panacée de la folie était, à cette époque, l'ellébore, qui exigeait pourtant des précautions, une surveillance assidue.

La mélancolie était connue, et voici comment la traitait Hippocrate. « On fera boire l'ellébore, on purgera la tête ; et, après la purgation de la tête, on donnera un médicament qui évacue par le bas. Ensuite, on prescrira le lait d'ânesse. Le malade usera de très peu d'aliments, s'il n'est pas faible ; ces aliments seront froids, relâchants ; rien d'âcre, rien de salé, rien d'huileux, rien de doux. Il ne se lavera pas à l'eau chaude ; il ne boira pas de vin ; il s'en tiendra à l'eau, sinon son vin sera coupé (1). » Ailleurs, il dit que pour faire prendre l'ellébore, « il faut, chez ceux qui n'évacuent pas facilement par le haut, rendre, avant de le faire boire, le corps humide, par une nourriture plus abondante et par le repos (2) ».

Dans les cas de manie, les bras des gardiens devaient suffire, pendant quelques jours, pour maintenir le malade au repos. Est-ce déjà le repos au lit des agités? Les œuvres d'Hippocrate n'en font pas mention. Nous ne savons pas exactement quels étaient les moyens de restriction, les moyens de traitement dans les cas suraigus. A en croire ces quelques lignes à propos d'un roi aliéné, le restreint était de rigueur. « Cléomènes, roi de Lacédémone, ayant été, dit Hérodote (3), rappelé à Sparte, y fut à peine arrivé, qu'il tomba dans une frénésie (*phrénitis*), mal dont il avait déjà eu précédemment quelques légères attaques. Des parents, témoins de ses extravagances, l'avaient fait lier dans des entraves de bois. » C'était donc le traitement courant de l'époque.

Les maisons d'aliénés existaient-elles? On l'ignore. Beaucoup de médecins, en Grèce, avaient des maisons de santé ;

(1) Hippocrate, *Des maladies*, liv. II, LXXII.
(2) Hippocrate, *Aphorismes*, 4e sect., XIII.
(3) Hérodote, liv. VI, ch. LXXV, trad. Larcher.

d'après Houdart (1), on les appelait *iatria*, *officine*, *boutique de médecin*; on y recevait des malades et on leur donnait des consultations; mais, nous ne savons pas si les aliénés y étaient admis et isolés.

Le traitement de la folie, pour Hippocrate et ses élèves, se résumait en purges par l'ellébore, en boissons rafraîchissantes, et en bains quelquefois. Seules, les prescriptions hygiéniques y jouaient un grand rôle. C'était peu, mais c'était considérable, relativement aux traitements appliqués plus tard.

Période alexandrine. — Athènes fut longtemps le centre d'une civilisation surpassant celle de l'Égypte. Toutes les sciences y étaient cultivées. On la croyait sans rivale, quand Alexandrie devint un nouveau foyer de lumière, une école nouvelle, jeune et ardente, où arrivaient de toutes parts des savants, des poètes, des philosophes et des médecins. Ptolémée-Soter attira dans son royaume les deux savants médecins, Erasistrate et Hérophile. Malheureusement, leurs œuvres n'existent plus, et il ne reste que quelques vagues connaissances de leurs doctrines. Ils semblent avoir entrevu les folies, les paralysies.

Période gréco-romaine. — L'école d'Alexandrie ne fut pas de longue durée. Un nouveau polythéisme, où les génies d'Orient s'unissaient aux démons de la Grèce, l'égara bientôt; les discordes, qui régnaient en permanence dans la famille des Lagides, achevèrent de la troubler ; les savants se dispersèrent à la recherche d'un milieu plus calme. Rome devint le nouveau centre de la civilisation.

Jusqu'à cette époque, seuls les esclaves s'occupaient de lettres et de sciences ; les Romains considéraient tout travail intellectuel et manuel « comme des occupations d'esclaves,

(1) Houdart, *Histoire de la médecine grecque*, p. 181.

et ne les exerçaient point : ils ne connaissaient que l'art de la guerre, qui était la seule voie pour arriver aux honneurs et aux magistratures (1) ».

Ce fut une révolution intellectuelle, les Romains coururent s'instruire à Athènes, puis revinrent, apportant la civilisation hellénique.

Asclépiade de Bithynie vint alors à Rome, près de 80 ans avant Jésus-Christ. Comme tous les médecins de son temps, il s'occupa des diverses branches de la science médicale. Cependant, il étudia particulièrement la folie, rechercha les causes de la phrénitis, de la léthargie, qu'il croyait dues aux altérations des membranes du cerveau.

Asclépiade divise les troubles mentaux en folie ou *aliénation aiguë* avec fièvre et *aliénation chronique* sans fièvre, comme la mélancolie, la manie ; et il observe la transformation d'une forme de folie en une autre. Quant au traitement, il prescrivait la saignée dans la phrénitis ; saigner les phrénétiques, c'était juguler le mal, disait-il. Il semble qu'il ait aussi prescrit la musique : « Par l'emploi d'une musique harmonieuse, lit-on dans Censorin, il rendit souvent la raison aux esprits troublés des phrénétiques (2). »

Il eut l'idée moins poétique et plus malheureuse d'enivrer les fous, cherchant dans le vin un excitant du cerveau. Asclépiade n'en resta pas moins chef d'école.

Celse (3) vint en pleine discussion scolastique, entre le dogmatisme, qui exigeait l'étude de l'anatomie, et l'empirisme, qui ne demandait à la médecine que l'observation du malade et l'expérience.

Celse fit bande à part et ne suivit aucune de ces doctrines. Sa façon de traiter les aliénés s'en ressentit. Il ordonna de nouveau la saignée, mais avec prudence, sans abus. L'ellébore, le noir, était toujours en estime. Dans l'insomnie, Celse fai-

(1) Montesquieu, *Grandeur et décadence*, ch. x.
(2) Censorin, *De die natali*, édit. Nisard, p. 367.
(3) Celsus, *De medicina*.

UNIVERSITY OF LEEDS.

sait appliquer des ventouses scarifiées sur l'occiput; il prescrivait, aussi, les frictions douces et recommandait le murmure des eaux, le mouvement d'une litière, comme provocateurs du sommeil.

Il ordonnait, également, des bains d'eau tiède mélangée d'huile, et des lotions froides: « Rien ne fait tant de bien, assurait-il, que l'eau froide à la tête : aussi, pour remédier à sa faiblesse, il faut, pendant l'été, l'exposer chaque jour, un certain temps, à la chute d'un large courant d'eau. » C'est bien de la douche froide qu'il s'agit, appliquée pour la première fois par Celse.

Quoique grand médecin, observateur sagace, praticien judicieux, Celse n'en a pas moins ordonné les moyens de rigueur pour soigner l'aliéné. « Dès que ses actes ou ses paroles attestent sa déraison, il faut, écrit-il en parlant du maniaque, pour le dompter, employer le jeûne, les chaînes et les châtiments (1). » La frayeur, la terreur doivent imprimer à l'intelligence une action sensible et durable.

» Les disciples et les élèves de Celse insistent, de leur côté, sur les moyens de contrainte, de terreur, dans le traitement de la folie.

Arétée (2) vécut en l'an 80. Il entrevit la circulation, et plaça dans le cerveau l'intelligence et le principe du mouvement; il étudia les nerfs, leur entrecroisement et parvint à des conclusions sur les paralysies. Cet érudit consciencieux a laissé des pages remarquables sur la folie. Son mode de traitement était scientifique. C'est à l'isolement qu'il a recours. Malheureusement, beaucoup des travaux d'Arétée se trouvent perdus, entre autres le chapitre sur le traitement de la manie. Et comme la contrainte ne se trouve mentionnée dans aucun de ses ouvrages, qu'au contraire, il conseille sans cesse la douceur et la bienveillance avec les aliénés, nous en concluons

(1) Cornelius Celsus, *De medicina*, lib. III, cap. XVIII.

(2) Arétée, *De causis et signis diuturnorum morborum*, édit. Kühn. Leipzig, 1828.

qu'Arétée fut le premier qui a réellement compris la folie et le rôle du médecin. « Il faut, en un mot, dit-il, chercher surtout à leur faire plaisir, et cela d'autant qu'ils sont enclins davantage à la colère. »

Il parle des bains minéraux chauds dans la mélancolie (1).

Cœlius Aurelianus a aussi reconnu la nécessité d'un traitement médical de la folie, sans chaînes ni fouets. Fort de son expérience, il combattit ardemment la méthode d'Asclépiade consistant à enivrer les fous. L'alcool, selon lui, non seulement faisait progresser la folie, mais pouvait la provoquer. Il s'éleva contre la contrainte employée par Celse, et contre un médecin du nom de Titus, qui faisait fouetter ses malades, prétendant ainsi réveiller leur attention engourdie.

Il prescrivait l'isolement : « Il faut, disait-il, placer le malade dans un endroit médiocrement éclairé, où règne une douce température, éloigné de tout bruit. » Dans le cas d'agitation extrême, on réunissait plusieurs gardiens « qui s'emparaient du malade, en l'abordant pour ne pas lui inspirer de méfiance, comme s'ils voulaient le frictionner ».

Il eut encore l'idée de bercer les malades, afin de diminuer l'exaltation des fonctions cérébrales. Plus tard, nous le verrons, cela deviendra un système : la rotation.

Cœlius Aurelianus paraît avoir eu quelque notion du grand rôle du traitement moral ; quand l'état des malades le permettait, il ordonnait la lecture à haute voix, la conversation, les spectacles, la musique, le chant, les jeux, les voyages. Mais, il commet l'erreur de vouloir se rendre maître des fous au moyen de longs jeûnes.

Quelques médecins de l'époque, Aëtius, entre autres, avaient songé, pour les fous, aux plaisirs que le beau sexe donne à l'homme, aussi leur procurait-on de jolies femmes. Cœlius Aurelianus combattit cette coutume bizarre et conclut à la séparation des deux sexes.

(1) Arétée, *De curatione diuturnorum morborum*, lib. I, cap. v.

Il conseillait, pendant la convalescence, les voyages, les promenades, les bains minéraux (1).

Galien vécut 150 ans après Jésus-Christ, sous Marc-Aurèle. D'une intelligence et d'une imagination remarquables, il étudia la médecine de son temps et les travaux de ses devanciers, et, durant des siècles, influença les peuples de ses conceptions et de ses théories. Il a écrit, dit-on, plus de cinq cents livres ou mémoires. Ce grand esprit ne semble pas avoir été intéressé par l'aliénation mentale. « On ne trouve dans ses ouvrages que peu de choses qui lui soient propres sur la folie, car il paraît très douteux que le livre *De la mélancolie*, qui se trouve compris dans ses ouvrages, soit de cet auteur. » [Trélat (2).]

Galien prescrit des émissions sanguines, « quand le corps entier est rempli de sang mélancolique ». Il n'est pas indispensable de recourir à la phlébotomie, si la tête seule est prise, à moins que la gravité de la congestion n'en fasse une mesure de prudence.

Les médecins qui succédèrent à Galien imitèrent son silence sur l'aliénation mentale. Jusqu'aux IV^e^ et V^e^ siècles, on copie Galien et l'on applique les traitements indiqués par ses devanciers.

En l'an 560, Alexandre de Tralles écrit un livre où l'on retrouve les idées de Cœlius Aurelianus, de Galien, au milieu d'un développement désordonné, en des divisions infinies. Le christianisme paraît avoir exercé une influence sur l'élan scientifique, paralysé les esprits et fait rétrograder la science médicale. Dans le livre d'Alexandre de Tralles, les régimes, l'hygiène sont à peine indiqués. « On y conseille gravement, dit Trélat, de prendre le morceau de manteau ensanglanté d'un gladiateur tué, de le brûler et d'en mêler les cendres à

(1) Cœlius Aurelianus, *Phrænitis, morb. chronic.*, lib. I, cap. V et VI.

(2) Ulysse Trélat, *Recherches historiques sur l'aliénation mentale* (*Journal des progrès des sciences médicales*, 1827, t. V, p. 158 et t. VI, p. 141). — *Recherches historiques sur la folie*, Paris, 1839.

du vin ; ou bien, de boire pendant cinq jours de suite, dans du lait et à jeun, les testicules d'un jeune coq ; d'enfermer un chien pendant quatorze jours, de ne le nourrir que d'os ; le quinzième, de brûler ses excréments blancs et d'en faire usage pendant cinq jours. »

En l'an 630, sous le calife Omar, Paul d'Égine (1) donne quelques prescriptions plus scientifiques que celles de ses prédécesseurs.

Il ordonne, dans les folies, des lavements, des boissons délayantes, l'abstinence de tout liquide excitant ; dans la convalescence, une nourriture légère, le pain bouilli, la laitue, les concombres, le melon. Dans les cas d'agitation, « si les mouvements sont désordonnés, ils seront réprimés, *chez les riches, par leurs esclaves, chez les pauvres, par des liens flexibles et disposés de telle sorte qu'ils ne puissent jamais blesser ni même causer d'irritation* ».

Il soignait aussi la mélancolie par le repos, les bains et par une hygiène sévère.

Moyen âge. — *Période de transition.* — Puis, des années passent sans qu'aucun changement appréciable soit apporté dans les doctrines ou dans le traitement de la folie. Ce sont les mêmes prescriptions toujours en cours. On s'en tient à Hippocrate, Arétée et Galien.

Nous atteignons, sur la fin de la période médiévale, une époque où les idées les plus fausses, basées sur des croyances surannées, font dévier la science. Ce sont les théories de l'humorisme, de la coction des humeurs, de leur fermentation acide ou alcaline. « L'humeur mélancolique est si âcre, dit Jacques Du Bois, en latin Sylvius (2), qu'elle altère sensiblement toutes les substances qu'elle touche : elle fermente rapidement, corrode les tissus vivants, a une saveur aigre et une odeur très forte : jetée sur la terre, elle bouillonne et la détruit. »

(1) Pauli Æginetæ *Opus de re medica*, Parisiis, 1532.
(2) Jacobi Sylvii *Opera medica*, Genève, 1630, p. 322.

La tradition et les croyances religieuses pénètrent, en même temps, dans la médecine, et surtout dans la médecine mentale, l'explication scientifique faisant faute. Ne pouvant expliquer la folie par les causes naturelles, les médecins les plus autorisés de l'époque considéraient la folie comme une manifestation surnaturelle, diabolique ou divine. On jugeait la folie d'après les légendes de l'Ancien Testament. Les aliénistes recouraient à des documents bibliques ou mythologiques pour faire un diagnostic.

Puis, avec le mélange du surnaturel et du diabolique, la sorcellerie entre en scène. L'Europe est assaillie de sorciers et de sorcières. Le peuple les croit en rapport avec le démon et a foi en leurs pratiques. Les malheurs, les maladies, les tempêtes étaient leur œuvre néfaste.

L'ignorance des maladies nerveuses, les fausses idées théologiques ou philosophiques, tout inclinait à rechercher le surnaturel dans les phénomènes les plus simples.

Il suffit de parcourir quelques dissertations religieuses, quelques recueils de formules classiques servant de guide aux ecclésiastiques, pour juger à quel point les démons et les anges avaient une influence sur le monde.

Calmeil (1), qui a étudié la folie aux XV^e^, XVI^e^, XVII^e^ et XVIII^e^ siècles, s'exprime ainsi : « L'idée que des puissances actives et intelligentes, placées entre Dieu et l'homme, entre les cieux et la terre, étaient indispensables pour faire l'office de causes occasionnelles, occupait alors la première place dans la conviction des docteurs chrétiens et des métaphysiciens. »

Nous ne nous attarderons pas sur ces époques sinistres, où toute science est honnie, où les hommes jugent de pauvres malades comme des criminels et les condamnent aux pires supplices, aux pires morts, à la prison, au bûcher, à la torture. On trouvera de longues pages sur ces jours pénibles

(1) Calmeil, *De la folie*, Paris, 1845, t. I, p. 91.

du moyen âge dans les travaux de Pierre Delancre (1) et de Calmeil.

Pourtant, en 1560, Jean Wier (2) s'efforçait de démontrer, contrairement à la législation régnante, que les sorciers, les magiciens, les démoniaques n'étaient que des fous, des malades. Il attirait l'attention des légistes et surtout des médecins sur ces troubles qui ne sont que des symptômes de l'aliénation mentale.

Ce souffle de sagesse et de science ne put pénétrer les âmes; cet appel n'eut pas d'écho.

Renaissance. — Ce n'est qu'au XVII[e] siècle que Descartes, Pascal, Leibnitz, Newton, Malebranche, tentèrent de combattre les erreurs qui avaient pris racine dans l'esprit des peuples. Plater, Sennert, Willis, étudient de près les malades, tâchant de dégager du surnaturel les phénomènes morbides, de faire de la médecine mentale une science dérivant de la pathologie et de la physiologie.

L'œuvre scientifique d'Arétée, de Cœlius Aurelianus, de Galien, étouffée sous de longs siècles d'ignorance, est enfin reprise et continuée.

Mais les idées religieuses étaient si profondément ancrées dans les esprits, même dans l'esprit des savants, qu'on les voit, en plein XVII[e] siècle, pénétrer dans les ouvrages médicaux. Plater cite le cas d'une monomaniaque homicide. Cette femme, qui aimait son mari, éprouva le désir de le tuer pendant qu'il dormait. Plater ajoute *que le démon tente en effet les hommes de cette manière*. Il guérit la malade *avec l'aide de Dieu*, en lui ouvrant plusieurs fois la veine, et en lui faisant de *salutaires exhortations* (3).

(1) P. Delancre, *Tableau de l'inconstance des mauvais anges et démons*, Paris, 1613. — Id., *L'incrédulité et mécréance du sortilège pleinement convaincue*, Paris, 1622.

(2) Jean Wier, *De prestigiis Demonum et incantationibus ac veneficiis libri*, Bâle, 1564. — Id., *Histoires, disputes et discours*, publié par le *Progrès médical*, Paris, 1885.

(3) Félix Plater, *Observ. in hominis affectibus*, etc., Basileæ, 1641, p. 48.

Pourtant, Félix Plater fut un éminent praticien et a laissé de remarquables chapitres sur la pathologie cérébrale. Il a traité des causes de l'affaiblissement et de la perte de la mémoire, de l'imbécillité, de l'idiotie, des lésions des sentiments, de la folie amoureuse, de la mélancolie, de la manie, des monomanies, etc. (1).

L'ivresse et l'alcoolisme sont comptés comme folies par Plater et classés dans le chapitre de l'aliénation mentale.

Il parle du traitement moral et y attache une grande importance. Il s'étend, aussi, sur les autres moyens, les différentes espèces de bains, les émissions sanguines, les frictions, les rubéfiants, ventouses, purges, vomitifs, etc.

Mais, comme nous l'avons dit, cet observateur remarquable était imbu des idées religieuses de l'époque.

Daniel Sennert (2) étudia les folies, et apporta des idées nouvelles; il distingua les sens internes des sens externes, établit une différence entre le dément et le faible d'esprit.

Le *délire* suppose un trouble de l'imagination et, conséquemment, un vice dans la conception.

Sennert est un érudit ; il a lu les anciens. Il étudie très attentivement la mélancolie, la manie. Mais il parle, lui aussi, des démons et des actions occultes dans les maladies. Il croit que la manie a une cause particulière et surnaturelle. Il ne peut expliquer autrement la facilité qu'ont les maniaques de parler des langues *qu'ils n'ont jamais apprises*. Ailleurs, il parle longuement du pouvoir des démons, des sorciers, de la magie (3).

Sydenham (1650) ne dit que quelques mots de l'aliénation, et, au point de vue du traitement, il se borne aux saignées et aux purges.

Willis (4) fit avancer beaucoup l'étude anatomique de l'encé-

(1) F. Plater, *Praxeos medicæ*, t. I, Basileæ, 1736, p. 14, 28, 87.
(2) Sennert, *Opera omnia*, Lugduni, 1666.
(3) Sennert, *Œuvres*, 3e volume, livre VI, part. IX.
(4) Th. Willis, *Opera omnia*, 1681, *Pathologia cerebri*, etc.

phale. Le premier, il signala les imperfections des méthodes pour l'examen du cerveau. Il fit remarquer que la manie est parfois très proche de la mélancolie, que ces deux affections se remplacent l'une l'autre; que la folie n'est pas toujours le résultat de l'inflammation des méninges, mais aussi de l'inflammation de la substance même du cerveau.

Willis donne des prescriptions sur la manière d'élever les enfants arriérés et indique des moyens curatifs contre la colère chez les idiots. Il divise le traitement de la manie en traitement moral et physique. Les émétiques, les cathartiques y tiennent la première place, de même que les purges, l'ellébore noir surtout. Il fait boire les maniaques abondamment. Il ne conseille pas la trachéotomie, le trépan, les sialagogues jusqu'à la salivation, l'application des topiques sur le crâne, recommandés par quelques médecins du temps.

Willis (1) fait pénétrer dans les hospices et dans le traitement de la manie une nouvelle conception : l'*intimidation*, prétendant qu'avec la frayeur on agit sur l'âme du malade. Dès lors, des gardiens sinistres, menaçants, le fouet à la main, pénètrent dans les cellules des agités et ne les désertent plus jusqu'au début du XIX^e^ siècle.

Signalons, également, Highmore, qui a quelques chapitres sur la mélancolie, l'hypocondrie, avec prescription de saigner les malades, de leur donner de légères purges, des boissons rafraîchissantes, et comme nouveauté, des préparations de fer et de l'acier en nature.

François Deleboë, en latin Sylvius (1614-1672) se vante d'avoir guéri de nombreux aliénés par le traitement moral, mais il n'a rien laissé sur ce sujet que nous puissions contrôler et rapporter.

Théophile Bonet (1660) donna une grande importance aux lésions de la rate dans les folies. Il rapporte de très justes observations sur la mélancolie et la manie. Il ne croit plus

(1) Willis, *loc. cit.*, cap. XII; *De mania*, p. 261, 262, 263.

aux démons; pour lui, c'est un préjugé (1). Il cite le cas d'un malade guéri par la transfusion.

Le traitement de la mélancolie consiste à détruire les convictions fausses du malade; il faut réagir contre les tendances morbides, mais sans violence : les accès de mélancolie sont plutôt exaspérés que diminués par les moyens brusques.

Baglivi, sans faire une étude approfondie des folies, émet, par-ci, par-là, des idées sur le traitement de la frénésie, de la manie et de la mélancolie (2). Il loue l'immersion par surprise et fréquemment répétée des maniaques.

La méthode venait d'Angleterre; Robertson, dit Baglivi, en avait obtenu de très grands succès. Baglivi conseillait aussi la musique, la danse et toutes distractions du même ordre, pour charmer les esprits chagrins, et substituer des conceptious gaies aux idées tristes.

La saignée est toujours de mode, mais Baglivi proscrit sévèrement les vésicatoires (3).

A la fin du XVII[e] siècle, Stahl vint combattre la vieille théorie des humeurs, qui durait depuis Galien, et que personne n'osait attaquer. Stahl, cependant, n'a rien ajouté au traitement de la folie.

Ainsi se clôture le siècle, sans grands progrès pour la médecine mentale. Autour d'elle, les arts, la littérature florissaient, atteignant la splendeur. Mais la médecine mentale reste obscure, parce qu'elle n'est basée que sur l'empirisme, parce que la physiologie du système nerveux est encore à découvrir. Si les observations de Plater, de Sennert sont justes, si les études anatomiques de Willis constituent un progrès, le traitement des maladies mentales est encore primitif. Plater implore les cieux de chasser les démons, Willis arme des gardiens pour intimider des fous, Baglivi vante la méthode

(1) Th. Boneti *Sepulchretum anatomicum*, etc., Genevæ, 1700. — *Medicinæ septentrionalis collectitia*, Genevæ, 1684.

(2) G. Baglivi, *Opera omnia*, etc., 1761, p. 46, 62, 268, 271.

(3) Baglivi, *De usu et abusu vesicantium*. — *Praxeos medicæ*.

de Robertson : la submersion, par surprise, des aliénés. La saignée, les purges tiennent toujours la première place.

Nous atteignons ainsi au XVIII[e] siècle.

Dix-huitième siècle. — L'anatomiste Vieussens voulut faire de la médecine, surtout de la médecine théorique, et il se laissa entraîner par les idées de chimiatrie de l'époque. Il chercha à tout expliquer par la chimie. Ainsi, pour résoudre les phénomènes hypocondriaques, il fait intervenir la lymphe dégénérée par une matière saline acidulée qui corrompt le sang ; le sang, devenu épais, serré, terreux, altéré par un limon grossier, par une lie impure, va former dans les capillaires du cerveau des espèces d'engorgements qui s'opposent à la libre sécrétion, à la circulation des esprits animaux (1).

Vieussens n'a rien ajouté au traitement de toutes ces maladies qu'il cherche à expliquer par la réaction chimique des humeurs.

D'autres auteurs, Ridley (2), Pictairn (3), Viridet (4), Robinson (5), Hoffmann (6), Cheyne (7), publient sur l'hypocondrie et l'hystérie des chapitres plus intéressants au point de vue clinique, mais remplis d'explications absurdes, basées sur les humeurs, sur l'existence de liquides intérieurs, ou sur l'engorgement du système veineux abdominal, avec augmentation ou diminution du mouvement tonique.

L'hypocondrie fait surtout les frais de ces théories sur les humeurs, qui doivent vivre longtemps encore.

Boerhaave, qui fut pourtant un bon physiologiste, et qui a pu expliquer beaucoup de phénomènes de l'encéphale, répéta

(1) Vieussens, *Œuv. comp.*, t. III, p. 65 et suiv.
(2) H. Ridley, *Observationes quædam medico-practicæ*, etc., 1708.
(3) Pictairn, *Elementa medicinæ physico-mathematica*, 1717.
(4) Viridet, *Dissertation sur les vapeurs*, 1726.
(5) Robinson, *A new System of the Spleen, Vapours, and hypochondriac Melancholy*, 1727.
(6) Hoffmann, *Medicina rationalis systematica*, 1718.
(7) Cheyne, *The english malady*, etc., 1733.

dans sa jeunesse, il est vrai, les théories humorales. Il eut, le premier, l'idée de la localisation cérébrale.

Nous ne pouvons résumer toute l'œuvre de Boerhaave (1). Ce célèbre physiologiste et pathologiste était un médiocre aliéniste.

Flemyng (2), Klockof (3), Schacht (4), Gorter (5), Pierre Pomme (6), ne modifient en rien le traitement des maladies mentales. Leurs écrits sont surtout des dissertations théoriques sur les humeurs, les vapeurs, les lésions provoquées par ces matières et ils se contentent d'appliquer les anciennes méthodes empiriques.

Morgagni (7), le grand anatomiste et anatomo-pathologiste, esprit positif, se voua aux recherches cadavériques, si délaissées depuis Bonet. Il blâme les auteurs qui expriment des théories sans avoir des éléments suffisants de certitude. Toutefois, cet homme remarquable ne s'est occupé qu'accessoirement de la folie. En disséquant un grand nombre de cadavres de fous, il observa l'endurcissement du cerveau, les altérations des méninges chez les aliénés, ainsi que l'hypertrophie des bourgeons celluleux sur la grande faux du cerveau, l'infiltration séreuse de la pie-mère et bien d'autres altérations inconnues jusque-là.

Morgagni avait lu les descriptions de la folie dans les livres de Willis. Il n'était pas un aliéniste. Il combattit cependant avec ardeur les moyens de contention préconisés par Celse.

Valsalva paraît l'avoir beaucoup influencé; on l'a vu au milieu de fous recommander la douceur et interdire d'attacher les malades, sauf dans des cas exceptionnels, en prenant de grandes précautions, en mettant entre le corps et les liens des linges épais et mous.

(1) Boerhaave, *De morbis ipsius sensoris communis*, etc., 1733.
(2) Flemyng, *Névropathie*, 1738.
(3) C. Alb. Klockof, *De morbis animi*, dissertatio, 1758.
(4) J.-O. Schacht, *Institutiones medicæ*.
(5) J. Gorter, *Praxeos medicæ*.
(6) P. Pomme, *Traité des affections vaporeuses*, 1782.
(7) Morgagni, *De sedibus et causis morborum*, etc., 1766.

Sauvages (1), professeur à Montpellier, réunit tous les faits connus de son temps pour les grouper et les classer. Mais tout en faisant beaucoup pour la clinique, il ne s'efforça point de chercher des moyens de guérison pour les multiples affections qu'il a étudiées.

Lieutaud (2), après une étude des psychoses, passe au traitement et s'apercoit qu'on abuse des moyens médicamenteux. Il constate qu'au-dessus des agents thérapeutiques, il y a l'hygiène, la vie régulière, le régime alimentaire. Les préparations opiacées, les narcotiques, produisent, en général, un mauvais effet : il les remplace par des fleurs de nymphæa, de violettes et ne dédaigne pas le camphre.

Stoll (3) revient sur la théorie de la bile ; c'est elle qui, par son génie versatile, provoque les folies chez les uns, la léthargie et l'apoplexie chez les autres. Pour les guérir, il faut chasser la bile, et c'est aux purges qu'il faut s'adresser.

En 1765, Lorry (4) publie un traité de *la mélancolie*, mais il y parle plutôt de l'hystérie, de l'hypocondrie, que des affections mentales proprement dites. Quant au traitement, il le néglige.

A la fin du XVIII[e] siècle, Cullen (5), médecin écossais, fait quelques efforts pour donner à l'aliénation la place qu'elle doit occuper dans la science médicale. Il cherche les causes des folies, non seulement dans les phénomènes observés, mais sur les cadavres. Il se plaint qu'on ne s'occupe pas assez de l'état du cerveau chez les aliénés, qu'on ne fait pas assez de recherches cadavériques, qu'on n'étudie pas les altérations de l'encéphale.

Et il soigne ses malades en pensant qu'il faut, autant que

(1) Sauvages, *Nosologia methodica*, 1768.

(2) Lieutaud, *Précis de médecine pratique.* — *Synopsis universa praxeos medicæ*, Amstelodami, 1765.

(3) Stoll, *Méd. pratique*, t. II, p. 132.

(4) Lorry, *De melancholia et morbis melancholicis*, 1765.

(5) Cullen, *Des dérangements des fonctions intellectuelles, de la mélancolie. Éléments de médecine pratique*, 1787.

possible, modérer la colère et la violence des fous, mais il faut agir très délicatement. *Une chemise étroite*, dans le cas d'agitation extrême, remplit mieux le but que tous les autres moyens employés jusque-là. Il faut *laisser les malades aller et venir à leur gré*, les éloigner du milieu où ils vivaient, des objets et des personnes qui les entouraient.

Dufour (1) parle aussi des curations de la folie. Il rapporte des prescriptions pharmaceutiques pour la guérison de la démence, de la mélancolie, de la manie et de l'hypocondrie. A titre de curiosité, nous mettons ici une de ces formules, efficaces contre la mélancolie.

℥ Safran de mars apéritif	ʒβ.
Séné	ʒij.
Rhubarbe en poudre	
Antimoine diaphorétique	ʒjβ.
Mercure doux	
Sel d'absinthe	
Jalap	ʒj.
Diagrède	
Gomme ammoniaque	
Résine de scammonée	ʒβ.
Extrait d'ellébore noir	

Il faut en faire un opiat avec du sirop de pêche. On fera prendre au mélancolique chaque matin deux gros de cet opiat.

Citons, pour clore l'histoire du XVIII^e^ siècle, les auteurs anglais : Battie (2), Arnold (3), Harper (4), Pargeter (5), Ferriar (6), qui ont consacré à l'aliénation mentale quelques chapitres, et paraissent avoir mis quelque soin à faire progresser cette partie de la science médicale.

Mais, comme le fait remarquer Pinel, un examen sévère et

(1) Dufour, *Essai sur les opérations de l'entendement humain*, Amsterdam, 1770.
(2) Battie, *Treatise on Madness*, London, 1758.
(3) Th. Arnold, *Observ. on the nature*, etc. *of Insanity*, London, 1783.
(4) Harper, *Treatise on the real cause of Insanity*, 1789.
(5) Pargeter, *Observ. on maniac Disorders*, 1792.
(6) Ferriar, *Medical Historics and reflect*, 1792.

impartial de ces ouvrages n'y fait découvrir qu'une manière vague de disserter, des répétitions, des théories scolastiques et des observations parsemées, qui ne se lient pas pour faire un ensemble.

On peut faire les mêmes réflexions sur les auteurs allemands (1), bien que Greding (2) soit une exception, par ses travaux et recherches anatomiques sur l'encéphale dans les maladies du cerveau et dans les folies.

Crichton (3), deux ans avant la fin du siècle, publia un traité des maladies mentales, basé sur des observations nombreuses, et sur des principes de la physiologie, telle qu'on l'enseignait à l'époque ; ce travail est plutôt consacré aux connaissances préliminaires de l'aliénation mentale qu'au traitement de la folie.

Ainsi, le XVIII^e^ siècle, pas plus que le siècle précédent, n'apporte de modifications sensibles à l'art de traiter la folie. Au début du siècle, les hommes de valeur même discutent la nature des humeurs qui engendrent les folies. On ne s'occupe guère de la guérison. Vieussens cherche à tout expliquer par la bile, l'atrabile, la lymphe. Boerhaave et Morgagni, deux savants vraiment dignes de ce nom, ne s'intéressent pas aux maladies mentales. Seul, Lieutaud s'occupe des psychoses, et constate qu'au-dessus des agents thérapeutiques, il y a l'hygiène. Puis, Cullen, un aliéniste de race, s'érige contre les moyens de coercition excessifs, et ordonne de laisser les malades libres d'aller et venir.

Mais cent années passent, et les aliénés gémissent encore dans leurs fers.

Dix-neuvième siècle. — Le siècle du progrès des sciences mentales est enfin ouvert.

(1) Faucett, *Ueber Melancholie*, Leipsick, 1785. — Avenbrugger, *Von der Stillen*, etc., 1783. — Weickard, *Philosoph. Arzt*, Leipsick, 1775.

(2) Greding, *Vermischte*, etc., 1781.

(3) Crichton, *An inquiry into the Nature and Origin of mental Derangement*, etc. London, 1798.

« Quand Pinel dirigea sa haute intelligence vers l'étude des aliénés, ils étaient tous en proie aux plus indignes violences; ses travaux eurent un double but et préparèrent une conquête. Doué d'un esprit lumineux et juste, aussi bien que d'un cœur compatissant et dévoué, il comprit du premier coup d'œil qu'il fallait aux lésions de la pensée un traitement moral et qu'il n'y avait pas de traitement moral possible, sans la suppression des violences corporelles. » [Trélat (1).]

C'est un motif de gloire de pouvoir proclamer qu'après des siècles de travaux stériles, ce fut un médecin français qui mit un terme à tant de fausses doctrines concernant la médecine mentale, comprit enfin la folie et sut la soigner.

Le grand philanthrope ouvre glorieusement le siècle.

Philippe Pinel est né en 1745; il fut reçu médecin à Toulouse, en 1773, et débuta dans la vie par des leçons de mathématiques qu'il était obligé de donner, à Montpellier, pour vivre. Il étudia la physique, la chimie, l'histoire naturelle. Il fut même journaliste. Connaissant l'anglais, il en profita pour traduire la *Nosologie* de Cullen (2); puis, en 1788, il traduisit les œuvres de Baglivi.

La Société royale de médecine avait mis au concours cette question : *Indiquer les moyens les plus efficaces de traiter les malades dont l'esprit est devenu aliéné avant l'âge de vieillesse.* Pinel, qui connaissait les aliénés depuis plus de six ans, pour les avoir soignés, et surtout pour avoir étudié la médecine mentale dans les auteurs anciens, présenta un mémoire. Thouret, qui faisait partie de la commission d'examen, conçut une profonde estime pour la valeur et le talent de Pinel; et quand il devint, plus tard, administrateur des hôpitaux, avec Cabanis et Cousin, lui et ses collègues nommèrent Pinel médecin de l'hospice de Bicêtre, le trouvant seul capable de

(1) Trélat, *Recherch. hist. sur la folie*, 1839, p. 118.

(2) Cullen, *Institutions de méd. pratiq.*, trad. sur la 4e édit., par Ph. Pinel, Paris, 1785.

régénérer la médecine mentale et de transformer Bicêtre en un hospice digne du nom.

« Le vice, le crime, l'infortune, la misère, les infirmités les plus dégoûtantes, disent Jolly et Michéa (1), s'y trouvaient rassemblés pêle-mêle. Les bâtiments n'étaient pas habitables : les individus y croupissaient couverts de malpropreté, dans des loges de pierre étroites, humides, froides, privées d'air, de soleil, même le jour, et garnies de paille qu'on renouvelait moins souvent que celle qui sert aux plus vils animaux. Il y a plus ; les aliénés, détenus dans ces cloaques, étaient à la merci des malfaiteurs de la prison, qu'on leur donnait pour infirmiers. Ils étaient chargés de chaînes, comme les criminels, et servaient de but aux railleries, à la brutalité de leurs gardiens. S'abandonnant à l'indignation, au désespoir, à la rage que leur inspirait un traitement si cruel, ces malheureux achevaient ainsi de troubler leur tête égarée : ils poussaient, jour et nuit, des hurlements affreux, ou bien, calmes en apparence, ils épiaient une occasion de surprendre leurs bourreaux pour se venger en les frappant. »

Pinel fut le grand réformateur. Mais il rend hommage à ceux qui ont apporté avant lui leur faible appui à l'œuvre humaine de la libération des aliénés. Ce grand savant reconnaît que ce ne furent pas toujours des médecins, mais parfois des hommes simplement guidés par un jugement sain, qui ont étudié et amélioré le traitement des aliénés. Soit en temporisant, soit en les asservissant à un travail régulier, soit encore en sachant prendre, à propos, les voies de la douceur ou d'une répression énergique, ils arrivaient à opérer des guérisons nombreuses. Ce fut d'abord Pussin (2), qui, par son zèle et son habileté, surpassa tous ceux dont Pinel cite les noms : le concierge de l'hospice des aliénés d'Amsterdam (3),

(1) Jolly et Michéa, *Biographie universelle* de Michaud, t. XXXIII, p. 356.

(2) Pussin, *Observ. sur les fous à Bicêtre* (Manuscrit).

(3) Thouin, *Description de la maison des fous d'Amsterdam* (*Decade philos.* an IV, t. VII).

Pontion, directeur des aliénés de l'hospice de Manosque (1), Haslam (2), apothicaire de l'hôpital de Bethléem à Londres.

La vie continuelle avec les fous, l'étude de leurs mœurs, communiquent des connaissances nombreuses au médecin; celui-ci se bornait trop souvent à de courtes visites. Pinel a compris la nécessité de vivre auprès des malades et de les voir fréquemment. Certains aliénistes de nos jours, chefs de services, pourraient encore méditer avec fruit les sages conseils de Pinel. Mais laissons la parole au maître :

« Tenir dans un état habituel de réclusion et de contrainte les aliénés extravagants, les livrer sans défense à la brutalité des gens de service, sous prétexte des dangers qu'ils font courir; les conduire, en un mot, avec une verge de fer, comme pour accélérer le terme d'une existence qu'on croit déplorable, c'est là, sans doute, une méthode de surveillance très commode, mais aussi très digne des siècles d'ignorance et de barbarie; elle n'est pas moins contraire aux résultats de l'expérience qui prouve que cet état de manie peut être guéri, surtout lorsqu'il est périodique, en accordant à l'aliéné une liberté illimitée dans l'intérieur de l'hospice, en le livrant à tous les mouvements de son effervescence emportée, ou, du moins, en bornant la répression au gilet de force, sans omettre les autres règles du traitement moral dont son état est susceptible. »

Pinel laisse donc les maniaques libres dans les cours, les agités dans un endroit clos. Sont-ils d'une violence extrême, une camisole étroite et une toile forte doivent contenir les mouvements des pieds et des mains. « Mais cet état de contrainte extrême doit être *passager* pour éviter les effets d'une colère concentrée contre ceux qui l'environnent, ce qui ne fait d'ailleurs qu'aggraver leur délire (3). »

(1) Mourre, *Observ. sur les insensés*, brochure de 22 pages.

(2) John Haslam, *Observ. on Insanity, with practical Remarks on the Disease*, etc., London, 1794.

(3) Pinel, *Traité médico-philos. sur l'aliénation mentale ou la manie*, Paris, an IX, p. 188.

Pinel était pourtant dominé par l'idée de répression ; on ne détruit pas en un jour l'œuvre des siècles. Les douches étaient considérées comme suffisantes « pour soumettre à la loi générale d'un travail des mains une aliénée qui en est susceptible, pour vaincre un refus obstiné de nourriture et dompter les aliénés entraînés par une sorte d'humeur turbulente et raisonnée ».

De l'immersion brusque de l'aliéné dans l'eau froide, Pinel parle avec indignation. « On doit gémir de voir un moyen aussi hasardé et aussi dangereux, proposé avec une sorte de confiance par le célèbre commentateur de Boerhaave, et transmis ainsi comme un point de doctrine dans les écoles des siècles derniers. »

Pinel, qui énumère les dangers de ce moyen barbare, dit avoir interrogé quelques aliénés qui ne pouvaient assez s'indigner contre ce procédé.

Dans les cas de refus de nourriture, Pinel a d'abord recours à des moyens doux, « à des invitations pressantes, pour faire ouvrir la bouche ».

Si la résistance persévère, et que l'aliéné ne veuille point mâcher la nourriture solide, « on lui donne des aliments liquides, suivant la méthode de Pussin ; dans les cas plus rebelles, on se sert d'un biberon. Dans un cas où tous les moyens que je viens de citer avaient échoué, je fis acheter une *sonde élastique* qu'on introduisit dans une des narines, et à l'aide de laquelle on fit passer un peu de substance liquide dans l'estomac. » C'est donc Pinel qui employa, le premier, la sonde, pour alimenter les aliénés refusant les aliments.

Pinel a combattu la saignée, qui n'était basée que sur des apparences extérieures comme la rougeur du visage, qu'on observe chez les maniaques, l'animation de la figure, qui faisait penser à une congestion. « Lors de l'admission des aliénés dans l'hospice, on a toujours soin d'interroger leurs parents sur l'article de la saignée, et on demande si elle a

UNIVERSITY OF LEEDS.

été pratiquée, quel en a été le résultat. Les réponses les plus constamment faites attestent que l'état de l'aliéné a toujours empiré immédiatement après. »

Voilà l'œuvre de Pinel. Elle est immense, surtout quand l'on songe que, jusqu'à lui, aucun effort sérieux n'avait été tenté, et qu'il fit plus, à lui seul, que tous ses devanciers en de longs siècles.

Presque en même temps que Pinel, Cox (1), en Angleterre, se rendait célèbre par des travaux sur la folie. Parmi les causes de la folie, Cox attribuait un grand rôle à la pléthore cérébrale, et tout son système de traitement est basé sur cette croyance.

Le nom de Cox reste attaché à un nouveau système de guérison, la rotation. Cœlius Aurelianus (2) avait eu déjà l'idée de bercer les malades dans un lit suspendu. Darwin (3) a également mis ce moyen en application. Mais, c'est Cox qui en fit le premier essai méthodique dans l'aliénation mentale. Il fit construire un appareil, un fauteuil, suspendu par quatre cordes, qui tourne à l'aide d'une mécanique. Le malade est attaché solidement au fauteuil.

Cet appareil fut modifié par Von Hirsch (4), qui faisait suspendre le malade dans une sorte de lit. Horn, Hayner, Hallaran y apportèrent, à leur tour, des perfectionnements ; Guislain, plus tard, y consacra plusieurs pages de description.

Un aliéné reçut, un jour, un violent coup sur la tête ; il perdit connaissance et retrouva sa raison à la suite de cet accident. Cox, se basant sur ce fait, proposa le trépan dans la folie.

Une méthode bien bizarre pour guérir l'alcoolique avec tendance aux idées de suicide, fut celle du Dr Le Roy (5). Elle consistait à lui faire boire un litre d'eau froide et pure, toutes les heures, et s'il restait pensif et taciturne, à

(1) Cox, *Practical observ. on Insanity*, London, 1805.
(2) Cœlius Aurelianus, *Morb. chron.*, lib. I, cap. v, p. 161.
(3) Darwin, *Zoonomie*, trad. de Kluyskens, t. IV, p. 507.
(4) Nasse, *Zeitschrift für Psych. Aerzte*, 1823, Heft 2, S. 459.
(5) Le Roy, *Biblioth. médic.*, octobre 1808.

arroser son front, ses tempes et ses yeux du même liquide jusqu'à ce qu'il devienne plus gai et plus communicatif. Le Roy rapporte neuf observations de guérison.

Jacquelin Dubuisson (1) a recours à un tout autre moyen; il ordonnait de fortes évacuations, jusqu'à occasionner même des malaises et des indispositions. Dubuisson parle de la musique dans le traitement de la folie; il en fait une étude et y consacre plusieurs pages avec historique; il cite Arétée (2), Galien, Mich. Fehr (3), Cox-Moson (4), Albrecht (5), Garnier (6), Bourdelot (7), Royer (8), Daquin (9), et lui-même (10).

Le digne successeur de Pinel comme clinicien et thérapeute fut Esquirol. Dès le début du siècle, presque concurremment avec Pinel, Esquirol tenta d'améliorer les méthodes de traitement des aliénés. Il publia de nombreux articles dans le *Dictionnaire des Sciences médicales* et dans divers recueils de médecine. Plus tard, en 1838, il fit paraître son livre *des Maladies mentales* (11), où il a apporté, comme il le dit lui-même, le résultat de quarante ans d'étude. Il avait observé les symptômes de la folie, étudié les mœurs, les habitudes, les besoins des aliénés au milieu desquels sa vie s'était écoulée; il avait essayé les meilleures méthodes de traitement. C'est de ce recueil que nous tirons les points saillants de sa théorie thérapeutique.

Dès les premières phrases, Esquirol décèle un esprit observateur et patient. « Il est sans doute plus facile de bâtir des sys-

(1) Dubuisson, *Des vésanies ou maladies ment.*, Paris, 1816, p. 142.
(2) Arétée, *De melancholia.*
(3) J. Michel Fehr, *Miscellanea naturæ curiosorum*, 1682.
(4) Cox, *Practical observ. on Insanity*, London, 1813, 3e édit., p. 92.
(5) Albrecht, *De musices effectibus in corpus animalium*, Erfurti, 1731.
(6) Garnier, *An melancholicis musica*, Th. de Paris, 1737.
(7) Bourdelot, *Histoire de la musique*, chap. III.
(8) Royer, *Traité des effets de la musique sur le corps humain*, trad. du latin par Étienne Sainte-Marie, Paris, 1803.
(9) Daquin, *Philos. de la folie*, 2e édit., p. 167.
(10) Dubuisson, *Bull. de la Faculté de médecine*, juillet 1813.
(11) Esquirol, *Des maladies mentales*, Paris, 1838.

tèmes, d'imaginer des hypothèses brillantes sur l'aliénation mentale, que d'observer les fous, que de dévorer les dégoûts de toutes sortes auxquels sont exposés ceux qui veulent, par l'observation, étudier l'histoire de cette grande infirmité. La difficulté de saisir les formes variées et fugitives de la folie, la rudesse sauvage de quelques monomaniaques, le silence obstiné des uns, les dédains et les injures des autres, les menaces et les coups des maniaques, la malpropreté dégoûtante des imbéciles, les préjugés qui aggravent le sort de ces infortunés, ont découragé ceux qui voulaient cultiver cette branche de l'art de guérir. On évite les maniaques, ils effraient; on les laisse dans leurs chaînes : on néglige un peu moins les monomaniaques ; ils se prêtent mieux à l'observation ; leur délire se ploie plus facilement aux théories et aux explications. Cependant, il faut vivre avec les fous pour avoir des notions exactes sur les causes, les symptômes, la marche, les crises, les terminaisons de leur maladie ; il faut vivre avec eux pour apprécier les soins infinis, les détails sans nombre qu'exige leur traitement. »

Esquirol passe alors en revue les moyens multiples de traitement. « La première question qui se présente est relative à l'isolement : tout aliéné doit-il être soustrait à ses habitudes, à sa manière de vivre, séparé des personnes avec lesquelles il vit habituellement pour être placé dans des lieux qui lui sont inconnus, et confié à des soins étrangers ? » La réponse d'Esquirol est affirmative. Il cite les avantages de l'isolement, et il est le premier à y insister d'une façon scientifique.

Esquirol a le courage de s'élever contre la méthode barbare de terroriser les fous dans l'idée de les guérir. « La crainte est une passion débilitante qui exerce une telle influence sur l'économie, qu'elle peut suspendre l'action de la vie et même l'éteindre. Qu'espérer pour la guérison, si l'on ne rassure les aliénés que la frayeur poursuit et dévore? » A ce point de vue, Esquirol est plus avancé que Pinel, qui, sans louer les avantages de la crainte comme méthode de guérison,

ne la proscrit pas d'une manière radicale, sauf le bain de surprise. Esquirol s'élève contre ces erreurs et conseille, quand l'aliéné a des frayeurs, la nuit, de mettre quelqu'un près de lui. Il parle des bains, en général, et des bains de surprise, mais il avoue qu'il n'en a jamais fait usage et sait que ces derniers sont funestes.

L'excitation doit être considérée comme une maladie aiguë et traitée comme telle, avec des évacuations sanguines (s'il y a pléthore), des bains tièdes longtemps prolongés, des boissons rafraîchissantes, des laxatifs, et, s'il y a lieu, des ventouses scarifiées à la nuque. « Alors, tout en faisant concourir les moyens moraux (Esquirol y tient beaucoup) appropriés au caractère du délire, il faut s'attacher à combattre les causes matérielles, hygiéniques ou pathologiques. »

Pas de narcotique, pas d'opium en cas d'insomnie. « Le régime, le travail, l'exercice sont les vrais remèdes contre l'insomnie; les bains tièdes ou frais provoquent le sommeil, ils sont vraiment efficaces et n'offrent aucun danger. » Esquirol est aussi l'adversaire des médicaments qui irritent la peau, très vantés par les aliénistes de son temps; « ces moyens augmentent l'éréthisme, tourmentent les malades, les excitent, leur persuadent qu'on veut les supplicier ».

Les distractions ne doivent pas être négligées : ce sont des agents extrêmement efficaces pour la guérison des aliénés.

Esquirol consacre un chapitre au suicide; il parle de l'obstination de certains malades à refuser de s'alimenter. Jusqu'alors on les avait contraints à s'alimenter par force, on les effrayait et on avait inventé des moyens mécaniques pour faire pénétrer la nourriture. Pinel, nous l'avons vu, essaya, pour la première fois, une sonde en caoutchouc introduite par le nez dans l'estomac. Esquirol la mit en usage. Parfois, la sonde trop mince se reployait sur elle-même avant de pénétrer dans l'œsophage et le liquide ressortait par la bouche. Baillarger, alors interne à Charenton, eut l'idée du mandrin en baleine.

Esquirol fut un grand praticien ; il propagea l'œuvre de Pinel en la développant. Il fit sentir le besoin absolu de vivre constamment auprès des malades pour les connaître et les soigner.

Georget (1), élève de Pinel et d'Esquirol, a étudié les folies au point de vue de leur siège, leurs symptômes et leur nature. Il insiste sur le traitement moral et l'éducation médicale de l'aliéné. Il a pour principes : 1° de ne jamais exercer l'esprit des aliénés dans le sens de leur délire; 2° de ne point attaquer de front les idées, les affections, et les penchants exaltés des fous ; 3° de faire naître, par des impressions diverses, des idées nouvelles, des affections, des commotions morales, et de réveiller ainsi des facultés inactives. Et il explique sur quoi se basent tous ces principes (2).

Georget est partisan des bains ; il veut que tous les agités soient baignés chaque jour, durant une demi-heure jusqu'à une, deux, trois heures et même davantage. Quant aux narcotiques (l'opium), ils produiraient plutôt l'empoisonnement que le repos; il ne les prescrit donc pas. Le bain de surprise, la machine rotatoire, l'asphyxie par submersion et pendaison, les chutes d'un troisième ou quatrième étage, le trépan, la castration, proposés pour guérir les fous, sont considérés par lui comme des moyens odieux et ridicules.

Georget, on le voit, est l'aliéniste déjà formé, expérimenté, qui bannit de la science toutes les pratiques empiriques et barbares. Il est malheureusement mort jeune.

Fodéré, professeur de médecine légale à Strasbourg, publia un ouvrage en deux volumes sur le délire (3). Après quelques pages historiques et une dissertation assez longue sur les délires, sur leur classification et leurs symptômes, il passe au traitement. Après Pinel et Esquirol, — ce dernier déjà un maître depuis ses écrits sur la folie, dans le *Dictionnaire des Sciences médicales*, — Fodéré n'avait plus qu'à glaner. Nous

(1) Georget, *De la folie*, Paris, 1820, p. 278
(2) Georget, *Ibid.*, p. 313, 315.
(3) Fodéré, *Traité du délire*, Paris, 1819.

retenons un moyen de contrainte fort bizarre, le *cylindre d'osier*, imaginé par Coulmiers, directeur de l'hospice de Charenton en 1803, pour remplacer le gilet de force et que Fodéré propose pour contenir les agités.

Ce cylindre a son tiers postérieur aplati, et s'ouvre comme une porte que l'on assujettit avec des courroies bouclées. Le malade était enfermé dans cette boîte; il pouvait pourtant marcher (1).

Roubaud-Luce (2) est moins retardataire; il vante les avantages de l'observation des préceptes hygiéniques, de la propreté, de l'alimentation, des promenades. Il demande qu'on fasse boire beaucoup d'eau pure aux malades.

Matthey (3), de Genève, ne parle pas du traitement, afin « d'éviter les tâtonnements et l'erreur ». On ne peut que louer cette sagesse.

Signalons enfin la brochure d'Anceaume (4) sur la mélancolie, et le livre de Broussais (5), qui n'ajoutent rien au traitement de la folie.

Au commencement du siècle, les médecins allemands se sont occupés avec ardeur des questions psychiques. Des théories diverses ont été émises par des médecins distingués, sur les folies et leurs causes, des écoles se sont formées. Nous citerons le plus distingué de cette pléiade de savants : Heinroth, qui a eu la hardiesse de pousser ses théories, basées sur ses croyances, jusqu'au dernier terme où la logique pouvait le conduire.

Lasègue et Morel (6), dans un travail d'une grande élé-

(1) *Journ. gén. de méd.*, t. XIX, p. 148 et suiv.

(2) Roubaud-Luce (Maurice), *Recherch. méd.-philos. sur la mélancolie*, Paris, 1817, p. 131 et suiv.

(3) Matthey, *Nouv. recherch. sur les maladies de l'esprit*, Paris, 1816, p. 56 et 367.

(4) Anceaume, *De la mélancolie*, Paris, 1818, p. 172, 176, 188 et suiv.

(5) Broussais, *De l'irritation et de la folie*, Paris, 1re édit. 1828, et 2e édit. publiée par Casimir Broussais, 1839, t. II, p. 489, 511 et suiv.

(6) Lasègue et Morel, *Études histor. sur l'alién. mentale, orig. de l'école psych. allem.* (*Ann. méd. psych.*, 1844, t. III, p. 52, et t. IV, p. 1 et 165).

vation d'idées sur la vie et l'œuvre d'Heinroth, disent que « c'était un penseur profond, un chercheur érudit, homme à faire toutes les concessions de détail, sans jamais en accepter aucune dans les principes ».

Au point de vue du traitement, qui nous intéresse seul, ici, Heinroth voulait tenter de ramener la santé en rétablissant l'harmonie. Il s'adresse à la nature, la grande puissance médicatrice, sur laquelle l'art doit se guider. Il fait du traitement moral le pivot de sa thérapeutique. Le traitement direct de l'âme seule doit guider le médecin ; pour cette œuvre, il faut la foi et la volonté, « car la volonté domine et gouverne par sa seule présence » (1).

Gall (2), médecin allemand, venu à Paris en 1808, intéressa le monde scientifique, mais les aliénés n'ont pas bénéficié de ses travaux, qui n'apportaient rien de nouveau au traitement.

Ellis (3) croit à la nécessité de faire de copieuses saignées au début de la folie, proportionnées pourtant aux forces du malade. Les saignées sont encore plus urgentes quand la folie provient de causes morales.

Pour les agités, Ellis préconise de larges *manchés* en grosse toile, réunies par une paire de larges lanières de même étoffe. « Un autre moyen de contrainte, fort commode, est un fauteuil, dont chaque bras présente une gouttière matelassée, propre à contenir les bras du malade, depuis le dessous du coude jusqu'au poignet. » On est souvent obligé d'attacher les jambes. Cela n'empêche pas Ellis de penser que le premier devoir de l'aliéniste est de gagner la confiance de ses malades en les traitant avec douceur.

(1) Heinroth, *Principes qui doivent diriger dans l'étude de l'organisme humain*, 1807. — *Étude des troubles de l'âme et de leur traitement*, 1818. — *Traité de la santé de l'âme*, 2 vol., 1823. — *Conseils aux médecins psych. sur le traitement des maladies mentales.*, 1825.

(2) Gall, *Fonctions du cerveau (Sur l'organe des qualités morales et des facultés intellectuelles)*, 6 vol., Paris, 1825.

(3) Ellis, *Traité de l'aliénation mentale*, trad. d'Archambault, Paris, 1840, p. 238, 246, 247, 272

Tandis que, en France, l'œuvre de Pinel se vulgarisait, Guislain, qu'on a appelé « le Pinel de la Belgique », s'efforçait de la propager dans les asiles belges.

Guislain (1) consacre plusieurs chapitres très détaillés au traitement de la folie. Il y parle de la cure morale de la folie, de l'*idéologie*, et disserte sur les sensations, l'attention, le jugement, la mémoire, les passions de l'âme et leurs rapports avec la cure morale. Nous retenons de toutes ces théories philosophiques les points médicaux qui nous intéressent. Il classe parmi les moyens moraux, les promenades. La *crainte*, la *terreur* « doivent être placées parmi les moyens curatifs que la médecine emprunte aux passions pour obvier aux troubles de l'entendement. » Il cite le bain d'immersion, en fait l'historique : un aliéné, à Anvers, se noie ; on le retire plutôt mort que vivant, et, dès ce jour, sa raison revient. Van Helmont en fait une nouvelle méthode. Pour la clarté de son exposition, Guislain reproduit des dessins du bain de surprise.

On n'a pas toujours besoin d'avoir recours à cet expédient, « des émotions plus faibles peuvent être produites par l'appareil magique, par la vue de quelques objets hideux, comme des serpents, des grenouilles, etc. ».

Guislain parle de la rotation, en cite les avantages. Il vante les plaies artificielles et même le trépan. Les cautères sont indiqués dans la suppression d'une maladie cutanée, voire même la gale, comme moyen de guérison. « Le prurit que ce mal occasionne détermine le malade à se donner du mouvement, en cas qu'il s'adonne à une trop grande inactivité. » Mais comme la gale est une maladie « dégoûtante », Guislain propose de la remplacer par « le poil à gratter ».

Guislain est un esprit ardent et chercheur (2). A la suite de son premier ouvrage, il en publie un second très étendu, dont le troisième volume est entièrement consacré au traitement

(1) Guislain, *Traité sur l'aliénation mentale*, Amsterdam, 1826, t. I, p. 267, 333, 334, 374, 383 ; t. II, p. 29, 47, 48.

(2) Brierre de Boismont, *Joseph Guislain*, Paris, 1867.

de la folie. Guislain, après une longue pratique (de 1826 à 1852) a beaucoup amélioré son mode de traitement (1). En conservant toujours le traitement psychique, il rejette l'emploi des moxas, des cautères. Il change sa façon de voir sur l'intimidation et la peur. « Les passions terrifiantes ne seront invoquées que rarement, très rarement. » Il reconnaît qu'elles peuvent provoquer la mort.

Guislain rapporte quelques cas de guérison, qui coïncident avec un accident ; un aliéné tombe d'un toit, on le relève avec une fracture de la jambe, et, dès ce moment, il est guéri. Un autre tombe d'un arbre très élevé, heureusement sans mal ; cette chute a pour effet de lui rendre immédiatement la raison. Nous rapportons ces cas comme explication de cette méthode bizarre, qui consistait à précipiter les aliénés du haut d'une tour, à les projeter d'une hauteur de dix, vingt mètres dans des filets placés au pied de la tour. Triste façon de comprendre le traitement de la folie !

Malgré les erreurs du début, Guislain apporta des modifications heureuses dans le traitement des maladies mentales. Il eut l'idée, ainsi que nous le verrons, de soigner les mélancoliques au lit.

Ferrus (2), médecin de Bicêtre, parle des moyens de répression. Il bannit la machine rotatoire, ainsi que le moyen suivant mis en usage dans un asile d'aliénés de Florence : deux gardiens saisissaient ceux des fous qui refusaient la nourriture et les faisaient valser, jusqu'à ce que, étourdis, ils demandassent grâce. Les seuls moyens préconisés par Ferrus sont : « l'isolement, la privation du travail ou bien de quelque aliment pour lequel le malade paraît avoir de la préférence, la camisole ou gilet de force pour un temps, et enfin, si la saison et l'état du malade le permettent, la douche d'eau froide sur la tête ».

(1) Guislain, *Leçons orales sur les phrénopathies*, Gand, 1852, t. III, p. 45, 123, 164, 167.

(2) Ferrus, *Des aliénés*, Paris, 1834, p. 239, 241.

Calmeil (1) donne des conseils prophylactiques aux personnes sujettes aux congestions, puis il étudie les phases aiguës et chroniques de la périencéphalite et des autres affections inflammatoires du cerveau. Le traitement consistait dans la saignée. « Les émissions sanguines tiennent le rang le plus important parmi les moyens qu'on a coutume de rattacher à la médication déplétive. »

J.-P. Falret (2), après avoir fait l'éloge de Pinel et d'Esquirol dans des pages sincères où toute justice est rendue à ces savants, passe au traitement de la folie. Il parle du non-restreint comme on en parle encore aujourd'hui. Nous ne pouvons omettre de citer ce passage : « Le docteur Conolly (3), suivi, sous ce rapport, par la plupart des médecins anglais, a attaché son nom à une réforme radicale, connue sous le nom de système de *non-restreint* ; il consiste dans la suppression absolue de tous les moyens de restriction mécaniques. Nous avons constamment protesté contre l'emploi abusif que les surveillants ou les infirmiers font des moyens de répression, et nous pouvons affirmer qu'il nous arrive fréquemment, dans notre service de la Salpêtrière, de n'avoir pas une seule malade maintenue par la camisole, sur deux cent cinquante aliénées confiées à nos soins. »

Certains chefs de services des asiles d'aliénés de la Seine n'en pourraient dire autant, de nos jours.

Il insiste, aussi, sur le traitement moral. Il ne faut pas étourdir les malades de longues discussions, de raisonnements qui augmentent la confusion des idées.

J.-P. Falret tient surtout à l'hygiène et émet des réserves sur l'administration des médicaments, recommandant la plus grande prudence.

(1) Calmeil, *Traité des maladies inflammatoires du cerveau*, Paris, 1859, t. II, p. 675.

(2) J.-P. Falret, *Des maladies mentales*, Paris, 1864, introd., p. LX.

(3) John Conolly, *On the treatment of the Insane without mechanical restraint*, London, 1850.

Marcé (1) parle de l'intimidation, telle qu'elle était appliquée par Leuret (2). Il emploie, chez les maniaques jeunes et vigoureux, les émissions sanguines; il croit que les révulsifs, les larges vésicatoires, le séton, le cautère, le moxa placés à la nuque sont surtout utiles dans « les délires qui tendent à s'immobiliser et à passer à l'état chronique et s'accompagnent d'inertie et de stupeur ».

Les bains de surprise sont tombés en désuétude, mais remplacés par des douches formidables sur la tête, provoquant un *supplice affreux*, de la suffocation et de l'*asphyxie*.

Rech (de Montpellier) (3), pour ces raisons même, se fait le défenseur de ce traitement, qu'il reconnaît cependant pouvoir être mortel.

Morel (4) combat ce procédé. « J'ai renoncé, dit-il, aux douches formidables que j'ai vu employer dans ma jeunesse. »

« Ce moyen, dit Brocard (5), dont on ne peut, en aucun cas, prévoir les effets à l'avance, qui peut déterminer une foule d'accidents, et même la mort, devrait être banni aujourd'hui de la thérapeutique de l'aliénation mentale. »

Morel proscrit également la pratique de Turck (6) et de Brierre de Boismont (7), consistant à baigner les malades pendant dix, douze heures, et même plusieurs jours. Il ordonne le bain tiède de cinq à six heures au plus. Dans les affections mentales récentes, on peut prescrire des bains d'une ou deux heures, chaque jour, ou tous les deux jours.

Dagonet (8) donne de sages conseils pour le traitement de

(1) Marcé, *Traité pratique des maladies mentales*, Paris, 1862.
(2) Leuret, *Du traitement moral de la folie*, Paris 1840.
(3) Rech, *De la douche et des affusions d'eau froide dans le traitement des aliénations mentales*, 1846.
(4) Morel, *Traité des maladies mentales*, Paris, 1860, p. 779, 781.
(5) Brocard, *Du bain, de la douche et des affusions froides dans le traitement de la folie*, Paris, 1859.
(6) Turck, *Mémoire sur la nature de la folie*, Paris, 1845.
(7) Dans Griesinger, *Traité des maladies mentales*, trad. de Doumic, Paris, 1865, annotation de Baillarger, p. 540.
(8) H. Dagonet, *Traité des maladies mentales*, Paris, 1862, p. 302, 306. — H. et J. Dagonet, *Traité des maladies mentales*, Paris, 1894.

la manie ; avec Esquirol, il pense que les succès attribués aux remèdes héroïques sont bien moins nombreux que les guérisons obtenues par une bonne direction imprimée aux maniaques.

La mélancolie réclame des soins surtout hygiéniques et moraux. C'est ici que le traitement moral prend place. « Il faut s'efforcer de relever le moral de l'individu, lui rendre cette confiance en lui-même qui lui manque. »

Dagonet traite de funeste la pratique des émissions sanguines.

Le temps des merveilles est passé; on ne croit plus aux guérisons radicales par la prescription de telle ou telle drogue. « On évitera, dit Griesinger (1), les graves illusions thérapeutiques, en se rappelant que beaucoup d'aliénés guérissent spontanément, pourvu seulement que le traitement ne leur soit pas nuisible. » Selon cet auteur, le traitement physique joue un grand rôle dans la cure des folies, surtout au début de l'affection.

Griesinger ne donne qu'une petite part au traitement moral et à l'influence positive du médecin sur le malade ; « dans quelques cas, on obtient beaucoup plus de lui en prenant à son égard certaines mesures négatives ».

Il est dans le vrai, plus loin, quand il constate qu'il est dangereux d'entrer dans les idées du malade dans quelque but que ce soit. Griesinger est pour le non-restreint. Cette méthode appliquée pour la première fois, dit-il, en 1838, par Gardiner Hill à l'asile de Lincoln, puis, en 1839, par Conolly, a donné les résultats les plus favorables, « et, désormais, on citera le nom de Conolly à côté de celui de Pinel, dont il a complété l'œuvre ».

Brierre de Boismont (2) étudie les causes morales de la

(1) Griesinger, *Traité des maladies mentales*, trad. de l'allemand sur la 2e édit. par Doumic, Paris, 1865, p. 535, 539, 549, 551, 557.

(2) Brierre de Boismont, *De l'influence de la civilisation sur le développement de la folie*, 1837. — *Des hallucinations*, 1845. — *De l'emploi des bains prolongés et des irrigations continues dans le traitement des formes aigües de la folie et en particulier de la manie* (*Mém. de l'Acad. de méd.*, 1847, t. XIII, p. 537 à 599). — *Maladies mentales* (*Bibliothèque du médecin praticien*, t. IX, 1849). — *Maladies mentales*, dans Requin, *Éléments de pathologie médicale*, Paris, 1863, t. IV, p. 726, 732.

UNIVERSITY OF LEEDS.

folie, les hallucinations et insiste sur le traitement par les bains prolongés.

Le Dr Moreau (de Tours) (1) expérimente méthodiquement le bromure de potassium dans la folie névropathique et il en vante les bienfaits, combiné aux douches froides.

« Dans aucune maladie, dit Maudsley (2), les difficultés du traitement ne sont aussi grandes que dans les maladies mentales. Les difficultés viennent de la famille, de l'entourage du malade, qui, se liant à celles qui proviennent de la nature même de l'affection, rendent la tâche du médecin bien pénible. »

Dans quelques cas, Maudsley, à l'exemple du Dr Lockhart Robertson, enveloppe ses malades, plusieurs heures, dans un drap mouillé, en ayant soin de leur arroser la figure d'eau froide.

Schüle (3), le savant aliéniste de l'asile d'Illenau, dit que, pour la mélancolie, il faut : 1° calmer le système nerveux, aussi bien l'organe central qui est dans un état d'hyperesthésie psychique, que les nerfs (névralgies); 2° combattre toutes les complications (état gastrique, constipation, etc.); 3° relever la nutrition. Il insiste pour que le régime soit rigoureux avec repos physique et mental; comme adjuvants : bains tièdes donnés le soir; en cas de tendance aux congestions céphaliques : pédiluves, de la glace sur la tête, ou bien application de sangsues derrière les oreilles. « Le repos au lit est essentiel; la position horizontale facilite la circulation cérébrale et amène, à la fois, le repos cérébral et moteur. » Si ces moyens ne suffisent pas, il faut recourir aux narcotiques (opium, morphine et bromure de potassium) pour calmer les malades. Ne pas négliger le traitement psychique.

Pour la manie, ce sont presque les mêmes indications.

(1) Moreau (de Tours), *Traité de la folie névropathique*, Paris, 1869, p. 184.

(2) Maudsley, *La pathologie de l'esprit*, trad. par Germont, Paris, 1883, p. 554, 560, 566, 573, 577, 583.

(3) Schüle, *Traité des maladies mentales*, trad. de Dagonet et Du hamel, Paris, 1888, p. 35, 79, 116, 131, 218, 238, 263, 324.

Dans la stupeur, le repos au lit s'impose, avec soins minutieux de propreté et surveillance de l'alimentation.

Le professeur Lasègue (1), éminent clinicien, appartenait à cette école d'observateurs qui suivaient l'exemple de Bretonneau et partageaient les idées de Trousseau.

Vaste esprit, il a enseigné pendant de longues années la médecine générale et il a laissé des pages classiques sur les troubles psychiques. Lasègue a étudié l'*hystérie*, l'*épilepsie*, la *paralysie générale*, les *cérébraux*. Ses observations sur l'*alcoolisme* aigu, subaigu et chronique, sont remarquables. Il a compris le rôle du traitement individuel. « Aussi, écrit-il, plus les règles sont entravées et les lois contredites par les exceptions individuelles, plus on est forcé d'agrandir leur cercle; la seule généralité à laquelle on s'arrête avec sûreté, est celle qui embrasse tant de cas possibles, qu'elle devient presque inutile à la pratique (2). »

Lasègue a étudié et exposé les méthodes de traitement moral, et il les classe en deux catégories, suivant qu'elles s'adressent à l'intelligence ou à la sensibilité.

La *mélancolie perplexe* a fait le sujet d'un très intéressant article. Il dit pour le traitement : « Tout d'abord, une maladie à durée obligatoire n'appelle de traitement direct que lorsqu'elle approche de sa terminaison. »

Luys (3), en 1881, alors médecin de la Salpêtrière, dit qu'il existe un ensemble de soins hygiéniques et prophylactiques que le médecin doit instituer contre les folies.

Il ne craint pas de camisoler ou d'entraver les malades dans « des bracelets en cuir, munis d'un anneau solide que l'on fixe à une chaise, soit dans des sortes de bottines qui s'adaptent au cou-de-pied et qui servent pareillement à immobiliser le malade ».

(1) Lasègue, *Études médicales*, 2 vol., 1884.

(2) Lasègue, *Question de thérapeutique mentale* (*Ann. méd. psych.*, (1846).

(3) Luys, *Traité clinique et pratique des maladies mentales*, Paris, 1881, p. 355, 359, 373, 375.

En 1893, Luys (1) développe, sans modification sensible, ses vues émises en 1881, sur les moyens de guérison.

Ball (2) dit que « la folie est essentiellement curable ». S'il y a agitation, si les malades se mutilent ou déchirent leurs vêtements, la contrainte est nécessaire.

G. Ballet (3), après une description de la manie, passe au traitement : « La première indication dans le traitement de la maladie est d'éviter tout ce qui est de nature à accroître l'excitation du malade. » Il faut viser à calmer les malades : les pratiques hydrothérapiques sont celles qui rendent, à cet égard, les services les plus signalés ; par exemple, le drap mouillé, les bains de 30 à 32°. Les agents médicamenteux sont souvent nuisibles : ainsi l'opium favorise la congestion du cerveau, la morphine est pernicieuse. Les bromures, même à hautes doses, n'exercent qu'une action sédative très légère.

Lorsqu'on a affaire à un mélancolique, il faut préciser le milieu et le régime général. On doit le mettre au calme, loin de l'agitation et du bruit.

Dans les cas d'excitation, pas de contrainte, il faut laisser les malades libres dans une cellule, dans une chambre ou au grand air.

Krafft-Ebing (4) est contre l'abus de la saignée. Les narcotiques jouent un rôle très important dans la thérapeutique des psychoses, mais il faut les employer avec prudence et en surveillant les malades.

Aux sujets très agités qui déchirent leurs vêtements, il faut en faire porter qui soient d'une seule pièce et en étoffe solide, avec fermeture non accessible à eux-mêmes : « des gants de cuir avec des boucles fermées, souliers avec appareils de

(1) Luys, *Traitement de la folie*, Paris, 1893.

(2) Ball, *Leçons sur les maladies mentales*, 2e édit., Paris, 1890, p. 438, 439, 443, 447.

(3) Ballet, dans *Traité de médecine* de Charcot-Bouchard, t. VI, p. 1077, 1098 et suiv.

(4) Krafft-Ebing, *Traité clinique de psychiatrie*, trad. de Laurent, Paris, 1897, p. 312, 315, 326, 329

fermeture ». Dans les cas où l'on est obligé de maintenir le malade au lit, on ne peut se passer des moyens de contrainte mécaniques (camisole de force), surtout quand il y a des blessures graves, des affections des yeux.

« Le traitement moral est d'une importance non moins grande que le traitement somatique; de plus, son domaine est encore plus vaste que celui du premier. » Aussi faut-il l'appliquer largement.

Depuis Pinel, Esquirol, Conolly, on cherchait à améliorer le traitement des aliénés et à lui donner une base scientifique. Le non-restreint se généralisait à l'étranger. En France, Morel l'avait essayé en 1860 ; mais, par suite de circonstances particulières, il n'avait pu en réaliser l'application dans les asiles publics.

C'est Magnan qui le mit en vigueur (1877). La camisole fut remplacée par le maillot largement taillé, destiné, par sa forme et son mode d'application, à éviter la gêne des fonctions respiratoires et circulatoires; toutefois, au début, les mains et les bras étaient encore maintenus par des liens. Ils furent supprimés en 1874. Dès lors, le maillot n'est plus qu'un vêtement qui protège, contre les variations de température, les malades qui se déshabillent sans cesse. Dans un certain nombre de cas, Magnan recourait à l'isolement temporaire dans une chambre (aliénés excités, maniaques, délirants, hallucinés, paralytiques généraux à bouffées congestives, etc.), mais, plus tard, quand l'alitement fut appliqué à l'étranger, Magnan l'adopta et l'introduisit dans les asiles de la Seine.

Le drap mouillé est employé, quelquefois, dans le service de l'admission de Sainte-Anne pour les agités très violents.

On peut résumer le traitement de Magnan comme il suit : suppression de la camisole et des cellules, le non-restreint dans toute sa rigueur, l'alitement pour les agités; hygiène, surveillance de l'alimentation et traitement moral.

Comme médicaments, quelques purgations d'après l'indi-

cation, des sédatifs et les hypnotiques en cas d'insomnie.

Le professeur Joffroy a, de même, adopté l'alitement pour les malades agités et il l'applique méthodiquement dans son service, à l'asile clinique Sainte-Anne. Le non-restreint, le traitement moral, l'hygiène, constituent le fond du traitement des aliénés pour Joffroy.

Cet historique pourra sembler long, si l'on oublie qu'il s'agissait de montrer comment et par quel enchaînement on a mis des siècles à considérer les aliénés comme de simples malades et à les soigner comme tels.

Nous pensons avoir cité la plupart des auteurs anciens et modernes qui ont fait sentir leur influence et apporté des modifications dans le traitement de la folie. Nous avons dû beaucoup nous borner pour le XIX^e^ siècle; il nous aurait été impossible de nommer tous les médecins ou savants qui ont contribué à l'œuvre commune. Nous ne pouvons, cependant, omettre de citer encore, parmi les plus modernes : Régis (1), Cullerre (2), Jules Falret (3), Foville (4), Christian, Ritti (5), Mairet (6), Chaslin (7), Paul Garnier (8), Ch. Féré (9), etc.

(1) Régis, *Manuel pratique des maladies mentales*, Paris, 1892.

(2) Cullerre, *Traité pratique des maladies mentales*, Paris, 1890.

(3) J. Falret, *Études cliniques sur les maladies mentales et nerveuses*, Paris, 1889. — *Les aliénés et les asiles d'aliénés*, Paris, 1890.

(4) A. Foville, fils, *Étude clinique de la folie avec prédominance du délire des grandeurs* (*Mém. de l'Acad. de méd.*, 1869-70, t. XXXIX, p. 318 à 452). — Nombreux articles dans le *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques* du Dr Jaccoud.

(5) Ritti, *Traitement de la mélancolie*, dans *Traité de thérapeutique* de Robin (*Traitement des maladies mentales*, Paris, 1898, p. 157).

(6) Mairet, *Traitement de la paralysie générale*, dans *Traité de thérapeutique appliquée* de Robin (*Traitement des maladies mentales*, Paris, 1898, p. 96).

(7) Chaslin, *Traitement du délire hallucinatoire*, ibid., p. 79 — *Traitement de la confusion mentale*, ibid., p. 83.

(8) Paul Garnier, *Internement des aliénés, Thérapeutique et législation*, 1898.

(9) Ch. Féré, *Le traitement des aliénés dans la famille.*

CHAPITRE II

HISTORIQUE DES NÉVROSES

Il n'y a lieu de donner place, ici, qu'à l'historique des névroses connues pour la fréquence des associations qu'elles entretiennent avec les psychoses, à savoir : l'épilepsie, l'hystérie et la neurasthénie.

L'*épilepsie* était connue dès l'antiquité la plus reculée.

Hippocrate lui donnait le nom de *mal d'Hercule*, sans doute parce que ce héros en était atteint. On l'appelait aussi *mal sacré*.

Les Romains la nommaient *mal comitial*, du fait que les comices étaient suspendus quand un épileptique tombait en crise.

Dans tous les pays, suivant les conceptions diverses, l'appellation a varié. C'était le *mal lunatique*, le *morbus major* (Celse), le *passio puerilis* (Cœlius Aurelianus), le *morbus divinus* (Platon), etc.

Malheureusement, depuis des siècles, on n'a pu trouver le traitement radical de cette terrible affection. On connaît l'épilepsie au point de vue clinique, et c'est à peu près tout. L'étiologie en reste obscure ; les modes de traitement sont nombreux, mais, de tous, il n'y a que le bromure qui semble réussir, sans apporter néanmoins, le plus souvent, la guérison définitive.

Dans la seconde moitié de ce siècle l'historique du traitement de l'épilepsie gravite surtout autour de ce médicament. Les noms de Ch. Locock, qui l'introduisit dans la thérapeutique de l'épilepsie (1852), de Wiliams (1), de A. Voisin (2), de Moreau (de Tours) (3), de Legrand du

(1) Williams, *Medical Times*, 1860.

(2) A. Voisin, *Recherches cliniques sur le bromure de potassium* (*Bull. thérap.*, 1866), et *Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses*, Paris, 1883, p. 625.

(3) Moreau (de Tours), *Traité de la folie névropathique.*, 1869.

Saulle (1) se rattachent à l'emploi du bromure de potassium dans le traitement de l'épilepsie.

Parmi les auteurs récents, il convient de rappeler les noms de Ch. Féré (2), de J. Voisin (3).

L'histoire de l'*hystérie* est englobée dans celle des maladies mentales.

Hippocrate n'a pas su les différencier nettement. Les crises convulsives de l'hystérie étaient confondues avec celles de l'épilepsie. En Grèce, les prêtresses qui, frappées du mal divin, rendaient leurs oracles pendant les attaques, étaient certainement des hystériques.

Aux premiers âges du christianisme, les auteurs ne sont pas encore d'accord sur la nature des crises hystériques. Quant au traitement, c'est l'empirisme qui le guide.

Des siècles passent sans qu'on puisse indiquer nettement la nature et le traitement de cette névrose.

Au moyen âge, les conceptions les plus bizarres naissent dans la masse des peuples, même dans l'esprit des médecins, stimulés par l'ignorance et le fanatisme religieux. Ce sont les années sombres de l'histoire de la médecine. Parmi tous les aliénés qu'on brûlait sur la place publique, beaucoup étaient des hystériques, atteints de convulsions ou de troubles psychiques, d'hallucinations...

Charcot et Paul Richer ont contribué à faire la lumière sur le rôle de l'hystérie à ces tristes époques. Ces connaissances ont été consignées par eux dans plusieurs ouvrages (4), parmi lesquels il faut citer surtout les *Études cliniques sur la grande hystérie ou l'hystéro-épilepsie* (2e édit., 1885). Tous ceux qui veulent connaître l'histoire de l'hystérie doivent les consulter.

Il faut arriver au début du XIXe siècle pour trouver quelques

(1) Legrand du Saulle, *Pronostic et traitement de l'épilepsie*, 1873.
(2) Ch. Féré, *Les épilepsies et les épileptiques*.
(3) J. Voisin, *L'épilepsie*, 1897.
(4) Charcot et P. Richer, *Les démoniaques dans l'art*, 1887. — *Les malades et les difformes dans l'art*, 1889.

documents, mais les auteurs, comme leurs devanciers, se querellent sur la nature de l'hystérie. « Les causes les plus fréquentes de l'hystérie sont la privation des plaisirs de l'amour, les chagrins relatifs à cette passion et les dérangements de la menstruation. » [Louyer-Villermay (1).]

Georget (2), nous l'avons vu, était un clinicien avant tout. Après avoir combattu les théories bizarres de ses prédécesseurs, il donne des conseils pratiques sur le traitement de l'hystérie. Il prescrit les exercices physiques, sans les pousser jusqu'à la fatigue, la bonne alimentation ; il faut éviter les phénomènes d'excitation cérébrale, prendre des bains froids en été, tièdes en hiver. Et surtout, pas de médicaments. « Mais que faire donc ? me demanderez-vous, il faut bien ordonner... — Ah ! je vous entends, vous voulez user des moyens moraux sous forme de médicaments ; dès lors, faites comme le célèbre Tronchin ; ordonnez des pilules de mie de pain et autres substances de même énergie ; faites prendre pour boisson de l'eau et autres tisanes de pareille vertu ; mais n'allez pas exaspérer le mal, incendier l'estomac ou le cerveau de vos malades, pour le plaisir ou le besoin de faire des ordonnances. »

Après ces préceptes si logiques et si nettement formulés, on pouvait espérer que l'hystérie allait entrer dans le cadre des affections connues, et que les discussions cesseraient. Mais, pendant des années, elle demeure sur le terrain scientifique, comme sujet de concours académique, et redevient, de nouveau, une maladie bizarre, ovarienne, affectant les femmes seulement.

Jusqu'à Briquet (1859), quelques auteurs, entre autres Forget (3), tentent bien de faire de l'hystérie une maladie nerveuse

(1) Louyer-Villermay, *Traité des affections vaporeuses des deux sexes*, 1816, 2 vol..

(2) Georget, *Recherches sur les maladies nerveuses*, Paris, 1821, 2 vol.

(3) Forget, *Recherches cliniques sur les névroses* (*Gaz. méd. de Paris*, 1847).

sévissant sur les *deux sexes*, les riches et les pauvres; mais il fallut l'autorité de Briquet pour mettre un terme aux tergiversations.

Briquet, médecin de l'hôpital de la Charité, a recueilli un très grand nombre d'observations d'hystériques (1), ayant eu, comme il le dit, « l'occasion de voir à peu près tout ce qui peut se passer dans cette maladie ». Néanmoins, il n'a pas tout vu et il restait beaucoup à glaner sur ses traces.

Ce furent Charcot et ses élèves qui fixèrent la forme sans doute définitive de l'hystérie, au point de vue clinique, si la clinique peut accepter une forme définitive.

Legrand du Saulle (2), médecin de la Salpêtrière, dans une série de leçons, a étudié les hystériques, leur état psychique et physique, leurs actes insolites, délictueux et criminels.

Nommons aussi Oulmont (3) et Gilles de la Tourette (4).

Beaucoup d'autres auraient droit d'être cités, mais le peu qu'ils ont apporté au traitement, but de cet ouvrage, nous oblige à ne les citer qu'en temps et lieu, dans les chapitres suivants.

Quant à la *neurasthénie*, son histoire est attachée au nom de Beard (1868). Longtemps, le nervosisme, les états névropathiques ne faisaient qu'un avec l'hypocondrie.

Beard a donné la première description de l'épuisement nerveux (*nervous exhaustion*). Ce premier travail passa inaperçu. Jusqu'en 1880, on n'entendit plus parler de la neurasthénie. A cette époque, Beard fit paraître son *Traité* qui eut un grand retentissement dans le monde des neurologistes.

Depuis, la neurasthénie, acceptée comme entité morbide, a été l'objet de plusieurs travaux. Nous citerons Weir Mitchell (5), qui s'occupa de la neurasthénie féminine et de son

(1) Briquet, *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*, Paris, 1859.
(2) Legrand du Saulle, *Les hystériques*, 1883.
(3) P. Oulmont, *Thérapeutique des névroses*, 1894.
(4) Gilles de la Tourette, *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*, 3 vol., 1891-1895.
(5) Weir Mitchell, *Du traitement de la neurasthénie.*

traitement; Huchard (1), qui donna une description minutieuse de la maladie de Beard.

Puis, Charcot (2), par ses études et ses leçons, a définitivement constitué la neurasthénie, en stigmatisant les signes caractéristiques de cette maladie, ainsi qu'il l'avait fait pour l'hystérie.

On doit citer, enfin, les noms de Bouveret (3), Levillain (4), A. Mathieu (5), Gilles de la Tourette (6), Proust et Ballet (7), qui contribuèrent à la constitution clinique de l'entité morbide.

(1) Huchard, *Traité des névroses*, 1883.
(2) Charcot, *Leçons du mardi*, 1888-1889.
(3) Bouveret, *La neurasthénie, épuisement nerveux*, 1897.
(4) Levillain, *La neurasthénie ou maladie de Beard.*
(5) A. Mathieu, *Neurasthénie* (Collection Charcot-Debove), 1892.
(6) Gilles de la Tourette, *Les états neurasthéniques*, 1900.
(7) Proust et Ballet, *Hygiène du neurasthénique.*

DEUXIÈME PARTIE

THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE

CHAPITRE PREMIER

ASSISTANCE ET TRAITEMENT

ARTICLE Ier. — *Considérations générales.*

Lorsqu'on étudia, de près, la nature, les symptômes et l'évolution des maladies mentales, lorsque, sous l'impulsion de Pinel et d'Esquirol, on voulut examiner sérieusement l'aliéné, on s'aperçut que le traitement de la folie était complètement négligé. Des méthodes nouvelles furent alors introduites dans la thérapeutique : Pinel avait remplacé les chaînes et autres appareils formidables par la camisole. C'était déjà un grand progrès.

Esquirol voulut davantage ; il expérimenta l'isolement des aliénés et le réclama, non plus seulement comme mesure de prudence, mais comme moyen de traitement.

En Angleterre, on mit à la mode le *non-restreint* ; en Allemagne, l'alitement.

De nos jours, enfin, l'essor est donné, les systèmes se multiplient et s'étendent : on demande la démolition de l'asile, la disparition des portes, la suppression des divisions ou quartiers d'agités, demi-agités, etc., enfin, la transformation de l'asile en hospice.

Mais, avant de poursuivre et d'examiner ces intéressantes questions du traitement des aliénés, il convient d'indiquer l'ordre que nous nous proposons de suivre. C'est l'ordre naturel tiré de l'examen même du malade. Nous devons, en face de lui. nous efforcer, d'abord, de trouver les causes

inhérentes aux troubles psychiques, chercher les conditions pathologiques dans lesquelles l'espèce nosologique a évolué.

La première indication est d'isoler le malade de son milieu habituel. C'est aussi le premier point que nous devons étudier. Mais on isolait aussi, jadis, si bien même qu'on oubliait de visiter les patients ; isolement ne signifie pas séquestration dans une cellule. Ici se posent les questions du non-restreint, de l'alitement...

Après un séjour au lit de quelques semaines, le malade se rétablit... Pour achever sa guérison, où doit-on l'envoyer ? Les questions de la colonisation, de l'*open-door* se présentent.

Il existe d'autres catégories de sujets : des épileptiques, des alcooliques, des déments, etc. Où faut-il les soigner? On ne peut les laisser dans la salle d'alitement, à moins d'une maladie intercurrente. L'on a proposé pour ceux-là des asiles spéciaux d'alcooliques, d'épileptiques, etc.

L'aliéné sera donc traité à l'asile hôpital, dans un lit, pendant la période aiguë ; puis, suivant son état mental et physique, envoyé, soit dans une colonie, soit dans un asile d'épileptiques, de déments ou d'alcooliques, ou bien gardé en surveillance (aliénés dangereux, homicides, etc.).

Article II. — *L'isolement.*

I. — L'*isolement* est un des moyens les plus puissants du traitement des maladies mentales. Autrefois, lorsqu'on se préoccupait surtout de l'ordre public, les législations ordonnaient l'arrestation des aliénés qui troublaient la tranquillité. Au cours de notre historique, nous avons vu que la santé de l'aliéné n'intéressait pas beaucoup les autorités, et pas assez les médecins. L'internement et l'isolement étaient des mesures d'interdiction, ayant pour but de prévenir les actes dangereux des fous.

Esquirol (1) fut le premier à comprendre le bienfait de l'isole-

(1) Esquirol, *Des maladies mentales*, 1838, t. II, p. 743 et suivantes.

ment. Il fit sur ce sujet une étude magistrale que nous relisons avec fruit après plus d'un demi-siècle.

« L'isolement de l'aliéné consiste à le soustraire à toutes ses habitudes, en l'éloignant des lieux qu'il habite, en le séparant de sa famille, de ses amis, de ses serviteurs; en l'entourant d'étrangers; en changeant toute sa manière de vivre.

« L'isolement a pour but de modifier la direction vicieuse de l'intelligence et des affections des aliénés; c'est le moyen le plus énergique et, ordinairement, le plus utile pour combattre les maladies mentales. »

L'isolement est donc un traitement et non plus seulement une mesure.

« La plupart des individus, dit Griesinger (1), bénissent leur admission dans les asiles, et les avantages de cet isolement, qu'Esquirol avait le premier mis en relief, sont constatés, aujourd'hui, d'une manière tellement évidente par l'expérience de chaque jour, que la plupart des médecins et un grand nombre de gens du monde le reconnaissent parfaitement. »

L'isolement est nécessaire à trois points de vue. D'abord pour l'ordre public, comme le pensaient les anciens. Un aliéné n'est pas responsable de ses actes et il peut commettre des délits, même des homicides, sous l'influence de ses idées délirantes. L'un de nous (2) a rapporté le cas d'un paralytique général soigné dans sa famille. Un jour, il trompe la surveillance, court les rues de Paris et tue un concierge. La famille fut obligée de payer des dommages-intérêts.

Chacun sait que le fou le plus inoffensif peut à l'occasion devenir dangereux et le public ne conteste pas la nécessité du placement.

Pourtant les familles résistent, en général, à l'idée de l'internement d'un des leurs. C'est le point délicat. Cet effarement des familles est-il dû à la mauvaise réputation des asiles d'au-

(1) Griesinger, *Traité des maladies mentales*, trad. Doumic, 1865, p. 533.

(2) Paul Garnier, *Internement des aliénés*, Paris, 1898, p. 15.

trefois? Sans doute, l'appréhension serait-elle moindre si les affreux murs noirs faisaient place à la maison de santé d'aspect moins pénitentiaire et moins sinistre. Il y a aussi le préjugé; on s'imagine que la séquestration aggravera l'état des malades, que la séparation leur causera une grande douleur, que la guérison en sera compromise. Combien de mères, d'épouses, n'avons-nous pas entendues réclamer leur malade que « l'asile achevait », et qu'elles seules, à la maison, pourraient guérir!

C'est la tâche difficile du médecin de convaincre les parents et de soustraire l'aliéné au milieu et aux influences qui ont sans doute contribué à l'éclosion des troubles psychiques. Il faut répéter et faire entendre que le fou est un être égoïste, que les soins les meilleurs ne l'impressionnent pas au début de l'affection et ne hâtent nullement la guérison.

Le troisième point est le plus intéressant au point de vue médical. Il concerne directement le malade. Il faut isoler l'aliéné pour lui-même, pour le soustraire aux causes extérieures qui ont provoqué le trouble mental et le délire. Dans la famille, le malade résiste aux moyens curatifs, il n'accepte aucun régime, aucune hygiène.

Comme le dit Esquirol, l'isolement est indispensable :

1° Pour vaincre la résistance du malade à l'endroit des soins médicaux;

2° Pour le soumettre à un régime et à une hygiène que son état réclame;

3° Pour lui faire reprendre ses habitudes morales ou intellectuelles.

Voilà trois points qui nécessitent l'intervention énergique du médecin.

L'aliéné, qui conserve si souvent le sentiment de son état, perd rarement le souvenir de ses actions; il se rappelle tous les incidents qui ont signalé le début de sa maladie, ses écarts de conduite, ses emportements, ses actes de violence dont le souvenir l'attriste. Le regret, les remords sont exaltés par la présence des lieux témoins de ses égarements et par celle des

UNIVERSITY OF LEEDS.

personnes qui en ont été les victimes (Esquirol). Dans de telles conditions, il est impossible d'obtenir des résultats appréciables.

A l'asile, le malade, soustrait d'une façon subite à ses habitudes, éprouve au début un étonnement qui désorganise son délire et facilite la tâche du médecin; celui-ci peut, dès lors, donner une direction au traitement.

II. — Quelles sont les affections où l'isolement s'impose?

La nécessité d'isoler le malade, de changer son milieu, doit être générale pour toutes les psychoses dont le diagnostic révèle une évolution lente et un délire persistant. Citons les sages prescriptions d'Esquirol, qui ordonne la prudence pour conseiller l'isolement, ou le proscrire.

« Mais qui oserait assurer, dit-il, que l'isolement n'a jamais été nuisible; je répondrai franchement oui, l'isolement a nui quelquefois, parce qu'il est de la nature des choses que les meilleures ne soient pas toujours exemptes d'inconvénients. Que conclure? Qu'il ne faut pas en faire une application trop générale et trop exclusive, qu'il n'appartient qu'au médecin expérimenté de le prescrire.

« Tout individu qui a du délire ne doit pas être isolé; car, au début, l'aliénation mentale simule souvent le délire aigu et fébrile. Il est facile de s'en laisser imposer à cet égard, et l'erreur n'est point indifférente; elle compromet la santé du malade, elle expose le médecin à des regrets et au blâme. Lorsqu'on est appelé auprès d'un malade qui a du délire, il ne faut point se hâter de prononcer. Il m'est arrivé d'être appelé pour des cas semblables, et de m'être opposé à l'isolement qui paraissait très urgent, à cause de la violence du délire. »

Ainsi, quoique l'isolement soit considéré comme le premier soin à donner à l'aliéné, encore faut-il être extrêmement prudent dans l'intérêt du malade et de sa guérison.

Dans la *manie*, la nécessité est évidente; tous les auteurs, tous les aliénistes sont unanimes à déclarer que les maniaques

doivent être soignés à l'asile et la clinique en a démontré l'urgence.

Il n'en est pas de même pour la *mélancolie*. « On s'imaginerait, à tort, dit Guislain (1), que la séquestration dans une maison spéciale est rigoureusement exigée pour le traitement de tous les mélancoliques. Au contraire, je ne crains pas de le dire, on voit plus d'une fois l'état des malades s'aggraver malgré la bonne organisation de l'établissement. Il y existe souvent trop de tumulte, on y rencontre trop d'impressions pénibles; le malade, surtout les premiers jours de son admission, s'y sent désagréablement affecté. »

Leuret (2), au point de vue général, le reconnaît quelquefois nuisible.

« Pour les défauts de l'isolement, il faut avoir été témoin de l'ennui et du désespoir de quelques aliénés enfermés dans des maisons de santé et dans les hospices. » Allusion évidente aux mélancoliques dont l'intelligence est pervertie sur un point seulement, aux mélancoliques conscients...

De son côté, Ritti (3) écrit : « Avec la très grande majorité des médecins aliénistes, je n'hésite pas à conclure que, en dehors de quelques cas spéciaux excessivement rares, l'isolement dans un établissement spécial consacré au traitement des maladies mentales, est le premier traitement à appliquer aux affections mélancoliques. »

Nous sommes du même avis, surtout, parce que l'isolement, pour les psychoses aiguës, comprend aujourd'hui le traitement au lit. La plupart des inconvénients qu'on trouvait à l'internement sont supprimés, en effet, par la salle d'alitement.

L'isolement des mélancoliques n'en est pas moins une question fort délicate, car tous les sujets ne sont pas atteints

(1) Guislain, *Leçons sur les phrénopathies*, Gand, 1852, t. III, p. 15
(2) Leuret, *Du traitement moral de la folie*.
(3) Ritti, *Traitement des maladies mentales* in *Traité de thérapeutique appliquée* de Robin.

de dépression mélancolique au même degré. Dans la mélancolie simple avec conscience, sans obsession, l'isolement, quoique utile, n'est pas rigoureusement nécessaire. Weir Mitchell traitait par l'isolement et l'alitement les neurasthéniques, qu'on cherche à classer actuellement parmi les mélancoliques. Et l'on sait aujourd'hui que l'isolement réussit même dans les formes légères de la neurasthénie.

Les *persécutés*, délirants chroniques ou dégénérés persécutés, peuvent, à la rigueur, rester en liberté, tant qu'ils ne désignent pas leur persécuteur. L'isolement serait toutefois préférable, autant dans l'intérêt du malade que par mesure de prudence.

Les *dégénérés* ayant des *syndromes* épisodiques sont fort soulagés par l'isolement. Les impulsifs, les obsédés ne peuvent avoir le calme dans leurs familles, ni la force morale pour lutter contre leurs tendances morbides. A l'asile, sous la direction du médecin, le dégénéré trouve le réconfort psychique dont il a besoin. Au milieu des siens, un obsédé ne peut guérir; l'obsession devient, au contraire, plus tenace, plus insurmontable, exaspérée par les maladresses de l'entourage et par les préoccupations journalières du malade dont la volonté diminue.

Les *intoxiqués* délirants : alcooliques, cocaïniques et morphiniques, n'obtiennent guère que par l'isolement seul, le calme et le rétablissement de leur santé.

Quant au *délire hallucinatoire aigu* et à la *confusion mentale*, on a prétendu que le changement de milieu augmenterait la peur, la désorientation et la confusion qui les caractérisent.

Ce sont des craintes plutôt théoriques ; en réalité, les malades, après le saisissement des premiers moments, — qui n'est point une contre-indication, — se font à leur nouvelle existence.

D'ailleurs, les précautions, les soins assidus dont on doit entourer les malades au cours de l'affection, ou à la recrudescence du délire, au réveil cérébral, sont des indications formelles en faveur de l'isolement.

Les *hystériques* profitent très avantageusement de l'isolement. Les syndromes : crises, paralysies, contractures, etc., tendent à disparaître rapidement et la névrose même se modifie souvent sans l'intervention d'aucun médicament.

Les *épileptiques* à accès fréquents, comme les hystériques, en tirent de bons résultats. L'hygiène, la régularité de la vie, la diminution et la suppression des boissons alcooliques ne peuvent être réalisées que dans un asile. Aussi voit-on, par l'isolement, les crises diminuer d'intensité et de nombre.

Les *déments séniles*, qui ne présentent pas de délire, mais un simple affaiblissement, ne seront pas soumis à l'isolement ; c'est affaire aux familles ou à l'assistance publique de veiller sur eux. Mais si le dément offre du délire, des hallucinations, c'est encore l'isolement qui sera indiqué contre les bouffées délirantes, dues, en général, à de légères congestions cérébrales.

La *paralysie générale* est une démence organique. La thérapeutique échoue presque totalement sur la lésion inflammatoire du cerveau ; mais doit-on renoncer à l'isolement ? La décision appartient au médecin qui porte le diagnostic. Si c'est une forme mélancolique, avec pronostic grave, on peut céder à l'appréhension de la famille qui craint l'internement et veut garder le malade.

Mais, on doit pourtant insister pour l'isolement du paralytique, dans l'idée surtout d'obtenir une rémission. L'observation nous la montre assez fréquente chez les internés, et très rare chez les malades soignés dans leurs familles, où les causes

de surexcitation sont nombreuses et bien peu propres à produire une accalmie des centres.

Pour les *idiots*, les *imbéciles*, l'isolement dépend de l'état du sujet. Aujourd'hui, ces sujets sont soumis à un dressage pédagogique. Les parents ne peuvent leur donner cette éducation; il faut donc les placer dans des services spéciaux

III. — Quand faut-il isoler l'aliéné?

Généralement, les malades arrivent à l'asile tardivement, parfois six mois et plus après l'éclosion des premiers troubles psychiques. La famille espère toujours que ces troubles s'atténueront, disparaîtront, « que cela ne sera rien ». Le temps s'écoule, le délire s'installe, les conceptions deviennent de plus en plus systématiques, et le malade arrive enfin à l'asile; mais la chronicité est déjà à redouter. C'est la faute des parents, mais c'est aussi, bien souvent, celle du médecin traitant qui ignore l'évolution des psychoses, temporise et médicamente, en conseillant la patience.

Lasserre (1) a recueilli des chiffres démonstratifs sur les avantages de l'isolement précoce et les inconvénients de l'isolement tardif.

La démonstration porte sur un chiffre respectable de 1771 aliénés : sur ce nombre, 759 ont été admis à l'asile de Blois, de 1854 à 1863; 557 à l'asile de Bordeaux, et 455 à l'asile de Niort (1866 à 1870).

Asile de Blois (1854 à 1863).

Durée de la maladie avant l'entrée.	Entrées.	Incurables.	Curables.	Guéris.
Moins de 3 mois.	226	13	213	164
De 3 mois à 1 an.	106	35	71	50
De 1 an et au-dessus.	210	175	35	24

Les deux tiers des malades isolés à l'asile de Blois, dans les trois premiers mois de leur affection, ont guéri.

(1) Lasserre, *Étude sur l'isolement considéré comme moyen de traitement dans la folie*, Thèse de Paris, 1872.

Asile de Bordeaux (1866 à 1870).

Durée de la maladie avant l'entrée.	Entrées.	Incurables.	Curables.	Guéris.
Moins de 3 mois.	172	33	139	107
De 3 mois à 1 an.	114	78	36	27
De 1 an et au-dessus.	192	183	9	4

Asile de Niort (1866 à 1870).

Durée de la maladie avant l'entrée.	Entrées.	Incurables.	Curables.	Guéris.
Moins de 3 mois.	110	9	101	86
De 3 mois à 1 an.	101	59	42	31
De 1 an et au-dessus.	148	128	20	8

IV.—Où faut-il pratiquer l'isolement? L'aliéné sera-t-il convenablement isolé dans sa famille ou à la campagne? La maison de santé ou l'asile public seront-ils préférables?

A domicile, au sein même de la famille, l'isolement n'est jamais complet et le malade ne profite pas de la séquestration.

Si quelques-uns, mais bien rares, tirent avantage des soins donnés à domicile, la grande majorité des aliénés est absolument rebelle à toute tentative de traitement dans la famille.

D'ailleurs, l'isolement dans l'habitation commune n'est pas logique. L'aliéné se sait chez lui, et il faut d'abord, insiste Esquirol, changer le milieu habituel du malade.

On a essayé de l'*isolement dans une maison de campagne*. C'est peu pratique et coûteux. Il faut des gardiens expérimentés qui exercent une surveillance assidue. Il faut aussi que la maison s'y prête ; une salle de bains est indispensable. Et malgré tout le confort qu'on peut apporter dans une telle installation, en dépit des soins les plus minutieux, le résultat ne sera que médiocre, et aboutira souvent, tôt ou tard, à l'isolement dans l'asile.

Dans la maison de campagne, l'esprit de discipline ne peut exister, les règles hygiéniques ne sauraient être observées rigoureusement et le malade, ne se voyant entouré que de

UNIVERSITY OF LEEDS.

quelques inconnus, se croira séquestré. Les idées de persécution, si elles existent, se confirmeront et augmenteront; si elles n'existent pas, cet isolement les fera peut-être naître.

A l'asile, l'aliéné se voit entouré d'autres malades, couchés comme lui dans des lits; il assiste au service médical (visite à heure fixe par le médecin et ses aides, contre-visite, etc.). Le premier saisissement passé, si son état mental le permet, il se rend compte qu'il se trouve dans un hôpital.

Il existe des *maisons de santé privées*, les unes pour les maladies nerveuses et les autres pour les maladies mentales. Les premières ne sont pas de la catégorie des asiles d'aliénés, mais les secondes sont de véritables asiles privés, ayant la même organisation du service médical et administratif. Si l'agitation ou la dépression du malade n'est pas très forte, s'il n'a pas d'idées de suicide ou d'homicide, on peut le soigner dans une de ces maisons spéciales pour maladies nerveuses. On n'y est pas considéré comme interné. Mais, dès que le médecin traitant constate l'apparition de troubles psychiques graves, il doit immédiatement faire transférer le malade dans un service spécial.

Certaines maisons de santé sont mixtes, avec deux services bien isolés et indépendants : l'un pour les nerveux, l'autre pour les aliénés. Au cas d'aggravation des symptômes psychiques, quand l'internement s'impose, le transfert est facile, en établissant par un certificat régulier l'état du malade et la nécessité de l'isolement. Le procédé est si commode, même, qu'il pourrait fournir l'occasion d'abus dangereux, au point de vue de la liberté individuelle, si ces transferts n'étaient pas étroitement surveillés par l'autorité administrative.

On a beaucoup parlé du *traitement des aliénés dans des familles étrangères*, dans des colonies agricoles. Ce n'est plus l'isolement dans toute l'acception du mot, et ce mode de traitement n'est pas applicable aux psychoses aiguës.

Il ne reste donc de vraiment efficace pour les aliénés, dans la plupart des cas, que l'asile ou la maison de santé privée.

Ce n'est guère que dans un établissement spécial qu'on peut faire œuvre utile et avoir l'espoir de guérir l'aliéné.

Pour les névroses : neurasthénie, chorée, etc., l'hôpital peut convenir, à condition que le sujet soit isolé dans une chambre, qu'il ne soit en rapport ni avec ses voisins de lit ni avec les personnes du dehors, tant que l'isolement n'a pas produit son effet.

V. — Pour l'admission d'un aliéné dans une maison spéciale, la loi du 30 juin 1838 réclame un certificat médical ainsi conçu :

« Je soussigné, docteur en médecine, certifie que M. (nom, prénoms, âge, domicile) est atteint (diagnostic, description détaillée des symptômes en signalant les actes commis sous l'influence du délire, notamment les violences : homicide, tentative de suicide). En conséquence j'estime qu'il est nécessaire de placer M. dans un établissement spécial pour y être traité et surveillé ainsi que l'exige son état.

Date, signature, adresse.

Ce certificat, sur papier timbré (ou sur papier libre pour les indigents, en indiquant qu'il a été délivré gratuitement), doit être légalisé, à Paris, par le commissaire de police du quartier où habite le médecin et, dans les départements, par le maire.

Il faut y joindre une demande d'admission faite par un membre de la famille ou par un ami. Cette demande doit renfermer les nom, prénoms, âge et adresse du malade et du mandataire ; elle sera également légalisée par le commissaire de police ou par le maire.

Il faut, de plus, une pièce constatant l'identité du malade.

Ce placement est dit *volontaire*. Il est surtout pratiqué pour les maisons privées. Pour les asiles publics, le malade doit avoir son domicile de secours dans le département.

Le placement est dit d'*office* lorsqu'il y a intervention de l'autorité administrative. Dans ce cas, les familles ne

UNIVERSITY OF LEEDS.

peuvent réclamer la sortie des malades (comme cela peut se faire quand il s'agit du placement volontaire), sans le consentement du médecin, déclarant que l'état du malade permet cette mesure, et cela, tant pour les asiles publics que pour les asiles privés.

Article III. — *Le non-restreint.*

L'application du *non-restreint* doit-elle être encore en question à l'aube du xx^e^ siècle, alors qu'on met en pratique l'alitement dans les psychoses, et qu'on discute devant les sociétés médicales le système de l'*open-door*?

Le non-restreint, quelques psychiâtres modernes n'osent encore essayer, est d'application ancienne. C'est trente ou trente-cinq ans après les réformes de Pinel, que Conolly l'innova.

En 1839, Conolly, le réformateur anglais, fut nommé médecin de l'asile Hauwell, dans le comté de Middlesex. C'était un asile de huit cents malades (hommes et femmes), jusqu'alors dirigé par Ellis, qui l'avait rendu célèbre par son activité et ses travaux. Ellis, pourtant, n'était pas parvenu à améliorer sensiblement le sort des malades.

Dans d'autres asiles anglais, avant Conolly, on avait tenté de faire disparaître les chaînes qu'on nommait *mechanical restraint*. Gardiner Hill, médecin de l'asile de Lincoln, Charlesworth, du même asile, avaient inauguré un traitement plus scientifique. Lincoln avait été le théâtre des premiers essais de réforme. Mais les mesures restaient localisées.

Conolly alla s'instruire à l'asile de Lincoln et, en prenant la direction de l'asile Hauwell, il s'empressa de mettre en application le *non-restreint*. Une enquête préliminaire, proposée et opérée par les magistrats du Middlesex, avait déjà ouvert la voie à Conolly et facilité sa tâche. Néanmoins, Conolly raconte qu'en prenant possession de son service. l'emploi des moyens de restriction était oin d'être limité aux cas de manie violente :

« Énumération faite des divers instruments de contrainte usités en cet asile, on n'en comptait pas moins de six cents de toute espèce, dont la moitié, au moins, consistait en manchettes et autres instruments destinés à empêcher le mouvement des bras et des mains. Les infirmiers et infirmières abusaient, comme toujours, et pour les motifs les plus frivoles, de la latitude qui leur était laissée d'employer ces moyens de coercition ; leur principal but était de s'épargner les embarras d'une surveillance plus active. »

Dès que la réforme fut établie, le comité de surveillance put en constater les heureux résultats pour l'amélioration du sort des malades. La nourriture fut plus abondante et de meilleure qualité ; les salles furent ventilées, éclairées, aérées ; le nombre des infirmiers fut augmenté et la surveillance rendue plus active et plus facile. Les cours où les malades se promenaient furent également gardées. Les vêtements changèrent de mode avec le régime et l'asile devint, enfin, un hospice.

La réforme du non-restreint avait fait craindre une augmentation sensible du nombre des suicides et des accidents. Il n'en fut rien ; au contraire, les furieux devinrent plus calmes ; les suicides diminuèrent !

Quand on garrottait les aliénés à idées de suicide, on entravait la guérison de cette catégorie de malades qui comptent parmi les plus curables ; en les ligotant, on hâtait la chronicité de l'affection. En les laissant sans entrave mécanique, mais en les soumettant à une surveillance vigilante et continue, on parvient généralement à les empêcher de mettre leurs idées de suicide à exécution.

Le non-restreint appliqué aux malades agités, furieux, semblait presque un paradoxe ; Conolly eut le courage de l'affronter et en tira profit. Il rapporte des exemples de malades camisolés depuis longtemps, attachés à des fauteuils, qui se sont calmés dès qu'on leur a donné la liberté de se mouvoir, d'aller et venir.

Faut-il rappeler le fait suivant, curieux et instructif :

En 1847, Battel, ancien administrateur des hospices de Paris, visitait l'asile de Bicêtre avec le fils du Dr Conolly. Un aliéné violent, attaché depuis plusieurs jours sur le fauteuil de force, vociférait d'une manière incessante et la salle, dans laquelle il était retenu, retentissait de ses cris formidables. Le surveillant de service déclarait qu'on ne pouvait sans danger le laisser libre de ses mouvements. L'administrateur demande alors à Conolly ce que ferait son père à un tel malade, confié à ses soins. « Il ferait, répondit le jeune homme, ce que je vais faire moi-même, si vous voulez me le permettre, il couperait immédiatement les liens de cet infortuné et le laisserait à ses impulsions en le faisant convenablement surveiller. »

Cette tentative valait d'être essayée. Le malade fut aussitôt détaché. A peine affranchi de ses entraves, il se promena dans le préau de la façon la plus inoffensive, adressant de vifs remerciements à ceux qui l'avaient délivré de la torture à laquelle il était soumis. Quinze jours après, il sortait guéri de l'asile (1).

Le non-restreint était déjà appliqué en Angleterre, quand Guislain (2) l'établit dans son service et en parla dans ses leçons (1850-1852). « On ne saurait méconnaître, disait-il, qu'on a abusé de l'isolement cellulaire, et, sans rappeler l'usage des corsets, des menottes en fer, admis autrefois dans la plupart des maisons de fous, il n'est pas d'établissement où les chefs ne doivent veiller constamment à ce que l'on ne recoure pas trop souvent aux divers agents coercitifs. »

« Dans les maisons d'aliénés bien organisées, ces moyens ne trouvent qu'une application rare et exceptionnelle, alors surtout qu'on a à sa disposition des gardiens capables de se faire aimer et respecter tout à la fois. Cela est si vrai que, dans nos établissements, sur une population d'environ 500 aliénés, on ne trouve pas, au moment actuel, un seul d'entre eux qui soit isolé dans une cellule et qu'on n'y ren-

(1) Morel, *Le non-restreint*, Paris, 1860, p. 45.
(2) Guislain, *Leçons sur les phrénopathies*, Gand, 1852, t. III, p. 226.

contre pas quatre malades à l'égard desquels on ait usé de tout autre moyen de contrainte. »

Samuel Tucke évaluait à 5 p. 100 le chiffre des malades soumis à des procédés coercitifs, dans l'établissement des Quakers, près d'York. Guislain estimait qu'avec une surveillance plus active on pourrait encore abaisser ce chiffre jusqu'à 2 p. 100.

En France, Esquirol, avant même qu'il fût question du non-restreint en Angleterre, écrivait ces lignes bien remarquables : « Les maniaques ne doivent pas être retenus dans leur habitation, encore moins *attachés* dans leur lit. L'exercice est un besoin instinctif pour eux. S'ils ne sont que bruyants, il faut les laisser au grand air, se livrer à toute leur mobilité, s'abandonner à toutes leurs vociférations, à toutes leurs extravagances, exhaler, épuiser leur fureur.

« On n'aura recours aux moyens de répression que lorsque les maniaques peuvent courir quelques risques de la vie par leur imprudence ou compromettre celle des autres par leurs emportements; encore la répression ne doit-elle être que momentanée. Quant à ceux qui, pendant la nuit, ne veulent pas rester dans leur lit, s'ils ne cherchent pas à se faire de mal, il vaut mieux les laisser libres que de les contraindre... Depuis qu'on ne tient plus les aliénés renfermés, depuis qu'on leur laisse toute la liberté compatible avec leur propre sûreté, le nombre des maniaques furieux a beaucoup diminué. »

On oublie trop ces pages quand on parle du non-restreint ; il faut se rappeler qu'Esquirol, sans en faire un système applicable à tous les aliénés, rejetait les moyens de contrainte.

Brierre de Boismont (1), qui fut parmi les premiers à écrire sur le non-restreint, ne l'appliqua pas. Son étude fut théorique; il se déclara peu partisan du système et critiqua sévèrement les nouvelles méthodes employées en Angleterre.

(1) Brierre de Boismont, *Ann. méd. psych.*, 1844, t. III, p. 138 et suivantes. — *Observations pratiques sur le rapport des commissaires inspecteurs des établissements d'aliénés en Angleterre* (*Ann. d'hygiène*, 1845, t. XXXIV, p. 466).

Le non-restreint pénétrait difficilement dans les asiles français. Le département de la Seine-Inférieure envoya Parchappe (1849), médecin en chef de l'asile de Saint-Yon, en mission scientifique en Angleterre ; mais, l'ouvrage où Parchappe exposait ce qu'il avait observé (1) resta dans les bibliothèques.

En 1853, une commission partit, de nouveau, en Angleterre, dans le même but scientifique d'étudier de près les asiles anglais. Elle était composée de Deboutteville, directeur de l'asile de Saint-Yon, Mérielle, médecin en chef, d'un architecte et d'un chef de division de la Préfecture.

Tous ces efforts provenant d'un asile de province n'avaient pas de répercussion dans la capitale.

En 1856, on s'occupait déjà de mettre à exécution, à l'asile de Saint-Yon, l'idée de Parchappe, de convertir les cellules en dortoirs : cette modification devait adoucir l'état de violence et l'agitation des malades. L'essai en fut fait dans un seul quartier ; le résultat ayant été satisfaisant, la suppression des autres cellules fut décidée et accomplie.

On voit que, dès 1856, dans un asile de province, on supprimait les cellules, tandis qu'en 1896 on parlait d'en reconstruire à l'asile de Villejuif, quartier des femmes.

En 1858, Morel, médecin en chef de ce même asile Saint-Yon, partit encore une fois pour étudier la question du non-restreint, dont on parlait si fort à l'étranger. Il revint de son voyage en Angleterre avec une étude approfondie, qu'il lut devant la commission de surveillance (2). Morel, qui avait vu de près l'application du nouveau système, en devint un partisan convaincu.

Laissons parler Morel des cellules et de leurs inconvénients et n'oublions pas qu'un demi-siècle nous sépare de lui.

« Placées (les agitées en cellules) en dehors de toute sur-

(1) Parchappe, *Des principes à suivre dans la fondation et la construction des asiles d'aliénés*, Paris, 1849.

(2) Morel, *Le non-restreint*, Paris, 1860.

veillance de nuit, elles se livraient sans peine à leur agitation et à leurs emportements. Si un grand nombre d'entre elles avaient la camisole pendant le jour, il est évident que la nécessité de ce moyen coercitif était réclamée d'une manière plus impérieuse pendant la nuit. Il fallait empêcher beaucoup de ces malades de se lever, de se coucher sur les dalles, de frapper aux portes de leurs cellules ou de se livrer à leurs instincts malfaisants. »

Morel abolit les cellules et n'en conserva que quelques-unes mieux appropriées à leur destination, pour les aliénées criardes par tempérament, ou ayant des exacerbations périodiques.

Les malades ne sortaient jamais de l'enceinte de Saint-Yon. Morel obtint l'autorisation de les promener au dehors et cette épreuve donna satisfaction.

L'asile de Saint-Yon était, déjà, en bonne voie d'amélioration, quand le grand aliéniste alla visiter les asiles anglais et en revint très satisfait. « J'ai cherché à me préserver de tout enthousiasme irréfléchi. Je ne me suis pas proposé de demander l'application immédiate de ce que j'avais vu et admiré en Angleterre. J'ai dû faire la part des difficultés spéciales, inhérentes à l'asile que nous habitons et à l'augmentation incessante de nos aliénés. »

Morel, néanmoins, améliora le sort de ses malades. Sur un total de 815 à 820 aliénés, la camisole ne fut plus employée que pour 5 ou 6.

D'ailleurs, Morel ne fut pas le seul à reconnaître les avantages du non-restreint. La question était très discutée par les uns et les autres (1).

Baillarger en parla à son tour (2). Il ne blâmait pas l'emploi du non-restreint, mais le critiquait en ce sens qu'on néglige, par cette méthode, les bains chauds prolongés.

La plupart des aliénistes français approuvaient les moyens

(1) *Ann. méd. psych.*, de 1860 à 1865.

(2) Baillarger *in* Griesinger, *Traité des maladies mentales*, trad. de Doumic, Paris, 1865, p. 559 et 560.

de douceur et proscrivaient l'usage des liens, attaches et autres moyens coercitifs. Cependant, quelques-uns, entre autres Pain (1), croyaient que l'abolition absolue de la camisole de force était un rêve.

Vers 1867, Magnan démontra les inconvénients de l'usage de la camisole et, depuis 1877, il n'a cessé de pratiquer le non-restreint dans toute sa rigueur, dans son service de l'admission de Sainte-Anne, service si intéressant où les malades arrivent en grande quantité pour être répartis dans les autres asiles et s'y présentent dans toute la fraîcheur de leur délire, en pleine excitation, ne voulant souvent subir aucune autorité, se soumettre à aucun traitement. Magnin a pu supprimer radicalement la camisole sans jamais observer de fureur maniaque, sauf dans quelques cas rares de délire épileptique.

Il est juste de dire que les quelques partisans de la camisole notent, aussi, les sages précautions qu'on doit adopter pour son emploi, et la grande réserve avec laquelle il faut en user.

En reconnaissant qu'on doit prendre toutes les précautions possibles, qu'on doit surveiller le malade camisolé comme s'il ne l'était pas, ils admettent, par là même, que la camisole a des inconvénients flagrants et qu'en dépit de tous leurs soins, des accidents peuvent survenir.

Puisque le malade camisolé réclame autant de surveillance, pourquoi ne pas le laisser libre ? La pratique a démontré que les aliénés mis en liberté, sans aucune entrave, sont beaucoup moins agités que les malades camisolés.

D'ailleurs, combien d'excités ont trouvé le moyen d'ôter leur camisole pour se tuer ou tuer le voisin ! La camisole rend le malade plus furieux, plus agité ; elle est pour l'infirmier le prétexte à de graves négligences, à un relâchement de la surveillance.

(1) Pain, article *Camisole* in *Dict. de médecine* de Jaccoud.

La camisole n'est pas le seul moyen de contention auquel on ait recours dans les asiles. Il en est un qui a moins attiré l'attention. Il s'agit du tablier en cuir, ou toile dure, qui recouvre la baignoire de l'agité. Ce tablier a deux fins ; s'opposer à ce que le malade sorte de la baignoire, et l'empêcher d'en vider l'eau. Mais, en dehors de ces deux avantages, il a des inconvénients tellement graves et sérieux, qu'on ne doit pas hésiter à le reléguer au grenier historique à côté des fauteuils de force, des caisses en osier, etc. Le tablier en cuir fait éluder la surveillance ; l'infirmier sachant son malade cloisonné dans la baignoire ne veille plus sur lui, tandis qu'il peut se congestionner, se brûler, avoir des attaques. Le gardien, pendant ce temps, lit son journal. C'est le premier abus. Puis, pour changer l'eau, augmenter la température, la main de l'infirmier ou le thermomètre ne pouvant atteindre l'eau, on se contente souvent d'une température approximative.

Pour remédier à cet inconvénient, on a imaginé des appareils de chauffage assez combinés, avec sonnette électrique, etc., mais rien n'est capable de remplacer le thermomètre mis à l'eau directement, au moment où l'on ouvre le robinet d'eau chaude. Les accidents de brûlure arrivés par mégarde ou mauvais fonctionnement ne sont malheureusement pas rares. Il y a plus : le malade, dont la tête seule émerge du tablier, peut se masturber, se barbouiller de ses matières fécales, etc.

Il faut donc aussi supprimer le tablier et laisser le patient dans le bain, sans couvercle, avec un ou deux infirmiers à ses côtés. Les plus agités s'habituent bientôt au bain, et n'essaient plus de s'y soustraire.

Il est temps de se demander comment l'on peut agir contre les maniaques, si l'on supprime toute contention mécanique ; la réponse est nette : par l'alitement.

Article IV. — *L'alitement.*

L'idée de l'alitement des aliénés n'est pas nouvelle, quoique d'application récente. Nous l'avons vu déjà, Cœlius Aurélianus (1) traitait la manie par le repos au lit.

C'est Guislain (2), qui préconisa, le premier, l'alitement dans les psychoses, comme une des grandes ressources du traitement. « On ne saurait imaginer, dit-il, combien le décubitus prolongé facilite chez les aliénés le retour au calme. »

Hagen (1853) était d'avis (3) qu'il fallait faire coucher tous les mélancoliques sans exception. Schlager (4) (1861), Griesinger (5) (1861), Kœppe, les alitaient également.

L'impulsion était donnée; les travaux se succédèrent en Allemagne. Mais, c'est Ludwig Meyer (6) qui organisa le véritable traitement méthodique. C'est en 1860, à Hambourg, qu'il inaugura le « *bettbehandlung* ».

Brosius (7) se montra un fervent défenseur du système. Puis, Snell (8) (1871), Eschenburg (9)(1874), Scholtz (10)(1879), publièrent des travaux. Fürstner (11) (1878) recommande l'alitement dans l'alcoolisme. Albrecht Paetz (12), à Alt-Scherbitz (1880), et Roller (13), à Johannisberg, en 1883, inaugurent des services d'alitement.

(1) Falk, *Allg. Zeits. f. Psych.*, Band XXIII, s. 439.
(2) Guislain, *Les phrénopathies*, Gand, 1852, t. III, p. 22.
(3) Hagen, *Allg. Zeits. f. Psych.*, t. X, p. 60 à 64, 1853.
(4) Schlager, *Allg. Zeits. f. Psych.*, t. XVIII, p. 129.
(5) Griesinger, *Traité des maladies mentales*, p. 548, 565.
(6) L. Meyer, *Allg. Zeits. f. Psych.*, t. XX, p. 542. — *Therap. Monatschefte*, 1887, p. 165.
(7) Brosius, *Irrenfreund*, 1862, nº 6.
(8) Snell, *Allg. Zeits. f. Psych.*, t. XXIX, p. 108.
(9) Eschenburg, *Rapport sur l'asile d'aliénés de Lubeck*, 1874-1878.
(10) Scholtz, *Allg. Zeits. f. Psych.*, 1888.
(11) Fürstner, *Allg. Zeits. f. Psych.*, t. XXXIV, p. 184.
(12) Paetz, *Rapports de l'asile d'aliénés provincial, domaine seigneurial d'Alt-Scherbitz*, 1880.
(13) Roller, *La maison de santé de Johannisberg*, 1883.

D'Allemagne, le traitement des aliénés au lit se propage dans les autres pays.

En *Suisse*, où il se répand rapidement, sous l'impulsion des médecins recrutés en Allemagne, Rabow (1), élève de L. Meyer, Burckardt, mettent l'alitement en pratique dès 1882.

En *Autriche*, signalons Krayatch (2), qui en a, dit-il, obtenu d'excellents résultats ; Krafft-Ebing, qui loue la méthode sans la mettre en application.

En *Russie*, on ne constate quelques tentatives qu'à partir de 1892, par Timoféiew (3), Bekthérew (4) (1896), et ses deux assistants, Trapeznikow (5) et Ossipow. Le professeur Korsakow et ses élèves ont également essayé le nouveau système, et en ont été satisfaits.

En *Angleterre*, les aliénistes se montrent peu enthousiastes. Plusieurs le combattent (Rayner, Yellowlees, Andriezen, Savage). Clouston (6) le range parmi les moyens de contrainte. Seul, Batty-Tuke (7) soutient l'alitement et le prescrit dans les cas d'agitation.

En *Amérique*, Weir Mitchell (8) le conseille dans les états neurasthéniques, en y ajoutant le massage et l'hydrothérapie. En 1883, Hurd (9) y recourt dans les cas de mélancolie.

En *France*, ce n'est que fort tard qu'on applique l'alitement

(1) Rabow, *Berlin. Klin. Woch.*, 1876, n° 23.
(2) Krayatch, *Jahrbücher f. Psych.*, t. XIII, 1895.
(3) Timoféiew, *Arch. de psych.* (en russe), t. XIX, n° 3, p. 117, 1892.
(4) Bekthérew, *Neurologisches Centralblatt*, 1897, p. 522.
(5) Trapeznikow, *Wratch*, n° 33, 1897.
(6) Clouston, *The Journ. of mental Science*, octobre 1898.
(7) Batty-Tuke, *The Journ. of mental Science*, octobre 1898.
(8) Weir Mitchell, *Du traitement des affections nerveuses par le repos*, 1875.
(9) Hurd, *Alienist and Neurologist*, 1883.

pour le traitement des aliénés. J.-P. Falret (1), dès 1864, en reconnaît les bienfaits; il considère les mélancoliques comme des malades souffrant physiquement et propose de les soigner dans les infirmeries.

Belle et Lemoine (1888) déclarent que l'alitement est un adjuvant applicable dans la mélancolie. Ball (1890) ne se prononce pas. Cullerre et Régis reconnaissent bien qu'il est conseillé par quelques auteurs, mais personne n'ose l'essayer. Sérieux, à la suite de plusieurs visites dans les asiles allemands, cherche, le premier, à vulgariser le nouveau système. C'est Magnan qui l'inaugura dans son service de l'admission, à l'asile Sainte-Anne, au mois d'avril 1897.

L'un de nous en parle dans son dernier ouvrage : « De temps à autre, le maniaque, échappant à l'infirmier en permanence auprès de lui, s'évade du lit; on l'y replace sans beaucoup de lutte. La plupart des malades, au bout de quelques jours, semblent influencés par cette consigne de rester au lit et s'y maintiennent plus qu'il n'eût paru légitime de le penser, considération prise de leur état d'extrême agitation. Ils sentent là, dirait-on, comme un point d'attache et l'habitude deviendrait ici une sorte de camisole morale (2). »

Depuis, les différents services de la Seine ont suivi le mouvement.

Dans un article sur l'alitement (3), nous avons passé en revue les maladies mentales et nerveuses ressortissant à ce mode de traitement.

Avant d'aborder la question du milieu, de l'endroit même où l'alitement doit être appliqué, il y a lieu de noter que le traitement au lit de l'aliéné agité, qui semble paradoxal, est très bien supporté par les sujets les plus agités. Il suffit d'avoir

(1) Falret (J.-P.-F.), *Des maladies mentales et des asiles d'aliénés.* Introduction, p. LVI.

(2) Paul Garnier, *Internement des aliénés, Thérapeutique et législation*, Paris, 1898.

(3) Paul Garnier et P. Cololian, *L'alitement dans les maladies mentales et nerveuses* (*Gaz. des Hôpitaux*, 9 octobre 1900).

vu une salle d'alitement pour être persuadé que ce traitement est, non seulement possible, mais d'une exécution relativement facile. Les agités font d'abord quelques difficultés ; puis, ils s'y habituent aisément. Théoriquement, il ne semble pas qu'un agité puisse rester dans un lit; en pratique, cela est.

Le milieu. — La salle où l'on entreprend l'alitement doit être, autant que possible, au rez-de-chaussée, entourée de jardins. Ce sont des conditions secondaires, si l'on n'a pas le choix de l'emplacement ; mais, il est essentiel que cette salle soit grande et exposée au soleil, avec une température égale nuit et jour. Les bouches de chaleur seront placées loin des lits, de sorte que l'air chaud ne tombe pas directement sur les malades. La ventilation devra être constante et très surveillée.

Les lits seront suffisamment éloignés les uns des autres, pour qu'on puisse facilement approcher des malades, et que ceux-ci ne puissent se toucher. Ces lits ne doivent pas être élevés. Construits en fer, ils seront matelassés du côté de la tête pour éviter toute blessure. Les matelas ne seront pas trop durs ; les draps et les couvertures seront toujours propres et en nombre suffisant pour être changés fréquemment. L'ensemble du lit, avec couvre-pieds, ressemblera autant que possible à un lit ordinaire. Rien ne doit, si faire se peut, rappeler au malade la prison ou l'asile de fous. Il faut, dans ce but, meubler la salle ; on y disposera des tables de nuit, à côté de chaque lit, avec des tapis de pieds, des chaises, des fauteuils, une table, des vases de fleurs, des plantes d'appartement, des rideaux blancs, des tableaux aux murs, des glaces même...

A côté de la salle principale, il y aura une ou deux chambres d'isolement, pour y faire coucher, la nuit, les malades trop agités, ou les déments qui empêcheraient les autres de dormir. La salle de bains et de douches doit être à proximité, ainsi que les lavabos et cabinets d'aisance.

Technique. — La salle d'alitement étant ainsi agencée, on peut commencer le traitement. La première difficulté est d'habituer le malade à rester au lit. Les premiers jours sont seuls difficiles. Comment s'y prendre?

La plupart des patients s'y résolvent assez bien, heureusement. Comme Schmidt (1), nous avons observé que les hommes sont plus dociles, les femmes plus réfractaires.

Si le malade ne reste pas couché, il faut user d'abord de persuasion, tâcher de le convaincre qu'il est malade, qu'il a la fièvre, que son état exige le repos au lit. Il faut lui fournir des distractions, des journaux (Neisser). Dans les cas difficiles, on placera, près du lit, un gardien qui tâchera de persuader au malade d'y rester, et n'interviendra qu'au cas où il se découvrirait ou voudrait se lever. Jamais les gardiens ne doivent violenter ou bousculer le malade; la plus grande douceur doit être recommandée. Si le malade a une crise d'agitation furieuse, on l'isole momentanément dans une des salles contiguës. Il ne saurait plus être question, ni de liens, ni des autres moyens de contention. Si les procédés indiqués ne suffisent pas, on a recours aux bains prolongés, d'une et de deux heures, ou aux sédatifs. Mais, généralement, les malades se calment vite, assez du moins pour rester au lit.

Autant que possible, le sujet doit rester *couché* et non assis. C'est surtout par le décubitus horizontal qu'on peut obtenir l'apaisement (Roller, Paetz). Tous les jours, il quittera son lit, si son état le permet, pour faire une promenade en plein air. Au début, on peut le laisser constamment au lit; plus tard, la promenade deviendra nécessaire. Pendant cette sortie dans le jardin, on nettoie, on aère largement la salle.

Les malades alités s'alimentent au lit; s'ils sont trop agités, un infirmier les fait manger; plus tard, ils s'alimentent seuls;

(1) Schmidt, *Einige Bemerkungen über die Sorauer Anstalt* (*Allg. Zeits. f. Psych.*, t. LI, p. 213).

pendant la convalescence, ils se lèvent pour aller à table et se recouchent ensuite.

On doit donc exiger, au début, l'alitement permanent, l'atténuer progressivement, et laisser, enfin, le malade au lit seulement dans la matinée.

La *durée* de l'alitement est très variable. Dans quelques cas (délires alcoolique, hystérique, épileptique), quelques jours, quelques heures même de repos au lit suffisent ordinairement pour rétablir le calme.

Guislain conseillait de laisser les malades au lit pendant les deux ou trois premiers mois de l'affection. Fürstener se base sur le poids du corps. Meynert et Neisser recommandent de le continuer pendant dix semaines au moins. Levtchakine est d'avis que la durée du séjour au lit doit osciller entre deux semaines et huit mois.

Nous croyons, pour notre part, qu'il ne peut exister de règle quant à la durée; l'état du sujet doit surtout guider; le bon sens médical fera le reste. Quand l'affection se prolonge, lorsque la nutrition générale se modifie, et que les symptômes psychiques ont perdu de leur vivacité, on peut faire lever le malade, sauf à le recoucher plus tard, si un nouvel accès d'agitation se manifeste.

Effets physiologiques. — *Circulation.* — Depuis Guislain jusqu'à nos jours, tous les médecins qui ont mis l'alitement en application se sont intéressés surtout au côté clinique de la question, délaissant un peu le côté physiologique, de sorte que si on connaît bien les effets physiologiques de l'exercice, on a peu de renseignements sur les résultats de l'alitement.

Guy (1), médecin anglais, a constaté que le pouls baissait dans le décubitus dorsal. Il a observé cent cas. Chez ces cent individus, âgés de vingt à cinquante ans, le pouls bat en moyenne 70,05 pulsations, dans la position assise, et 66,62 dans le décu-

(1) Cité par Fonssagrives article *Alitement* in *Dict. Dechambre.*

bitus dorsal. Il a continué ses recherches chez des femmes du même âge et a trouvé la proportion de 81,98 à 80,24; tandis que chez des enfants de onze à quinze ans, elle était de 91 à 90. Fonssagrives a remarqué une diminution de 5 à 6 pulsations dans le décubitus. Weir Mitchell relève une diminution de 20 pulsations; Rœhrich (1), un abaissement de 4 à 8 battements.

La diminution du nombre des pulsations artérielles, notée par les auteurs, agit sur la circulation périphérique. Dans la position horizontale, la circulation se fait plus librement, le sang veineux des membres inférieurs arrive plus facilement au cœur, et cette position supprime l'action de la pesanteur. Il en résulte une plus large irrigation du cerveau. C'est de cette explication physiologique que semblent découler les avantages obtenus dans la mélancolie. On sait que, dans cette maladie, la circulation périphérique se fait péniblement et que les œdèmes et cyanoses des extrémités sont fréquents. La position horizontale supprimant l'action de la pesanteur du sang, la circulation se fait plus aisément.

Lacombe a observé que l'alitement relevait la pression artérielle.

Respiration. — Le décubitus dorsal ralentit les mouvements respiratoires. D'après Viault et Jolyet (2), le nombre des respirations est de 23 par minute chez l'homme sain, debout, 19 chez l'homme assis, et 13 chez l'homme couché.

La température centrale baisse dans l'alitement [Lacombe (3)].

Nutrition. — Les effets sur la *nutrition générale* paraissent également favorables. Weir Mitchell avait constaté l'augmentation de l'embonpoint chez les neurasthéniques alités. Neisser

(1) Rœhrich, *Du traitement par le lit chez les aliénés*, Thèse de Genève, 1898.

(2) Viault et Jolyet, *Traité élémentaire de physiologie humaine*, 3e édit., p. 434, 1898.

(3) Lacombe, *Contribution à l'étude du traitement des aliénés par le repos au lit*, Thèse de Paris, 1898.

observe l'élévation du poids chez les épileptiques. Rœhrich avait noté cette augmentation dans la manie, la mélancolie, la confusion mentale; elle va, d'après lui, jusqu'à 300 à 400 grammes par jour.

Cette observation n'a d'ailleurs rien de surprenant : chez les agités, les pertes sont moindres, par suite de la suppression de la marche, et, chez les mélancoliques, les échanges nutritifs se font mieux.

Depuis les travaux d'Hayem sur la chlorose, de nombreux cliniciens (Ewald, von Ziemssen, Nothnagel, Quincke, A. Robin, etc.) ordonnent le repos au lit aux anémiques et chlorotiques, dont la nutrition générale et les échanges sont défectueux. Par la diminution du travail musculaire, qui est une cause de la destruction des hématies, l'amélioration est assez rapide.

Les autres avantages physiques sont : la régularité de la température et la suppression des changements brusques de la température externe. Les mélancoliques sont fort sensibles à ces changements ; les fonctions de la peau, ralenties, s'animent ; l'alitement « contribue efficacement à appeler le sang à la peau. Sous son action, cette enveloppe, ordinairement si aride, se couvre de moiteur, les bras et les jambes du malade gagnent en souplesse » (Guislain).

Résultats cliniques. — Les modifications que l'alitement apporte dans l'état du malade sont nombreuses et incontestables. Presque tous les observateurs, qui l'ont autrefois combattu, le pratiquent aujourd'hui. Voici les opinions de quelques-uns : Ludwig Meyer (1), a constaté l'amélioration des symptômes. Timoféiew (2) et Govséiew (3) en Russie, sont

(1) L. Meyer, *Rest. and. Exercise in the treatment of nervous and mental Disease* (*Journ. of ment. Science*, avril 1896).

(2) Timoféiew, *Méthode de traitement des aliénés dite du lit* (en russe) (*Archiv psikhiatr.*, t. XIX, 3).

(3) Govséiew, *L'origine du lit et sa valeur dans le traitement des aliénés* (en russe) (*Obozr. psikhiat.*, 1896, p. 5).

d'avis que les accès de délire se modifient et s'apaisent promptement. Bernstein (1) prétend que le traitement au lit n'abrège pas la maladie, mais qu'il la modifie dans le sens de moindre intensité. Rœhrich pense, comme lui, que l'alitement ne guérit pas plus vite, mais diminue l'excitation maniaque. Pour Magnan, « la pratique de l'alitement modère, d'une part, les manifestations furieuses et calme, d'autre part, la douleur morale ».

Nous avons déjà rappelé l'opinion exprimée, par l'un de nous, il y a quelques années (2).

Pour Sérieux et Farnarier (3), l'alitement détermine assez rapidement une amélioration notable de l'état physique et de l'état mental du malade ; cette amélioration est indiscutable.

Nous voyons que tous les cliniciens, ou à peu près, sont d'accord pour reconnaître que le repos au lit amoindrit l'intensité des états maniaques. En alitant un aliéné, on remarque d'abord une amélioration physique dans les cas de cachexie et le maintien de l'embonpoint, l'alitement permettant la réparation facile des pertes de l'organisme.

Un point sur lequel on n'a pas assez insisté, c'est la régularisation du sommeil que le séjour au lit favorise.

En dehors de ces avantages déjà remarquables, il a été constaté que le séjour au lit rendait les hallucinations moins intenses. Les sensations visuelles, auditives, tactiles, etc., diminuent d'activité, et, on le sait, ce sont elles qui, par action réflexe, produisent des réactions motrices plus ou moins vives d'après le sujet.

Outre ces résultats cliniques, l'alitement en a d'autres. Il permet de supprimer les quartiers de cellules, les quartiers d'agités : l'asile se transforme en hôpital.

La surveillance est rendue plus facile, surtout dans les cas d'idées de suicide. Les malades ne prennent pas des habitudes

(1) Bernstein, *Sur le rôle du séjour au lit dans le traitement des aliénés* (*Ann. méd. psych.*, janvier, février 1897).
(2) Paul Garnier, *Internement des aliénés*, 1898.
(3) Sérieux et Farnarier, *Semaine médicale*, 11 octobre 1899, p. 337.

de malpropreté, ainsi qu'il arrive souvent chez ceux qu'on enferme. Enfin, ils sont plus facilement examinés, et les affections organiques, si fréquentes chez les aliénés, peuvent être diagnostiquées et soignées à temps.

L'alitement abrège-t-il la durée de la maladie mentale? Certains médecins l'affirment, tandis que d'autres le nient [Bernstein, Rœhrich, Mairet (1)]. Il nous semble pourtant qu'un mode de traitement qui modifie la maladie, qui tend à en écarter les complications physiques et psychiques, doit être favorable à la guérison.

Indications. — Au point de vue clinique, les auteurs divisent en plusieurs catégories les résultats obtenus par le séjour au lit. Les indications peuvent être classées de la manière suivante :

1° Dans les états d'excitation et d'agitation ;

2° Dans les états dépressifs ;

3° Dans l'affaiblissement progressif.

Ludwig Meyer (2) assure que c'est de l'état physique de l'aliéné qu'on doit tirer les indications du repos au lit.

Tous les aliénés, plus ou moins agités, doivent être alités au moins pendant quelques jours, autant pour être suivis de près, que pour l'examen de leurs organes internes. Dans beaucoup d'asiles étrangers, tous les entrants, après un bain de propreté, sont mis au lit.

A. États maniaques. — Le *délire aigu*, avec élévation de température, doit être une indication absolue de l'alitement, pour faire disparaître la fièvre et l'agitation.

Dans l'*état maniaque*, le repos au lit diminue, lentement, l'excitation motrice. Le premier jour, le malade est très agité ;

(1) Mairet, *Cong. internat. de méd.*, 1900. *Sect. de psychiatrie.*

(2) Ludwig Meyer. *Das Non-restraint und die deutsche Psychiatrie* (*Allg. Zeits. f. Psych.*, t. XX, p. 542). — *Die Behandlung der psychischen Erregungs und Depressionszustände* (*Therap. Monatsch.*, mai 1887).

on le calme avec un sédatif, un bain tiède d'une heure et plus, s'il n'y a aucune contre-indication.

Les mouvements des membres, surtout des membres inférieurs, perdent leur ataxie et restent en repos, comparativement du moins. Les mouvements deviennent même gracieux (Dich) (1). Le premier progrès est l'apaisement de l'orage maniaque. L'alitement abolit l'état maniaque suraigu, de même que la suppression de la camisole de force a aboli la fureur maniaque, « la colère des maniaques » comme l'appelait Esquirol.

Délires hallucinatoires aigus. — Dans ces formes, l'alitement est très favorable. En diminuant l'acuité des sensations, il diminue l'intensité des hallucinations, cause principale de l'agitation, et, indirectement, l'excitation. Le repos au lit dans les délires hallucinatoires aigus, non seulement amoindrit l'intensité des symptômes mentaux et physiques, mais il abrège la durée de la maladie. Tous les auteurs sont d'accord sur ce point. L'alitement est, dans ce cas, un traitement étiologique contre l'épuisement nerveux et contre les hallucinations.

Épilepsie. — L'indication, dans l'épilepsie, envisage deux points : le séjour au lit pour modérer les crises épileptiques, l'épilepsie convulsive, et l'alitement dans la manie épileptique. Neisser (1893) a insisté sur les bienfaits que l'alitement procure aux comitiaux. Les crises diminuent de nombre et d'intensité et les malades épuisés et amaigris augmentent de poids; ce sont là deux avantages qu'on ne peut négliger.

Pourtant, ce mode de traitement n'est pas très pratique; car les épileptiques, en dehors de leurs crises, ne se sentent pas assez malades pour rester docilement au lit. En outre, pour une maladie chronique telle que l'épilepsie, on ne peut songer à un alitement qui devrait durer toute la vie. Il ne

(1) Dich., *Pest. med. chir. Presse*, 1897, n° 33.

peut en être question que si les accès ont une grande fréquence.

La manie épileptique est, de toutes les manies, la plus difficile à traiter au lit, parce que, même maintenu par plusieurs infirmiers, le malade est encore capable de s'agiter et de devenir dangereux. On a observé que la force musculaire développée par les maniaques épileptiques est énorme. Maintenir un pareil sujet au lit, c'est abuser de l'alitement et n'en pas comprendre le sens clinique. C'est dans une chambre capitonnée, avec des matelas sur le parquet et un grand vasistas à la porte, qu'il faut déposer le malade durant tout le temps de cette grande agitation. Elle s'y calme plus vite au lieu de s'exaspérer dans la solitude.

Hystérie. — Depuis Weir Mitchell, on a souvent préconisé l'alitement dans l'hystérie grave. Dejerine l'applique, combiné à l'isolement, dans son service de la Salpêtrière. D'après Manto (1), c'est le seul traitement indiqué dans cette névrose, car tout ce qui a été essayé, en fait de médication interne, n'a donné aucun résultat.

L'alitement, dans l'hystérie, n'est appliqué qu'aux cas graves. Les petites crises, les contractures, les paralysies et autres manifestations hystériques, ne sont pas traitées au lit. C'est souvent un tort.

Dans toutes les formes de l'hystérie, à manifestations paroxystiques, légères ou graves, l'alitement rend des services indéniables (2).

Après la crise, les hystériques ont souvent de l'agitation motrice ; l'alitement est alors tout indiqué, à moins que l'excitation extrême, comme dans l'épilepsie, n'oblige d'isoler le malade momentanément dans une chambre.

Alcoolisme. Morphinisme. — Le délire alcoolique, avec ses

(1) Manto, *Sur le traitement de l'hystérie à l'hôpital par l'isolement*, Thèse de Paris, 1897.

(2) P. Garnier et P. Cololian, *Gaz. des hôpitaux*, 9 octobre 1900.

hallucinations terrifiantes multiples, constitue le type du délire toxique. L'agitation est souvent très intense et nécessite le lit. Déjà Magnan y soignait les sujets atteints de *delirium tremens fébrile*. Depuis qu'il a modifié son service, il a constaté que l'alitement convient surtout aux délirants alcooliques jusqu'alors placés dans la section des agités pendant plusieurs jours. Au lit, bien entendu, l'alcoolique délirant ne sera pas maintenu par des entraves (Magnan et Sérieux) (1).

Magnan (2) résume comme suit les résultats obtenus dans son service : « Le délire alcoolique fait presque entièrement d'illusions, d'hallucinations, de troubles de la sensibilité générale, s'exagère dès que le sujet, isolé dans l'obscurité, ne perçoit plus de sensations extérieures. Les perceptions illusoires de l'alcoolisme s'amendent par l'apparition dans les centres sensoriels d'images extérieures nettement dessinées ; celles-ci, en rapport avec la réalité des faits, plus fixes, plus vivaces, se substituent aux images maladives toujours plus mobiles, et ne tardent pas à changer le cours des idées délirantes. L'alitement, en permettant de placer le sujet dans la réalité des faits, dès que son délire se réveille, devient ainsi le plus puissant des agents thérapeutiques et permet de se passer, en général, de tous les hypnotiques de la matière médicale. »

Dans la rapide cure du *morphinisme*, l'alitement doit être rigoureusement appliqué. On réagira ainsi, pendant la période de démorphinisation, contre l'agitation et l'angoisse des premiers jours. En diminuant l'épuisement de l'organisme et la fatigue physique, on tendra à prévenir les troubles cardiaques qui sont fréquents.

Paralysie générale. — On a conseillé, en Allemagne, de

(1) Magnan et Sérieux, *Traité de thérapeutique de Robin*, fasc. 3, p. 135, Paris, 1896.

(2) Magnan, *Communication au X^e^ Congrès français des médecins aliénistes et neurologistes* (*Revue de psychiatrie*, 1899, p. 159-160).

faire coucher tous les paralytiques généraux dans le but d'atténuer certains symptômes. On y laisse le malade jusqu'à six semaines au lit. L'alitement, suivant Rœhrich, préviendrait les attaques apoplectiques et convulsives, ou en diminuerait, du moins, la fréquence.

Il y a là une contradiction. Si la théorie et l'explication physiologique indiquées plus haut sont justes, — ce que nous croyons, — l'alitement ne conviendrait pas aux paralytiques généraux. Durant le séjour au lit, l'irrigation encéphalique se fait abondamment, la couche corticale se congestionne, et c'est surtout cela qu'il faut éviter dans la paralysie générale, non seulement parce que cette stase ne peut qu'accentuer l'inflammation chronique de l'encéphale, mais, aussi, parce que de cette congestion résultent des attaques apoplectiformes et de l'agitation.

Nous avons eu souvent l'occasion de constater que l'alitement produit de l'agitation chez les paralytiques généraux. Tout dernièrement, l'un de nous observait de l'excitation maniaque chez un paralytique que, par erreur de diagnostic, on avait alité comme neurasthénique. La suppression du séjour au lit a fait céder l'excitation psycho-motrice.

Dans la majorité des cas, l'alitement est défavorable aux paralytiques. Quelques sujets, atteints d'une forte dépression, de gâtisme, chez lesquels on a moins à redouter la congestion cérébrale, peuvent en bénéficier dans une certaine mesure, mais, ils doivent être l'objet de beaucoup de surveillance.

Agitations passagères. — Les crises d'agitation qu'on observe chez les *déments*, les *idiots* ou les *délirants chroniques*, doivent êtres traitées au lit. Krayatch (1) demande qu'on fasse coucher, pendant leurs menstrues, les femmes démentes malpropres.

Les *délirants systématiques chroniques* sont rebelles à

(1) Krayatch, *Jahrbüch. der Psych.*, 1896, p. 302.

tout moyen thérapeutique; ils interprètent tout dans le sens de leur délire. Néanmoins, il sera bon qu'ils restent au lit dans les moments d'agitation.

B. États mélancoliques. — *Mélancolie.* — C'est dans ces formes de maladie mentale que le repos au lit agit presque à l'égal d'un traitement étiologique. Il existe dans la mélancolie, des symptômes tels que l'anémie cérébrale, la cyanose et l'œdème des extrémités, l'amaigrissement, les troubles circulatoires, respiratoires, cardiaques, digestifs, qui, d'eux-mêmes, réclament le repos au lit. Les troubles mentaux, la douleur morale, la tendance au suicide et à l'auto-mutilation, le refus d'alimentation, sont d'autres indications en faveur de l'alitement des mélancoliques.

Neurasthénie. — L'alitement a été expérimenté dans la neurasthénie par Weir Mitchell. La méthode est aujourd'hui connue de tous les médecins et couramment appliquée : c'est le repos au lit, avec isolement, qui donne les meilleurs succès. Ce qui étonne, c'est qu'on n'ait pas songé à l'appliquer même dans les cas de moyenne intensité. Les neurasthéniques non soumis à l'alitement guérissent moins facilement et, surtout, bien plus tardivement.

Contre-indications et inconvénients. — Il n'existe pas de contre-indications à proprement parler. L'alitement peut avoir des *inconvénients*, auxquels il est facile, en somme, de parer. « N'oublions pas, dit Weir Mitchell, quand nous condamnons une personne au lit, que nous diminuons au moins de 20 par minute les battements du cœur, c'est-à-dire que nous ralentissons l'action cardiaque de près d'un tiers; que le sang, en retard, languit dans les méandres de la circulation,... que le repos absolu constipe et tend à annihiler le besoin de manger; enfin, que les mus-

cles trop longtemps au repos souffrent et s'atrophient (1). »

L'alitement tend à diminuer l'appétit, à provoquer l'atonie gastro-intestinale, la constipation, tous inconvénients facilement réductibles. Weir Mitchell, pour y remédier, conseillait le massage, l'électricité et les soins hygiéniques relevant de l'alimentation.

Les troubles *dyspeptiques*, l'atonie *gastro-intestinale* seront également combattus par le massage méthodique du gros intestin, du côlon. La paresse des intestins disparaît ordinairement au bout de quelques jours. Si elle persiste, on la combat au moyen de laxatifs légers, de lavements.

Il y a, aussi, l'*inappétence* qui s'observe quand l'alitement se prolonge. On doit prescrire, alors, des aliments faciles à prendre, à digérer, puis, recourir à la thérapeutique si le besoin s'en fait sentir, pour activer la sécrétion gastrique et augmenter l'appétit.

En cas d'*anémie*, si le malade est en état de marcher, on lui ordonnera une promenade quotidienne, ou bien on le laissera au grand air, dans un fauteuil, une heure chaque jour. Au besoin, on transportera le lit dehors. A la clinique de Moscou, les lits sont mobiles, et, en été, on les place au jardin, à l'ombre. Si l'on ne peut réaliser ces conditions, on doit, faute de mieux, ouvrir fréquemment les fenêtres.

Des *habitudes de masturbation* ont été observées ; la surveillance assidue et attentive peut les enrayer. Neisser (2) conseille, néanmoins, de faire lever les malades, les jeunes filles principalement, quand elles ont de l'excitation génitale.

Quant aux *escarres*, les soins hygiéniques, les bains fréquents les feront éviter.

(1) Weir Mitchell, *Du traitement méthodique de la neurasthénie et de quelques formes d'hystérie*, trad. Jennings, p. 60.

(2) Neisser, *Die Bettbehandlung der Irren*. (*Berlin. Klin. Woch.* 22 septembre 1890). — *Thérap. Monatsch*, mars 1893. — *Allg. Zeitsch. f. Psych.*, t. L., p. 447.

UNIVERSITY OF LEEDS.

ARTICLE V. — *L'open-door.*

L'asile à portes ouvertes, l'open-door, apparaît comme l'application la plus extrême du non-restreint.

Tant que le malade est à la salle d'alitement ou d'observation, l'open-door ne saurait le concerner.

Le traitement des aliénés en liberté a été inauguré en Écosse. Tucker, dans un volumineux et consciencieux ouvrage, nous donne des renseignements sur les asiles d'Outre-Manche où l'open-door est mis en application.

A l'asile royal de Crichton, en Écosse, il existe deux divisions, celle des hommes et celle des femmes. Le nombre des malades ne peut dépasser 480. A côté des salles pour les indigents se trouvent celles des pensionnaires. Les indigents, hommes et femmes, prennent leurs repas dans une salle commune qui leur sert aussi de salle de récréation. Les pensionnaires mangent également dans un réfectoire commun aux deux sexes. Il y a donc mélange des sexes, chez les indigents comme chez les pensionnaires. Aucune porte ne reste fermée. Les malades travaillent dans la matinée et s'amusent l'après-midi. Les pensionnaires font des promenades en voiture, à cheval ; ils chassent, pêchent dans un grand domaine du voisinage. Les jeux ne manquent dans aucune salle. Les pensionnaires ont leur théâtre, leur café, avec livres, journaux, etc.

A l'asile de Fife, sauf dans les quartiers d'agités, les portes sont ouvertes. Le nombre des malades est de 350. Les aliénés des deux sexes mangent ensemble.

A l'asile de Glascow même système : les deux sexes prennent leurs repas en commun. L'open-door est appliqué à tous les quartiers.

Nous n'insistons pas davantage sur les asiles écossais ; partout l'open-door est en vigueur, et, jusqu'à présent, les résultats ont été encourageants.

Ce mode de traitement eut en Allemagne un grand retentissement et on chercha à l'introduire dans les asiles. On avait déjà remplacé les anciens asiles-prisons par des pavillons, tout à fait différents. Ces pavillons, détachés, éloignés les uns des autres, entourés de jardins, convenaient admirablement à l'essai du nouveau système. Aussi, dès 1876, Kœppe et surtout Paetz expérimentèrent l'open-door et étudièrent la colonisation des aliénés.

L'asile-colonie d'Alt-Scherbitz, construit sur les principes de l'open-door, celui de Dolldorf (1880), la clinique de Holle (1891), l'asile de Herzberge (Berlin, 1893), sont des établissements qui ont une certaine ressemblance avec les asiles du département de la Seine, mais tous ne sont pas « fermés »; l'open-door, sans exister partout, est cependant pratiqué.

En France, le système était connu, mais manquait d'exécution. Foville (1), dès 1884, disait : « Il est impossible de voir, dès aujourd'hui, quelle sera, d'une manière définitive, la fortune réservée, tant au point de vue théorique qu'au point de vue pratique, aux asiles aux portes ouvertes de l'Écosse. Mais on ne peut méconnaître que ce pays, qui a été si longtemps en arrière, soit aujourd'hui celui qui préconise, en faveur de ses malades, les mesures les plus libérales. On pourrait même qualifier ces mesures de témérité audacieuse, si le passé n'était là pour montrer combien il serait présomptueux de fixer un terme infranchissable aux progrès que la philanthropie et la science, associant leurs efforts, peuvent réaliser orsqu'il s'agit d'améliorer le sort des malheureux malades privés de la raison. »

En effet, le passé était là, qui démontrait que le système des portes ouvertes était surtout scientifique et que l'amélioration du sort des aliénés en dépendait.

Dubief avait compris cette importance et, dans un remarquable rapport à la Chambre des députés (1896), il s'expri-

(1) Foville, *Rapport sur la législation relative aux aliénés en Angleterre et en Écosse* (Annexes au rapport de Roussel, 1884).

mait ainsi : « En Écosse, le mode d'hospitalisation en honneur a démontré que, pour la moitié des aliénés, il n'était besoin ni de murs autour de l'établissement, ni de clefs à la porte des quartiers.

« De l'Écosse et de l'Angleterre, la méthode passa en Allemagne, et c'est d'après ces principes qu'ont été construits les asiles d'Alt-Scherbitz, en Prusse; de Tchordross, en Saxe; de Gabersee, en Bavière; de Wuhlzarten, à Berlin.

« La Suède, la Norvège, la Hollande, l'Amérique suivent le mouvement. »

La mise en pratique du système n'est venue que fort tard en France. La question de l'open-door fut posée en ces termes, par l'un de nous, au Congrès des médecins aliénistes et neurologistes tenu en 1896, à Nancy : « L'évolution qui se poursuit dans le sens d'une liberté de plus en plus grande accordée aux aliénés dans les établissements consacrés à leur traitement aboutira-t-elle à en abattre les murailles?

« Constatons seulement, pour l'instant, que des portes autrefois systématiquement closes, s'entrouvrent et, au point même, que dans d'autres pays, comme en Écosse, le principe qui tend à prévaloir est celui de l'*asile aux portes ouvertes*. En France, jusqu'à présent, on n'a pas fait un sérieux essai de l'*open-door* : on s'est borné à reculer le plus possible les murs d'enceinte.

« Nos établissements se transforment, se font plus vastes, plus riants, s'annexent des exploitations agricoles et, de plus en plus, perdent leur aspect sévère et sombre. On ne saurait trop encourager de pareilles améliorations dans l'installation de nos asiles, innovations où l'étranger, après nous avoir longtemps suivis, tend à nous devancer. Ne négligeons rien non seulement de ce qui peut favoriser et hâter la guérison de la folie, mais aussi de ce qui peut restituer à l'aliéné une part de cette vie sociale à laquelle son délire nous contraint de l'arracher (1). »

(1) Paul Garnier, *Internement des aliénés*, 1898.

Ce rapport fut le point de départ de longues discussions et de polémiques assez vives.

Marandon de Montyel (1) déclare avoir pratiqué l'open-door dans son service depuis *huit ans*. Christian, dans une réponse à Marandon de Montyel, assure que, depuis dix-huit ans, lui et son collègue Ritti appliquent l'open-door à l'asile de Charenton.

Febvré (2) soumit la question des asiles d'aliénés à portes ouvertes à la Société médico-psychologique. Dans la séance du 31 mai 1897, Marandon de Montyel vint donner le résultat de son enquête sur les services des aliénés indigents de France. Sur soixante-quinze services, quatorze seulement ont adopté le nouveau système.

Mais, comment doit-on appliquer l'open-door? Comment, en supprimant les murs intérieurs et extérieurs, les sauts de loup, etc., peut-on exercer la surveillance sur les malades?

Ce problème, qui semble un paradoxe en face de l'organisation des asiles de la Seine, est pourtant en partie résolu à l'étranger. C'est par une surveillance assidue, sous la haute direction du médecin en chef, qu'on arrive à en obtenir des résultats.

Les malades, étroitement surveillés, peuvent se promener dans l'asile et hors l'asile. La liberté leur donne l'espoir de la guérison. Mais cette liberté doit être subordonnée au travail. Ainsi, tout aliéné libre dans l'asile, dont les portes restent ouvertes, doit travailler selon ses capacités. Liberté et travail sont les bases du système de l'open-door.

Le travailleur aura des avantages sur le malade oisif : sa ration alimentaire sera plus forte. L'augmentation des aliments ne suffit pas; c'est là un besoin hygiénique plutôt qu'un encouragement. Le travail doit être récompensé par un salaire.

(1) Marandon de Montyel, *La nouvelle hospitalisation des aliénés* (*Ann. méd. psych.*, 1896, t. III, p. 60).

(2) Febvré, *Annales méd.-psych.*, 1897.

Dans les asiles du département de la Seine, les travailleurs gagnent de 10 à 30 centimes par jour, quelques-uns jusqu'à 40 centimes pour des travaux difficiles. Les malades peuvent dépenser leur gain comme ils l'entendent. Mais on doit leur faire comprendre qu'il serait bon d'en mettre une partie de côté, qu'ils trouveront avec plaisir à leur sortie de l'asile.

Visites. — Un des éléments principaux de l'open-door, après la liberté du travail, est la libre communication des malades avec leur famille. C'est une demi-abolition de l'isolement. Toutefois, sans abolir l'isolement, ce qui serait contraire à l'intérêt du malade, il faut faciliter les rapports de ce dernier avec les siens. Bien des aliénés, se voyant privés de visites, s'imaginent être délaissés, ou croient leurs parents morts, empoisonnés! L'absence trop prolongée donne corps aux haines et aux doutes.

Il y a des aliénés qui refusent de voir leurs parents. Il faut, pour ceux-ci, laisser aux familles la liberté de venir régulièrement prendre des nouvelles. Le malade sera tenu au courant de ces soins et on lui demandera, chaque fois, s'il désire voir les personnes qui sont venues s'informer de son état.

D'autres malades sont fâcheusement impressionnés par ces visites. Il est nécessaire, en ce cas, de les espacer.

Les entrevues avec la famille ont lieu dans un petit parloir attenant à chaque pavillon.

Les malades sont laissés seuls avec leurs parents ; un gardien doit rester à proximité. La surveillance, ici comme ailleurs, doit être discrète.

Les parents et amis qui viennent voir les malades peuvent leur donner quelques douceurs, fruits, gâteaux, etc. Nous voudrions pourtant qu'on interdît l'abondance des friandises, surtout aux paralytiques. Quelques médecins tolèrent qu'on apporte de l'eau rougie et de la petite bière. Il est préférable d'exclure toute boisson alcoolique. L'eau rougie peut faire

place à l'eau-de-vie ; on a vu des parents apporter des liqueurs malgré la défense absolue du médecin, dans l'idée que l'alcool ferait du bien à leur malade. Il faut un peu se méfier des familles. Il y en a d'intelligentes qui s'inclinent devant les prescriptions médicales, mais il y en a d'autres qui restent convaincues du bon effet de l'alcool. Le lait, en vase cacheté, pour plus de sécurité, doit seul être accepté.

Les visites à toutes heures pourraient gêner le service, s'il n'y avait pas un nombre suffisant d'infirmiers; le personnel doit être augmenté dans les asiles à portes ouvertes.

Pour les visites de la famille au médecin, il est aisé de fixer un jour ou deux dans la semaine, ou de recevoir les visiteurs le matin après la visite médicale.

Correspondance. — Toute lettre écrite par un aliéné aux autorités sera expédiée; c'est la loi. Parmi celles qu'il adresse à sa famille, beaucoup sont mises au panier. Il y a là une question de mesure et de tact. Le malade a le droit de correspondre, et si, par raison d'économie ou pour un autre motif, on ne peut envoyer toutes ses lettres, du moins on peut les conserver pour les remettre aux destinataires. Réciproquement, on doit donner au malade les lettres que ses parents, ses amis lui écrivent, si son état permet cette communication.

Dans certains services, il y a un jour fixe pour la correspondance. Les malades restent alors dans leurs quartiers et écrivent.

Sans laisser faire un abus de la correspondance, il est bon de ne pas refuser du papier à ceux qui manifestent le désir d'écrire.

Promenades. — L'open-door ne serait qu'un vain mot s'il se bornait aux visites et autres libertés, sans autoriser la promenade, non à heure fixe, sous l'œil vigilant des infirmiers, mais avec la famille.

Cette permission doit être donnée avec discernement. Pen-

dant la convalescence, les parents viendront prendre le malade pour faire une promenade dans les environs. Puis, avec le progrès de la guérison, les sorties seront plus longues, pourront se prolonger une demi-journée, une journée même.

Sorties provisoires. — Avant de signer la sortie définitive, on doit essayer des sorties provisoires. L'expérience a prouvé qu'un grand nombre d'aliénés, dont l'asile a amélioré considérablement l'état, n'arrivent à la complète guérison qu'au sein de leur famille.

Il est prudent, et cela devrait presque être une règle, de tenter quelques sorties provisoires, d'un, de deux jours et même davantage, avant la libération absolue. Ces sorties habituent le malade à la vie au dehors et l'initient progressivement aux réalités qu'il a pu oublier.

Article VI. — *La colonisation.*

La colonisation fait partie de l'open-door. Il convient de lui consacrer, néanmoins, une étude isolée, parce que l'open-door est un système concernant tous les aliénés, tandis que la colonisation est une méthode de traitement relative à un certain nombre de malades et aux convalescents.

Si les nouveaux asiles d'Allemagne sont organisés d'après les idées nouvelles; si, dans les projets d'avenir, l'open-door ne va pas sans l'idée de colonisation, il n'en a pas été ainsi de tout temps. A une époque reculée, où l'on ignorait l'open-door, le non-restreint même, il y a presque un siècle, des aliénistes humanitaires, un peu partout, mais surtout en France, pour rendre hommage à la vérité, innovaient le traitement des maladies mentales dans des colonies.

Ferrus, en 1861, disait à la Société médico-psychologique : « En 1826, il n'y avait en Angleterre qu'un seul établissement où le travail fût organisé, celui de Wakefield, placé

sous la direction du Dr Lewis. Dès ce moment, j'avais à Bicêtre, dans mon service, quatre cents malades occupés à l'air libre. Nous avons encore aujourd'hui beaucoup à désirer sous ce rapport, mais cela s'établit partout. Le travail des champs est le meilleur calmant pour l'aliéné; les malades, occupés à l'air libre, dorment mieux. »

Ferrus eut l'idée d'envoyer ses malades de Bicêtre à la ferme Sainte-Anne.

Marcé, continuant la pratique de Ferrus, les envoyait à Sainte-Anne avec tous leurs instruments sur l'épaule : pelles, pioches, etc. Ils traversaient la ville, ainsi équipés. La journée finie, ils revenaient sous la surveillance de quelques gardiens. Marcé allait lui-même à la ferme deux à trois fois par semaine pour les surveiller.

Paetz (1) rappelle également que les premières tentatives de colonisation ont été faites en France, vers 1820, à Bicêtre, puis en 1832, à la ferme Sainte-Anne.

Et voici ce qu'écrivait Parchappe, dès 1853 : « L'utilité des travaux agricoles, démontrée par l'exemple dans l'hôpital de Saragosse et dans la colonie de Gheel, avait conduit Pinel à exprimer le vœu qu'une ferme fût annexée à tout établissement consacré au traitement de l'aliénation mentale. Lagermann, en Allemagne, à l'hôpital de Bayreuth ; Ellis, en Angleterre, à l'asile de Wakefield ; Ferrus, en France, à Bicêtre, ont pris l'initiative de la réalisation de ce vœu. »

Dès 1860, la question des colonies agricoles devenait brûlante. On la discutait à la Société médico-psychologique.

Pourtant, jusqu'en 1860, toutes les colonies dont on vantait les merveilles étaient, paraît-il, à peu près chimériques comme effets thérapeutiques. Les malades allaient à la ferme, à la colonie, mais en revenaient, le soir, pour reprendre leur place au milieu des autres malades. Ils n'étaient point soustraits au milieu qui avait été témoin de la période aiguë de leur affection.

(1) On doit à Paetz un important travail sur *la Colonisation des aliénés dans ses rapports avec le système de l'open-door* (Berlin, 1893).

L'idéal aurait été une colonie annexe, isolée et éloignée de l'asile-hôpital.

Auzouy, médecin directeur de l'asile de Pau, eut l'idée d'organiser une semblable colonie (1).

« Aucun de nos collègues des asiles publics, dit-il, n'a encore, que nous sachions, expérimenté la colonisation proprement dite ou *extérieure*, chez les malades confiés à ses soins. Dans presque tous les asiles français, le travail des champs est depuis longtemps en honneur, et les invalides moraux ont à peu près partout à leur disposition la précieuse ressource des occupations agricoles ; mais, ils ne cessent point de résider dans la maison-mère et ils se retrouvent quotidiennement dans le milieu pathologique auquel pourrait seule les soustraire l'érection d'une maison *extra muros*. »

C'est cette maison succursale qu'Auzouy inaugura en 1860. En relation directe et constante avec l'asile central, elle a toujours fonctionné sous l'impulsion du médecin, avec moins de rigueur dans la réglementation du service. Les malades étaient constamment surveillés et dès que l'un d'eux présentait quelque aggravation mentale ou quelque trouble de l'état physique, on le ramenait à l'asile central, pour le réexpédier à la colonie, après sa guérison.

A la colonie de Fitz-James (Clermont-Oise) l'organisation différait un peu. La colonie, au lieu d'être une annexe de l'asile, formait presque un asile à part, avec son médecin et son service isolé.

En 1861 et en 1862 paraissent d'intéressantes notices, parmi lesquelles nous citerons : celle de Gustave Labitte (2);

Le mémoire de Billod (3);

(1) Auzouy, *Annales méd.-psych.*, 1861.

(2) Labitte, *La colonie rurale de Fitz-James, annexée depuis plusieurs années à l'asile privé de Clermont (Oise).*

(3) Billod, *De la dépense des aliénés en France, et de la colonisation considérée comme moyen pour les départements de s'en exonérer en tout ou en partie.*

Le travail lu à l'Académie des sciences par Brierre de Boismont (1);

La notice de Belloc (2).

Puis, de 1862 à 1865, la question revient fréquemment à la Société médico-psychologique.

Voyons ce que faisaient, durant ce temps, nos voisins d'Outre-Rhin (3).

Les tentatives de colonisation ébauchées en France eurent de l'écho en Allemagne. Roller, en 1858, déclare qu'un grand nombre de malades n'ont que faire de séjourner dans un asile et qu'ils seraient susceptibles de bénéficier d'un peu plus de liberté. En 1859, l'asile privé de Christofbad, à Goppingen (Wurtemberg), fonde une colonie d'aliénés à Freihof; quarante malades appartenant aux classes travailleuses, et quelques-uns d'un milieu social plus élevé, sont occupés à l'exploitation agricole d'un terrain de 100 hectares. En 1862, Damerow défend aussi cette thèse qu'une forte proportion des sujets internés dans les asiles seraient mieux à leur place dans une colonie agricole. En 1864, l'asile de Hildsheim, qui occupait, depuis 1860, un certain nombre de malades aux travaux des champs, loue un domaine de 15 hectares, qu'il fait exploiter par quarante aliénés.

Les résultats furent très satisfaisants, et aujourd'hui, 19 à 20 p. 100 de l'effectif des hommes sont employés à des travaux agricoles sur un domaine de plusieurs hectares. En 1865, l'asile d'Iéna s'annexe la colonie de Kapellendorf, remplacée, en 1880, par celle de Blankenhain : trente-six malades exploitent un domaine de 42 hectares.

Jusqu'en 1876, le système de l'open-door n'existait pas en

(1) Brierre de Boismont, *La colonisation appliquée au traitement des aliénés.*

(2) Belloc, *Transformation des asiles d'aliénés en centres d'exploitation rurale.*

(3) Voir l'intéressant travail de Sérieux, *Arch. de neurologie*, novembre 1895.

Allemagne, quoique celui de la colonisation y fût en faveur. C'est à cette époque que l'open-door et la colonisation prirent un véritable développement sous la direction de Kœppe et de Paetz. On construit de nouveaux asiles, qui ne ressemblent en rien aux anciens. Jadis, on annexait une petite colonie à l'asile d'aliénés bien plus important; dès lors, c'est l'asile-hôpital qui forme l'annexe de la vaste colonie d'aliénés.

L'asile modèle, le premier en date, est celui d'Alt-Scherbitz. Puis, d'autres suivent, toujours en progrès.

Avec le temps, on a fait un seul système de l'open-door et de la colonisation, et l'on a construit de nouveaux asiles, types définitifs, pour l'heure présente.

Pourtant, est-ce le dernier mot du progrès, nous ne le croyons pas. Un asile central avec une vaste colonie environnante constitue l'asile idéal du jour. Mais, si l'on voulait construire, en France, de nouveaux asiles, il serait encore nécessaire de perfectionner le modèle allemand. Il faudrait compter avec l'alitement et faire les aménagements en conséquence.

Voici comment nous comprenons la disposition d'un asile central avec une colonie.

L'asile-hôpital doit être divisé en trois pavillons coquets, clairs, entourés de jardins.

L'un des pavillons, le plus grand, serait affecté au service d'alitement pour les psychoses aiguës, et au service d'observation pour les entrants.

Le second pavillon, isolé des autres, serait l'infirmerie, pour les maladies intercurrentes des aliénés. Deux ou trois chambres d'isolement, dans un endroit retiré du pavillon, serviraient aux cas de maladies contagieuses.

Le troisième pavillon, entouré d'élégants grillages de deux mètres de haut, serait affecté à ces aliénés persécutés, impulsifs, obsédés, dont la place n'est ni dans le premier pavillon, pavillon d'alitement, ni dans la colonie. Ces malades, par la nature même de leur délire, leurs obsessions homicides, ne peuvent être mis en contact avec les autres aliénés. Le caractère hautain

de beaucoup de persécutés ne se plie pas aux travaux manuels et la vivacité du délire des autres ne leur permet aucun travail. C'est dans ce pavillon, intermédiaire entre la salle d'alitement et la colonie, que ces malades seront traités, en attendant que l'harmonie se rétablisse un peu entre le corps et l'esprit, et permette l'envoi dans la colonie.

C'est également dans ce pavillon, dont la porte d'entrée seule sera fermée, que les sujets indisciplinés seront retenus. La suppression temporaire de la liberté est fort pénible pour le malade; il a hâte de la reconquérir et, pour y arriver, se montre plus docile.

Ce pavillon n'aura aucune ressemblance avec les anciens asiles. Il sera divisé en deux étages : le rez-de-chaussée comprenant la salle à manger, la salle de lecture, et, à côté de la salle à manger, une petite cuisine, une salle de bains, un lavabo; les cabinets d'aisance seront également dans une partie du rez-de-chaussée et non dans un coin du jardin, comme on les trouve encore dans certains services. Au premier étage se trouvera le dortoir.

Voilà l'asile central avec ses trois divisions.

La colonie entoure l'asile. Comment sera-t-elle? C'est affaire de goût, et surtout de terrain. Nous la désirons grande, aussi grande que possible. Les travaux d'agriculture seront exécutés par les malades aptes à cette besogne, sous la surveillance de gardiens.

Mais il ne faut pas oublier que tous les aliénés ne peuvent pas travailler au grand air, dans les grandes villes surtout, où se trouvent agglomérées toutes les catégories d'ouvriers. De sorte qu'il faut donner place à de grands ateliers de cordonnerie, menuiserie, serrurerie, etc., où se rendront les artisans de ces diverses professions.

Il se trouve, de même, des aliénés d'éducation supérieure, auxquels ne conviennent ni le travail des champs, ni celui de l'atelier. Pour ceux-là, on créera de grandes bibliothèques, où ils pourront lire, et des bureaux où ils s'emploieront.

Terminons en citant la conclusion de Foville fils (1) sur la colonisation. « La création de fermes annexes aux asiles est le meilleur mode d'améliorer le sort des aliénés valides et inoffensifs; c'est le seul moyen de procurer à une proportion considérable de malades une vie conforme à leur condition sociale antérieure, et une liberté relative. Ces fermes ou colonies agricoles, loin de constituer un système nouveau, antagoniste de la pratique des asiles actuels, n'en sont que le complément et le perfectionnement. Le mérite de leur organisation doit revenir principalement au corps des médecins aliénistes, et ce sont eux aussi qui devront avoir la plus grande part dans leur développement et leur amélioration progressive. »

Article VII. — *Traitement dans les familles.*

Jusqu'alors nous nous sommes occupés de l'aliéné à l'asile. Mais ce n'est pas le seul endroit où il peut être soigné. L'asile-hôpital, tel que nous le comprenons, et tel que nous l'avons décrit, n'est pas le lieu de guérison de tous les aliénés; il y en a qu'on soigne hors de l'asile et qui s'en trouvent mieux.

L'idée de soigner les aliénés hors de l'asile n'est pas moderne. C'est une idée empirique, que des siècles d'expérience ont transformée en vérité scientifique. L'aliéné peut être soigné dans une famille étrangère; si le traitement parmi les siens est le plus souvent sans efficacité, et quelquefois contraire, il n'en est pas de même quand la cure a lieu chez les étrangers.

Dans les classes aisées, les parents gardent leurs malades, et s'ingénient à leur donner tout le confort désirable. Mais, nous avons noté (Voy. *Isolement*), que l'aliéné n'y est nullement isolé, et qu'il n'a pas les soins qu'il lui faut, en dépit du dévouement qui l'entoure.

Le traitement des aliénés dans les familles peut s'appliquer à certaines catégories de malades, non à tous. Nous distinguerons plus loin ces catégories. Il n'est pas inutile de mon-

(1) Foville fils, *Les aliénés*, 1870, p. 190.

trer, auparavant, comment ce traitement empirique a pris place dans la science moderne.

La colonie de Gheel. — C'est de Gheel qu'est venu le mode de traitement dont il s'agit, et par une circonstance due au seul hasard.

Jules Duval (1), à qui nous empruntons quelques-uns de ces renseignements, raconte ceci : La fondation de Gheel dans le pays belge remonte aux premiers âges du christianisme. Au VII^e^ siècle, s'élevait dans les déserts de la Campine, une chapelle dédiée à saint Martin, l'apôtre des Gaules, dont la Belgique avait été une province. Quelques cellules, bâties par la piété, l'entouraient et formèrent le noyau primitif du Gheel actuel.

C'est là que vint se réfugier la fille d'un roi païen d'Irlande, pour se soustraire à l'amour criminel de son père. La jeune princesse s'était convertie au christianisme ; elle venait chercher à Gheel la tranquillité et la paix. Mais le père dénaturé découvrit bientôt la trace de sa fille et la décapita de ses propres mains. Des fous du pays, témoins de cet odieux crime et amenés par la piété sur le tombeau de la jeune martyre, y trouvèrent la guérison. Dès ce moment, la pauvre princesse devint la patronne des aliénés. Du voisinage d'abord, puis des pays lointains, on les amena en pèlerinage, et, la guérison n'étant pas toujours instantanée, les malades étaient laissés dans le pays, confiés aux soins des paysans. Le nombre en augmenta considérablement, et depuis des siècles, on continue à envoyer des aliénés à Gheel, chez les habitants du village, qui les soignent et les entretiennent.

« Ainsi s'est constitué, dit Foville fils (2), le phénomène unique au monde, de toute une population d'aliénés vivant en communauté et avec les apparences de la liberté, au milieu de gens qui sont habitués à les surveiller et à les utiliser, et qui n'éprouvent, à leur égard, aucun sentiment de crainte ni même de défiance. »

(1) Jules Duval, *Gheel ou une colonie d'aliénés*, Paris, 1867.
(2) Foville fils, *Les aliénés*, 1870, p. 181.

Gheel est aujourd'hui une petite ville, de 5 000 à 6000 habitants, située à quelques lieues d'Anvers.

La révélation scientifique de la colonie de Gheel, en France, est due à Equirol(1), qui la visita avec son élève Félix Voisin; en 1821, il publia une notice qu'on lut, à cette époque, avec intérêt et curiosité. Mais Esquirol ne formula aucun jugement. En 1842, Moreau (de Tours) (2), visita également la colonie belge et en parla très favorablement.

Nous ne ferons pas l'historique de toutes les discussions dont Gheel fut l'objet devant la Société médico-psychologique (1860, 1861, 1862); on trouvera ces renseignements dans le livre de J. Duval. N'oublions pas, cependant, l'intéressante notice de Jules Falret, rapporteur de la commission envoyée par la Société médico-psychologique pour étudier, sur les lieux, la colonisation des aliénés de Gheel; citons également le livre de Féré (3).

Les aliénés qu'on traite à Gheel peuvent être divisés en deux classes : les *pensionnaires*, soignés chez les *hôtes*, et les *indigents* reçus chez les *nourriciers*; les hôtes et les nourriciers ne peuvent héberger plus de deux aliénés à la fois, et toujours du même sexe.

Les pensionnaires sont divisés en malades *propres*, *demi-gâteux* ou *gâteux*. Cette distinction est faite pour la fixation du salaire. Le nourricier donne la plus grande chambre dont il dispose. Il blanchit et pourvoit au chauffage. La nourriture est prise à la table de famille, les vêtements sont à la charge de l'administration.

Le malade est absolument libre dans la maison et dans les rues, tant qu'il ne présente pas de troubles qui réclament l'internement immédiat.

On ne l'oblige pas au travail; mais, dans son intérêt psy-

(1) Esquirol, *Des maladies mentales*, 1838; t. II, p. 707.
(2) Moreau (de Tours), *Lettres médicales sur Gheel*, 1845, et *Quelques mots sur la colonie d'aliénés de Gheel* (*Ann. méd.-psych.*, 1862).
(3) Féré, *Du traitement des aliénés dans les familles*, Paris, 1889.

chique et pécuniaire, il a avantage à prendre part aux travaux de la maison, ou à exercer une profession chez un autre habitant.

Les mauvais traitements de la part des nourriciers sont exceptionnellement rares, grâce à la surveillance permanente, organisée depuis 1882. Il y a, d'abord, la *commission supérieure*, composée du gouverneur de la province, du procureur du roi, du juge de paix, du bourgmestre et d'un médecin désigné par le gouvernement. Il existe ensuite le *comité permanent d'inspection* et de *surveillance*, formé de cinq membres, nommés par le ministre de la justice. Des gardes se promènent toute la journée et la nuit pour surveiller les aliénés, visiter les chambres et s'assurer si les malades sont bien soignés.

Les pensionnaires payent jusqu'à 5000 et 6000 francs par an. Ils jouissent du plus grand confortable et sont placés dans les meilleures maisons.

D'après Peeters (1), le service médical, jadis un peu négligé, s'améliore de plus en plus. Deux médecins-chefs et deux médecins-adjoints en sont chargés. Une infirmerie est installée pour soigner les maladies intercurrentes et les crises aiguës des aliénés.

Quant aux résultats pratiques de ce mode de traitement, si l'on s'en tient aux statistiques, ils ne sont pas merveilleux. Ainsi, dans les rapports du gouvernement, le chiffre des guérisons, de 1853 à 1870, est réparti de la sorte : à Gheel 24 pour 100 ; à l'hospice Guislain, de Gand (hommes) 38 pour 100 ; à l'hospice des femmes aliénées, de Gand 43 pour 100.

Il en résulte qu'à Gheel on guérit moins que partout ailleurs. Pourtant, si l'on étudie ces chiffres, si l'on compare la nature des affections, on constate que la proportion des guérisons est plutôt supérieure à Gheel. La plupart

(1) Peeters, *La situation actuelle du patronage familial des aliénés* (*Soc. de méd. mentale de Belgique*, 1888).

des malades qui y sont envoyés constituent le *contingent ingrat* des différents asiles ; ce sont, en général, des aliénés chroniques. En outre, les règlements interdisent d'accepter les aliénés présentant des idées de suicide, des tendances et des impulsions homicides. Or, ces symptômes se manifestent généralement dans les psychoses aiguës, c'est-à-dire les plus curables.

Lierneux. — Les résultats obtenus à Gheel donnèrent l'idée de fondations analogues. En 1884, dans la commune de Lierneux, à une trentaine de kilomètres de Spa, on inaugura une nouvelle colonie.

On envoya à Lierneux, pour débuter, deux hommes et deux femmes. En quelques années, le nombre des malades augmenta considérablement. En 1886, il y avait déjà 152 aliénés ; en 1898, près de 400. Le compte rendu officiel des établissements d'aliénés de la Belgique, pour 1886, donne les renseignements suivants sur la nouvelle colonie :

« Organisée d'après le régime familial et libre, l'institution présente des ressources variées, pour fournir aux malades des occupations utiles à eux-mêmes comme à leurs nourriciers : deux d'entre eux sont forgerons ; un autre ébéniste ; trente-neuf travaillent aux champs ; cinquante-sept vaquent aux soins du ménage... Depuis à peine deux ans que la colonie existe, elle a reçu 227 malades et aucun accident n'a été à déplorer.

« Les nourriciers sont fiers de leurs malades ; ils se font un plaisir de les associer à leurs travaux, et même, ils s'imposent des sacrifices pécuniaires pour leur procurer les outils nécessaires à l'exercice de leur métier... Cent cinquante chambres, au moins, sont encore disponibles chez divers habitants de Lierneux. Cette situation indique suffisamment que l'œuvre a acquis toutes les sympathies de la population locale et qu'elle est entrée dans toute sa vitalité... »

Lors de la fondation de la colonie, l'infirmerie était une vieille maison, nullement aménagée pour cet usage. On a

su rendre, néanmoins, l'installation assez confortable. On voit qu'il est aisé de créer une colonie en pleine campagne, sans de bien considérables frais et sans longue préparation.

Aujourd'hui, Lierneux possède une infirmerie identique à celle de Gheel. Soixante malades peuvent y être soignés. Les arrivants y stationnent; les aliénés y sont internés pour les accès aigus, ou les maladies intercurrentes.

Dun-sur-Auron. — Gheel, l'œuvre des siècles, était, disait-on, inimitable. En peu de temps, cependant, la colonie de Lierneux avait pu être fondée sur le même modèle. L'élan donné dépassa la Belgique ; en France, on suivit l'impulsion et l'imitation surpassa le modèle. A Gheel, on avait tâtonné avant d'atteindre à une organisation scientifique et méthodique. En France, instruits par l'expérience, les aliénistes fondèrent, avec plein succès, la colonie de Dun-sur-Auron.

Les malades n'y sont pas admis directement. Ils sont traités, d'abord, dans les asiles de la Seine et ne sont envoyés dans la colonie familiale que s'ils peuvent en bénéficier.

A Gheel, un grand nombre d'aliénés ne sont pas reçus. On n'y accepte que les malades doux, inoffensifs, sans obsessions, sans impulsions. C'est la place des déments ou des idiots, à proprement parler.

A Dun, au contraire, les idiots ne sont pas admis, parce qu'ils ne sauraient tirer avantage du traitement familial. Parmi les imbéciles, quelques-uns seulement peuvent être soignés dans les familles.

Les aliénés ayant des idées de suicide ne sont pas exclus; on écarte seulement les persécutés dont le caractère peu sociable n'est guère compatible avec le traitement de la colonie.

Voici quelques chiffres donnés par les médecins de Dun, au Congrès de médecine mentale de 1898 (1).

Les *déments* séniles sont au nombre de 109 sur 565 malades,

(1) Marie et Vigouroux, *Sur la colonisation familiale* (*Congrès des aliénistes et neurologistes de France*, 1898).

donc 32,2 p. 100; en y ajoutant 80 démentes organiques, on arrive à 43 p. 100.

Cette proportion est énorme, en la comparant surtout à celle de Gheel, où le pourcentage des déments n'est que de 6 p. 100 (120 sur 1983 malades); à Lierneux, il est de 6,4 p. 100. Il est juste de considérer que la colonie de Dun, de date toute récente, a été spécialement fondée dans le but de recevoir des déments.

Parmi les 80 démentes organiques, se trouvent 10 paralytiques générales, dont 5 sont atteintes de paralysie générale à évolution lente, avec longues rémissions.

Malgré les réserves que nous avons faites au sujet des *persécutés*, le nombre des délirants persécutés, à Dun, est de 18,5 p. 100; mais, ce sont des malades inoffensifs, de l'avis même des médecins traitants, « à cause de la sélection opérée entre les persécutés, et, aussi, à cause de l'âge avancé de nos malades et de la période de leur maladie ».

La proportion des *mélancoliques* est de 13,3 p. 100. L'article 18 de la loi belge exclut, de la colonie de Gheel, les malades à idées de suicide. Pourtant, le chiffre élevé des mélancoliques que les médecins des asiles de la Seine n'ont pas craint d'envoyer à Dun et l'expérience de plusieurs années, démontrent que la théorie n'est pas tout à fait en accord avec la clinique. Certes, s'il s'agit d'un mélancolique héréditaire à idées de suicide bien définies et en pleine activité, on ne l'enverra pas dans la colonie familiale. Ce sont surtout les cas de mélancolie produits, en grande partie, par la misère physiologique, par la lutte pour la vie, ce sont ces cas « *a miseriâ* » qui bénéficient du traitement dans les familles.

Tandis que la clinique a prouvé que cette catégorie de malades ne guérit pas aisément dans les asiles fermés, l'expérience de Dun a démontré que ce sont les premiers guéris dans la colonie. « Plus le mode d'assistance est libéral, disent les médecins de Dun, plus grande est la somme de bonheur, sous forme de liberté, de douceur dont

peut jouir le malade, moins ces idées auront de chances de retour. »

Des *maniaques*, même, ont été traités à Dun, dans la proportion de 1,8 p. 100. Naturellement, ce ne sont pas les vrais maniaques qui exigent un traitement actif dans une salle d'alitement, mais des agités mentaux qui gesticulent, bavardent et chantent, sans nuire à personne.

Le nombre des *idiots* est considérable dans les colonies étrangères, de 37 p. 100 à Gheel, 34 p. 100 à Lierneux. A Dun, il n'est que de 3,7 p. 100, chiffre minime.

Les idiots doivent être soignés dans un asile spécial. Là, seulement, ils tireront profit d'un traitement pédagogique. Ils sont incapables d'apprécier l'excellence du traitement familial. D'ailleurs, les vingt et un malades de Dun sont, en réalité, des imbéciles, c'est-à-dire d'un degré plus élevé dans l'échelle de la dégénérescence mentale. Ils sont capables de fournir une certaine somme de travail.

Pour conclure sur la question des colonies familiales de la France et de l'étranger, on est forcé de reconnaître que ce mode de traitement a de grands avantages, *surtout si l'on surveille de fort près le choix des malades pour lesquels il est indiqué*. Il y aurait lieu d'augmenter le nombre des colonies familiales et de diminuer d'autant celui des asiles, surtout si une expérience plus longue confirme les bons effets qu'on peut en retirer.

Ce ne sont pas seulement des refuges pouvant abriter quelques déments et quelques imbéciles, mais des colonies où les aliénés convalescents profitent surtout des avantages d'un traitement tout libéral.

Article VIII. — *Placement des aliénés chez des particuliers.*

Le traitement des aliénés dans des maisons particulières, chez des nourriciers dispersés, a été pratiqué à l'étranger, en Allemagne, en Angleterre, en Écosse, en Amérique.

UNIVERSITY OF LEEDS.

A vrai dire, ce n'est pas un mode de traitement, mais le simple placement d'un aliéné chronique, inoffensif, chez un gardien (*private dwelling system* du Dr Sibbald).

On avait essayé, en Angleterre, depuis longtemps, le *cottage-system*, ou séjour des aliénés dans des maisons privées.

A plusieurs reprises, des aliénistes (1) ont tenté de vulgariser ce système, applicable principalement aux malades aisés. Il paraît avoir donné d'excellents résultats à Mould, surtout durant la convalescence.

C'est en Écosse que ce traitement a pris particulièrement de l'extension. On plaçait les aliénés inoffensifs chez des particuliers voulant bien se charger de leur donner des soins, moyennant une rétribution pécuniaire. Ce système était en application depuis longtemps; mais, jusqu'en 1878, les aliénés étaient mal soignés, bien qu'une commission eût la charge d'y veiller, dès 1857. Depuis une quinzaine d'années, le sort des malades ainsi traités s'est amélioré et le nombre des aliénés soignés dans des maisons particulières a augmenté.

La loi de 1857 oblige le *Board in Lunacy* à une active surveillance. Les commissaires visitent les aliénés au moins une fois par an ; les médecins aliénistes inspectent à peu près dans la même proportion; aux îles de l'Ouest, les malades ne voient le médecin inspecteur que tous les deux ans. C'est surtout le médecin de la paroisse qui les visite, chaque trois mois, et fait un rapport sur leur état mental et physique.

Les conditions de l'application du système sont :

1° Le choix des malades;

2° Le choix des gardiens;

3° Une convenable inspection.

Il faut être hors d'atteinte des besoins de la vie sexuelle pour être admis dans les maisons privées.

(1) Toller, *Suggestions for a cottage asylum* (*Journ. of ment. Science*, 1864, p. 342). — Robertson, *On several means of providing the yearly Increase of pauper Lunatics* (*Journ. of ment. Science*, 1865, t. X, p. 486). — Hawkins, *A plea for convalescent homes in connection with asylums for insane poor* (*Journ. of ment. Science*, 1871, p. 107).

Nous n'avons pas à apprécier plus longuement ce régime qui ne s'adresse pas aux aliénés proprement dits, mais concerne plutôt les déments et les idiots.

Article IX. — *Traitement chez les infirmiers.*

« Ce système ne peut s'appliquer qu'à une proportion très limitée de malades, à cause du petit nombre de familles de paysans vivant au voisinage de l'asile, ou de familles d'infirmiers, logées dans son enceinte, mais en dehors des services communs, capables d'assumer une semblable responsabilité et de s'en acquitter convenablement. Ce ne peut donc être, au point de vue de la réforme du régime des aliénés, qu'une mesure tout à fait exceptionnelle. » Voilà ce qu'écrivait Foville fils (1) en 1870. Nous ne sommes pas tout à fait du même avis ; les malades peuvent tirer un réel profit du mode de traitement chez les infirmiers.

Tous les ans, des infirmiers se retirent des asiles. On pourrait les loger aux environs, dans des maisons convenablement installées. Le médecin enverrait chez l'infirmier un ou deux malades du même sexe. Les aliénés y vivraient en pleine liberté, travaillant et prenant part aux soins du ménage.

Ce système a de grands avantages. Quoique libre et hors de l'asile, le malade se sent encore surveillé, il s'observe, se domine. Le voisinage de l'asile le tient en tutelle, et cela est préférable à la mise en liberté brusque, sans transition.

Le second avantage, non moins appréciable, c'est que le malade est soigné par des gens du métier, qui savent le ménager. Il n'en est pas de même dans les familles et dans les colonies familiales. A Gheel, les nourriciers n'apprennent à vivre avec les aliénés que d'une façon empirique ; ils n'ont pas l'éducation préalable de l'infirmier qui a passé des examens et a acquis les notions exactes de sa profession.

(1) Foville fils, *Les aliénés*, Paris, 1870, p. 179.

Le seul inconvénient, c'est qu'il y a peu d'infirmiers comparativement au nombre d'aliénés. Mais cet obstacle s'effacerait si, le temps aidant, on arrivait à bâtir autour de l'asile des maisons qu'habiteraient les anciens infirmiers. Tout en cultivant des champs qu'on leur concéderait, ils prendraient soin des malades qui leur seraient confiés. Ce serait là un sérieux progrès.

ARTICLE X. — *Traitement dans les maisons de santé libres.*

Si un grand nombre de sujets profitent de l'isolement dans un asile, ou du traitement dans une colonie, d'autres, moins atteints, y trouvent une aggravation qui, suivant l'opinion qu'exprimait Batty Tuke, peut aller jusqu'à la démence.

Dans notre organisation actuelle, tout malade, présentant un délire plus ou moins actif, est soigné à l'asile. Ainsi les épileptiques, les hystériques, les choréiques, les neurasthéniques, les hypocondriaques, ayant un délire passager, sont séquestrés dans un asile pour jouir des avantages de l'isolement. Ce mode de traitement n'est plus à discuter; mais, il n'en est pas de même quand il s'agit de simples névrosés. Il faut, certes, les isoler, mais non plus à l'asile. Le milieu morbide, qui a ses avantages pour les aliénés simples, serait défavorable aux névrosés.

Ceux-ci conservant presque toujours leurs facultés et la conscience de leur état s'impressionneraient fâcheusement dans un tel milieu ; le contact des autres malades leur serait fort pénible.

Il faudrait créer pour les névrosés indigents la maison de santé telle qu'elle existe en France et à l'étranger pour les classes aisées.

La maison de santé libre a ses avantages sur l'asile d'aliénés. Les névrosés peuvent y entrer à leur volonté, sans formalités, y rester le temps qu'ils veulent et en sortir à leur gré ; ils savent quel est leur mal et se soumettent assez faci-

lement. Au contraire, quand on veut les faire entrer dans un asile d'aliénés, ils protestent, font valoir qu'ils ont l'esprit sain et finalement refusent tout traitement.

CHAPITRE II

ASILES SPÉCIAUX

ARTICLE Ier. — *Asiles pour les aliénés criminels, dangereux et vicieux.*

S'il y a une question de haute importance médicale et sociale, c'est celle de l'internement des aliénés criminels.

Un homme s'attaque à autrui, le tue ou le blesse; des doutes s'élèvent sur l'intégrité de ses facultés : les médecins aliénistes l'examinent et le reconnaissent irresponsable.

Qu'en va-t-on faire?

Tout n'est pas fini quand le délinquant ou le criminel a bénéficié d'une ordonnance de non-lieu ou d'un acquittement, en raison de son état mental. Cet aliéné, qui échappe ainsi à la responsabilité de ses actes, va-t-il pouvoir se remettre, au gré de sa folie, en conflit avec les lois? Si oui, il est certain que sa présence dans la société est un danger permanent. C'est ce dont ne se sont pas assez préoccupés les législateurs de 1838.

Il y a donc, là, une lacune que les médecins légistes cherchent à combler. Mais, avant de voir où en est cette question, en France, il n'est pas inutile de connaître ce qui s'est fait à l'étranger à ce sujet et d'examiner les lois se rapportant à l'aliéné criminel.

En *Allemagne*, les criminels, acquittés pour irresponsabilité,

sont soumis au même régime que les aliénés ordinaires et soignés dans les mêmes conditions. Cela veut dire qu'il n'existe pas, non plus, chez nos voisins, une législation particulière pour les criminels irresponsables.

En *Belgique*, où l'on s'est spécialement occupé du sort des aliénés, il n'existe pas encore de loi spéciale. Mais, dès 1859, un projet de loi a été élaboré et soumis à l'Académie royale de médecine. Dans son rapport, cette société savante admet la nécessité d'un asile pour les aliénés criminels et pour les aliénés dangereux.

Le Jeune, ministre d'État, a présenté un projet très étudié, dont le but est la création, aux frais de l'État, d'asiles affectés exclusivement aux criminels irresponsables.

En *Russie*, l'aliéné criminel, acquitté par les tribunaux, est confié à sa famille ou à d'autres personnes consentant à se charger de cette surveillance; ou bien, il est placé dans un asile.

En *Suisse*, dans le canton du Tessin, l'aliéné criminel est soumis à un régime spécial; il est interné par l'autorité judiciaire dont l'autorité administrative exécute l'ordre.

L'internement est ordonné sur l'avis d'experts désignés par le juge.

En *Angleterre*, les aliénés criminels sont également envoyés dans des asiles spéciaux, sur l'ordre du secrétaire d'État. Ce ministre a le pouvoir d'ordonner le transfert du malade d'un asile dans un autre.

En *France*, on s'est depuis longtemps occupé de cette importante question. Elle a été bien exposée par Barbier, premier président honoraire de la Cour de cassation, qui explique ainsi ce qu'est un aliéné dangereux et ce qu'il faut en faire (1) :

(1) Paul Garnier, *La folie à Paris*, 1890 : préface par le président Barbier.

« Quand la science a reconnu, a proclamé l'irresponsabilité de l'agent, le magistrat s'incline; la loi ne peut punir là où il n'y a pas de coupable.

« Mais à défaut d'un coupable, il y a un être essentiellement dangereux. Or, qu'arrive-t-il le plus souvent? Le prévenu d'un crime, par exemple d'un attentat contre les personnes, vient d'être renvoyé de la prévention ou acquitté de l'accusation, à raison de son inconscience légale. On le séquestre, on le place dans un asile. Là, sous l'influence d'un traitement rationnel, son état s'améliore, le malade semble guéri. Mais c'est un malade d'une nature particulière. N'importe, le devoir du médecin, en présence des dispositions de la loi, c'est de lui ouvrir les portes de l'asile.

« Voilà donc rendu à la société un être qui a été un fou criminel. Or, j'ose dire que la récidive est à présumer. De tristes et monstrueux exemples ne l'ont que trop démontré.

« Un meurtrier instinctif redevenu libre! est-ce qu'il n'y a pas là de quoi épouvanter toutes les consciences? Il est irresponsable, avez-vous dit; mais n'allez-vous pas assumer une large responsabilité dans les nouveaux crimes que vous lui donnez la facilité de commettre?

« La raison crie bien haut : au-dessus du respect de la liberté d'un être reconnu dangereux, il y a le principe de la sécurité sociale; l'*asile de sûreté s'impose*. Pour ces individus « louvoyant sur les frontières du crime et de la folie », si leur place n'est pas dans la prison, elle l'est encore moins dans l'asile proprement dit. Là ne doivent pas être traitées les infirmités morales nocives, pour emprunter dans son euphémisme le langage de la science.

« Un établissement spécial doit être réservé aux aliénés criminels. Un quartier de prison, spécialement affecté à ces fous dangereux, n'est pas une création suffisante. Une séquestration particulière pour cette catégorie d'aliénés dangereux, un régime spécial sont nécessaires.

« Celui qui a été l'instrument d'un attentat à la vie humaine, ne peut pas être facilement rendu à la liberté. Il ne doit l'être, après de très longues et très sérieuses épreuves, que par une décision de la justice, éclairée par les rapports *ad hoc* d'une commission médicale. »

On discuta la question des aliénés criminels pour la première fois en 1872, à la Société de législation comparée, puis, en 1877, à la Société de médecine légale, et surtout au Congrès de médecine mentale de 1878. Billod demande la création de deux asiles d'aliénés criminels.

Lunier était d'avis qu'il faut créer des asiles spéciaux pour les aliénés criminels, sortes d'établissements qui auraient place entre les asiles ordinaires et les prisons. Mais le plus remarquable de tous les discours lors de ce Congrès fut celui de Barbier, alors président de la Cour de cassation. La justice, dit-il, ne doit juger que les coupables; la question des aliénés criminels ne regarde que les aliénistes, et il propose la formation d'une commission mixte, composée de médecins pour ce qui concerne la science, du préfet pour l'administration et du procureur pour l'autorité judiciaire. Cette proposition fut agréée par le Congrès. Mais elle concernait surtout la sortie des aliénés. La commission doit examiner, au besoin avec d'autres aliénistes, si tel malade réclamé peut sortir, sans crainte d'une rechute.

A ce même Congrès, on émit le vœu relatif à la création de quartiers ou d'asiles spéciaux pour les aliénés dits criminels.

En 1880, à la Société médico-psychologique, Dally (1) ouvre le débat sur la question des aliénés criminels, par une communication sur les responsabilités. En 1881, la discussion continue avec Motet, Falret, Christian, Delasiauve, etc.

Au Congrès de médecine mentale, à Anvers, 1885, Semal, de Mons, présente un rapport très intéressant dont les con-

(1) Dally, *La responsabilité morale et la responsabilité sociale* (*Ann. méd.-psych.*, 1881).

clusions sont adoptées à l'unanimité ; il demande la formation d'une commission mixte pour l'examen des prévenus.

En 1889, au Congrès de Paris, la question est à l'ordre du jour, par suite des communications de Motet et Vétault (1) et de Paul Garnier (2).

Motet a demandé, à plusieurs reprises, dans de nombreuses sociétés médicales de France ou de l'étranger (3), la création d'établissements spéciaux pour les aliénés criminels. En parlant de l'asile de Gaillon, en 1894 (4), il réclamait un asile pour les aliénés dangereux, quelque chose de plus que la sûreté de Bicêtre.

Au Congrès pénitentiaire de 1895 (5) les conclusions suivantes furent votées, sur sa proposition :

« I. — Dans tous les cas où un individu, poursuivi pour crime ou délit, aura été relaxé comme irresponsable de l'acte imputé, il sera interné dans un établissement d'aliénés, par mesure administrative.

« L'irresponsabilité de l'inculpé, à raison de son état de démence, sera constatée dans l'ordonnance de non-lieu. Celle du prévenu, renvoyé pour la même cause, des fins d'une poursuite correctionnelle, ou bénéficiant d'un arrêt de non-lieu, sera constatée dans le jugement ou dans l'arrêt.

« Celle de l'accusé traduit devant la cour d'assises et qui aura été acquitté pour cause de démence, sera constatée par le jury, en réponse à une question qui lui sera posée par le président des assises, suivant les termes de l'article 64 du Code pénal, soit d'office, soit sur le réquisitoire du ministère public, ou sur la demande expresse de la défense.

« La décision judiciaire intervenue dans l'un des cas ci-

(1) Motet et Vétault, *De la responsabilité des alcoolisés* (*Congrès international de médecine mentale*, 1889).

(2) Paul Garnier, *Congrès de médecine mentale*, Paris, 1889.

(3) Motet, *Actes du Congrès pénitentiaire international de Saint-Pétersbourg* de 1890, Berne 1892, t. II, p. 267.

(4) Motet, *Ann. méd.-psych.*, 1894, t. XX, p. 459.

(5) Motet, *Congrès pénitentiaire international de 1895 de Paris Rapport de la 3e section*, p. 215).

dessus prévus, sera transmise par le ministère public, à Paris, au préfet de police, aux préfets dans les départements, avec une notice individuelle dont la forme sera déterminée par un règlement d'administration publique.

« II. — Si la sortie est demandée, le malade doit être examiné, comme le demandait déjà Barbier, par un aliéniste, le préfet et le procureur général. Si la commission juge que l'individu n'est pas suspect de rechute, sa sortie sera ordonnée. Dans le cas contraire, il sera sursis de droit à sa sortie. »

Au même Congrès, devant la deuxième section, Magnan prenait la parole sur l'internement des aliénés criminels.

Ballet (1) émettait, de son côté, les propositions suivantes :

« 1° La législation actuelle est insuffisante à protéger la société contre les délinquants criminels, déclarés irresponsables pour cause de maladie mentale. Il y a lieu de la modifier.

« 2° Les délinquants ou criminels pathologiques se divisent en plusieurs groupes; l'internement doit être pour les uns définitif, pour les autres, temporaire ou intermittent.

« 3° Il est à désirer que la magistrature ait à intervenir d'office, pour ordonner la séquestration des aliénés criminels reconnus, après enquête médicale, irresponsables et dangereux.

« C'est à elle aussi que doit incomber la mission d'autoriser la sortie définitive ou provisoire de l'asile, quand l'enquête médicale l'aura reconnue opportune.

« 4° Il n'y a pas lieu de créer des asiles spéciaux pour les aliénés dits criminels.

« 5° Mais il serait nécessaire d'avoir un ou des établissements intermédiaires à la prison et à l'asile pour y interner, par jugement, les fous moraux et certains autres délinquants criminels, dont la responsabilité, en justice, est considérée comme atténuée. »

(1) Ballet, *Des mesures législatives contre les délinquants « dits irresponsables »* (*Ann. méd.-psych.*, 1895).

Cette question des asiles criminels revient souvent à la Société médico-psychologique. C'est ainsi que nous trouvons une note de Colin (1) en 1894, et une discussion sur la mise en liberté des aliénés dits criminels, en 1895 (1), entre Falret, Christian, Roussel et Charpentier.

Au Congrès de médecine mentale de 1896 (2), l'un de nous, rapporteur sur la question de l'internement des aliénés, concluait ainsi :

« En résumé, pour assurer, d'une part, le traitement et la surveillance des aliénés et garantir, d'autre part, la sécurité des personnes, en un mot, pour remplir à la fois les devoirs que l'humanité et le souci de la défense sociale nous imposent, il y aurait lieu de reconnaître dans notre organisation hospitalière spéciale :

« 1° L'*Asile clinique* ou asile de traitement proprement dit, peu différent de l'hôpital ordinaire, avec application de « l'open-door » pour les deux tiers environ de sa population.

« 2° L'*Asile de sûreté*, destiné aux irresponsables *foncièrement dangereux*, séquestrés en vertu d'un jugement, dont l'effet se poursuivrait autant de temps que leur état serait de nature, par légitime présomption d'une rechute, à mettre en péril la sécurité publique.

« 3° L'*Asile prison*, réservé aux criminels devenus aliénés en cours de peine (type Gaillon) (3). »

En 1897, Motet et Paul Garnier insistent, encore une fois, devant la Société générale des prisons, dans une réponse à Constant, sur la nécessité des asiles spéciaux.

Au Congrès de médecine légale de Bruxelles, en 1897, Brouardel et Motet font valoir des arguments en faveur de la création d'asiles spéciaux.

(1) Colin, Motet, Charpentier, *Sur le fonctionnement de l'asile des aliénés criminels de Gaillon* (*Société méd.-psych.*, séance du 30 juillet 1894). — *Société méd.-psych.*, séances du 24 juin et du 30 décembre 1895.

(2) Paul Garnier, *Congrès de médecine mentale* Nancy, 1896.

(3) Paul Garnier, *Internement des aliénés*, Paris, 1898.

Enfin en 1897, au Congrès de médecine mentale de Toulouse, Vigouroux et Colin font une communication sur la *question des aliénés criminels.*

Depuis près de trente ans, on s'est donc constamment préoccupé de cette grave question ; depuis trente ans, on réclame des asiles spéciaux et une juridiction particulière concernant l'internement et la sortie des aliénés criminels. Cependant, les asiles, si fréquemment réclamés, ne sont pas encore construits ; et, dans l'état actuel des choses, la société n'est pas suffisamment défendue contre cette classe de criminels qui, pouvant être mis en liberté suivant le bon plaisir d'un médecin ou d'un magistrat, rentrent dans la vie ordinaire sans plus de garanties.

L'aliéné dangereux se calme à l'asile au bout de peu de jours. La vie s'écoule désormais sans incidents, sans accès convulsifs ou délirants. Quel parti prendre? L'état actuel ne nécessite plus l'internement; le malade a commis un crime dans un instant de délire, mais ce délire a disparu. Reparaîtra-t-il? On l'ignore. Faut-il, en prévision d'un retour possible, retenir le criminel à l'asile?

Les avis sont partagés.

Pour les uns, l'*internement définitif* est nécessaire; pour les autres, cette mesure inflexible ne peut s'appliquer, sans base certaine, à tous les aliénés criminels.

On comprend quelles doivent être les perplexités de l'aliéniste, à qui seul incombe la responsabilité d'une décision, d'où peut résulter un nouveau crime.

Les critiques passionnées dirigées contre la loi du 30 juin 1838 ont eu, à peu près, pour unique objet, la prétendue insuffisance des garanties qu'elle exige pour l'*entrée* des malades dans les asiles. Il eût fallu plutôt lui reprocher cette insuffisance de garanties en ce qui concerne la *sortie* des sujets, guéris ou paraissant l'être, mais pouvant devenir dangereux, dans l'avenir, pour la société.

L'expérience journalière a démontré la lacune. Il y a donc lieu de reviser la loi de 1838, non pour la bouleverser, mais pour la compléter.

Nous aimons à croire que les vœux émis depuis 1872 par tant d'assemblées seront réalisés prochainement et qu'on n'aura plus besoin d'argumenter sur la matière. La question est actuellement devant le Sénat; si la solution peut encore se faire attendre quelque peu, elle ne saurait pourtant être douteuse.

En ce qui concerne les criminels devenus aliénés, citons le vote du Congrès pénitentiaire de Paris, 1895 (1) : « Dans le calcul de la durée de la peine pour les condamnés, atteints d'aliénation mentale, doit être compté le temps pendant lequel l'aliéné est enfermé à l'asile spécial ou ordinaire. »

L'organisation des asiles pour criminels. — Comment doit être organisé l'asile destiné aux aliénés criminels? Quelle catégorie de malades doit-on y interner et y soigner? Ce sont là les points intéressants de la question.

La sûreté de Bicêtre avec ses sinistres cellules, l'asile de Gaillon avec ses quartiers d'agités, les asiles en général, et celui d'Évreux en particulier, ne peuvent nous servir de modèles.

Ici, il est nécessaire de distinguer entre les condamnés frappés d'aliénation mentale, en cours de peine, — individus qui, pour diverses raisons, doivent former une classe à part, — et les délinquants ou criminels jugés irresponsables. Aux premiers, un asile du type Gaillon, mais amélioré, peut convenir : c'est l'*asile prison*. Pour les seconds, il faut réserver l'*asile de sûreté*, d'un type moins sévère et qui doit offrir des garanties contre les évasions.

L'aliéné criminel sera dans l'asile de sûreté ce qu'est l'aliéné dans l'asile clinique : un malade. Le régime ne devra ressembler en rien à celui des prisons.

(1) *Congrès pénitentiaire international de 1895*, 2e section, p. 541.

Une salle de surveillance avec chambres d'isolement et une infirmerie constitueront la partie centrale, se rapprochant ainsi de l'asile clinique. Les arrivants, les aliénés en plein délire, les agités y seront soignés, sous une surveillance très sévère. La proportion des infirmiers de Gaillon est de 3 pour 10 ou 12 malades; ils sont doublés d'auxiliaires, qui sont, malheureusement, des condamnés en cours de peine. La proportion de 3 pour 10 nous paraît suffisante.

A côté de la partie centrale, formée par la salle de surveillance, seront disposées les autres parties de l'asile : la salle de lecture, le réfectoire, le dortoir...

Les ateliers doivent être confortablement aménagés. Les malades travailleront, s'ils en sont capables. Le travail, ici, est un traitement. Dans l'oisiveté et l'inaction, le sujet perd toute préoccupation morale de s'affranchir; au contraire, il recherche des moyens de fuite, de vengeance. Le travail ennoblit même l'aliéné vicieux. Il faut donc donner à chacun, d'après ses capacités, une occupation manuelle ou intellectuelle. Mais, afin de provoquer quelque émulation, quelque stimulant, le travail devra être rémunéré : à Gaillon, le salaire de la journée est de 1 fr. 25. C'est un encouragement salutaire.

Choix des malades. — Quant à savoir quels sont exactement les malades qu'on doit recevoir dans l'asile de sûreté, c'est, là, le point vraiment délicat.

Dans le rapport de Motet (1) sur l'asile de Broadmoor (*criminal lunatic asylum*), nous trouvons des citations intéressantes, concernant les aliénés qu'on doit interner dans les asiles spéciaux.

Le Dr Bucknill établit les catégories suivantes :

« 1° Les convicts, qui deviennent aliénés pendant qu'ils subissent leur peine dans les prisons du gouvernement;

« 2° Les aliénés criminels, dont les tendances dangereuses

(1) Motet, *Broadmoor* (*Ann. méd.-psych.*, 1881, juillet-décembre, p. 411).

ou le caractère pervers rendent le contact préjudiciable pour les autres aliénés.

« 3° Les aliénés dangereux, mais qui n'ont pas été envoyés en prison et, de là, à l'asile, sous un ordre, pour avoir commis un crime quelconque, quoique leur vie ait été habituellement criminelle. Les aliénés ayant commis des actes pendant leur détention. »

Le tableau général suivant (de Broadmoor) donne le chiffre des crimes commis par 412 des aliénés présents au 31 décembre 1879 ; 71 (54 hommes, 17 femmes) avaient été transférés des prisons où ils subissaient leur peine ; les autres appartenaient à la classe des aliénés reconnus tels, soit avant, soit pendant l'instruction, ou acquittés comme aliénés après jugement, ou condamnés et bénéficiant d'un sursis pour cause d'aliénation mentale.

Meurtre	213	Vol de chevaux	6
Tentatives de meurtre ; blessures graves	108	Vol d'objets de peu de valeur	1
Homicide involontaire	5	Incendie et destruction criminelle par le feu	27
Dissimulation de part	2	Dommages causés avec préméditation	2
Rapt	1	Crimes comportant la peine de mort	4
Voies de fait	7	Autres délits	2
Voies de fait avec intention d'enlèvement	6	Envoi de lettres contenant des menaces	2
Crimes contre nature	7	Tentatives de suicide	3
Crimes de lèse-majesté ; attaques séditieuses	3	Outrages à la morale publique par la voie de la presse	1
Vol avec effraction, la nuit, dans une maison habitée	10		
Vol de moutons	2		

De cette étude, il résulte que depuis vingt ans, déjà, on se préoccupe, à l'étranger, non seulement du genre des malades, mais surtout de la nature des délits commis d'où l'on puisse tirer l'indication de l'internement dans l'asile spécial.

Et pourtant, ce n'est pas seulement d'après l'acte qu'il faut se prononcer et interner dans l'asile de criminels. Supposons un paralytique général au début de son affection, arrêté pour vol ou tentative d'assassinat : si l'on juge d'après l'acte, c'est

un malade désigné pour l'asile de sûreté ; mais, cliniquement, le paralytique est inconscient du délit qu'il a commis et qu'il a oublié quelques heures après. Sa place est évidemment dans un asile ordinaire.

Les mesures que l'on doit prendre contre les aliénés découleront donc, non pas du délit, mais de la nocuité que révèle l'état mental du sujet (1).

Voici un exemple entre tant d'autres : un persécuté-persécuteur nourrissait une haine implacable contre son beau-père, ce n'était pas un criminel car il ne s'était jamais rendu coupable du moindre attentat. On l'envoie à la suite d'extravagances à Ville-Évrard, d'où il s'enfuit et se cache dans Paris. Quinze jours après, il va se poster à la porte du bureau de son beau-père, et, à sa sortie, tire sur lui et le blesse.

Voilà donc un aliéné non criminel, qui, soigné dans un asile ordinaire, trouve le moyen de fuir pour mettre à exécution son projet homicide. De par son délire seul, il était à classer parmi les aliénés dangereux.

Le paralytique de tout à l'heure a été dangereux, fortuitement ; actuellement, c'est un dément inoffensif. Le persécuté-persécuteur, qui n'a pas été offensif avant son internement, est un être dangereux, contre lequel il faut se précautionner.

L'asile de criminels ne doit donc pas s'ouvrir seulement aux aliénés coupables d'un délit plus ou moins grave, mais encore aux fous reconnus dangereux par la nature de leur délire.

Le type de l'*aliéné dangereux* incurable est le délirant chronique, dont l'affection se systématise et évolue très lentement. Du jour où le délirant désigne son prétendu persécuteur, sa place devrait être dans un asile de sûreté.

Les *persécutés-persécuteurs*, dont nous avons donné un exemple vécu, sont également incurables ; ils commettent souvent des attentats homicides.

Les *dégénérés obsédés et impulsifs* peuvent être consi-

(1) Paul Garnier, *Soc. gén. des Prisons*, 1897.

dérés, le plus souvent, comme incurables. Toutefois, on peut mettre un terme à leur séquestration, quand la période d'exacerbation est passée et qu'ils sont améliorés par le traitement.

Les *débiles*, à perversions instinctives, dont quelques excès d'alcool éveillent l'agressivité constitutionnelle, sont des êtres toujours nuisibles. On doit les conserver dans l'asile de sûreté au delà de la durée d'un délire éphémère.

Ainsi donc l'asile spécial pour criminels dangereux et vicieux est d'une nécessité évidente pour la société.

Article II. — *Asiles d'alcooliques.*

Pendant qu'on discute dans les sociétés médicales, que de partout le cri d'alarme s'élève contre l'alcool, là-bas, près de l'asile de Ville-Évrard, on pose la dernière pierre à l'asile d'alcooliques. D'ici peu de temps il sera inauguré.

Quel est l'avenir de cet asile? Quel en sera le résultat, au point de vue social? Nous l'ignorons. Échouera-t-il, comme tant d'autres choses humaines, et retombera-t-il à la simple banalité d'un asile à portes hermétiquement closes? L'avenir en décidera. L'asile de Villejuif fut construit pour les déments ; on y rencontre aujourd'hui toutes sortes d'aliénés, des idiots, des épileptiques. Le même sort est-il réservé à l'asile d'alcooliques de Ville-Évrard? Il faut espérer que non.

Cet asile sera unique en son genre; nous voulons croire qu'on saura lui conserver son caractère, et qu'il sera la grande école de l'anti-alcoolisme, d'où sortiront des apôtres aguerris pour prêcher la tempérance.

Tandis qu'en Amérique on possède, depuis longtemps, des asiles spéciaux pour les alcooliques, en France, on ne s'occupe de leur sort que depuis peu.

Pourtant Bergeron, dès 1871 (1), trouvait qu'il était néces-

(1) Bergeron, *Rapport sur l'alcoolisme* (*Acad. de médecine*, 5 décembre 1871).

saire, pour lutter contre l'alcoolisme, de créer des asiles analogues à ceux des États de l'Union.

Jules Falret, en 1872, demandait à la Société médico-psychologique, s'il n'y avait pas lieu « dans l'intérêt des malades, comme dans celui des finances départementales, de créer des hôpitaux spéciaux ou des sections spéciales pour y recevoir des individus atteints de délire alcoolique aigu, et, s'il était possible, d'instituer en France des asiles spéciaux pour la séquestration des ivrognes d'habitude (1) ».

En 1877, au Sénat, Testelin proposa un crédit de 200 000 francs, pour étudier l'organisation administrative et médicale des asiles et hôpitaux d'Amérique et d'Angleterre, destinés à la guérison des ivrognes.

Berthelot (2), en 1882, constatait que les sujets conscients de leurs penchants, et qui demandent la réclusion, ne peuvent entrer dans une maison spéciale; ils sont « condamnés à boire, jusqu'à ce qu'ils aient présenté les signes positifs d'une lésion mentale qui leur donne droit à la séquestration ». Il réclamait « une maison de buveurs habituels, destinée à l'internement volontaire ».

En 1889, au *Congrès international de médecine mentale* de Paris, la question fut discutée. Dès ce moment, la création de l'asile d'alcooliques est partout réclamée.

Motet et Vétault (3) demandent « qu'il soit pourvu, par la création d'un ou de plusieurs établissements, à l'internement des ivrognes d'habitude, des alcoolisés ayant commis des crimes ou des délits, et ayant bénéficié d'une ordonnance de non-lieu, en raison de leur état mental..., que ces établissements, ayant le caractère de maisons de traitement, et non de

(1) Falret, *Sur la séquestration des alcooliques* (*Soc. méd.-psych.*, 29 janvier 1872). — *Les aliénés et les asiles d'aliénés*, Paris, 1890.

(2) Berthelot, *Les maisons de santé pour les buveurs habituels en Angleterre et en Amérique* (*Soc. de méd. et d'hyg. prof.*, 25 janvier 1882 *et Ann. d'hyg.*, 1882, tome VII, p. 242).

(3) Motet et Vétault, *Rapport sur la responsabilité des alcoolisés* 1889.

maisons de répression, soient organisés avec une discipline sévère, que le travail y soit imposé ».

En 1892, Magnan, dans son rapport annuel, recommande, non seulement, qu'on crée un asile d'alcooliques, mais aussi une maison de traitement pour les ivrognes. Dans ces maisons seraient soignés les internés volontaires et les individus adonnés notoirement à l'ivrognerie, dont les parents ou les amis réclameraient le placement ; ainsi que les individus, condamnés plusieurs fois pour délits d'ivresse, incapables de s'amender par leur propre volonté, et qu'un traitement prolongé pourrait, au contraire, débarrasser de leurs habitudes d'intempérance. L'asile d'alcooliques qui grouperait les alcoolisés, disséminés aujourd'hui dans tous les services, aurait l'immense avantage de pouvoir soumettre ces malades à un traitement rationnel et efficace basé sur l'abstention des boissons spiritueuses.

En 1892, Magnan et Legrain furent chargés, par le Conseil supérieur de l'Assistance publique, du soin de rédiger un rapport sur la question. Après une discussion sur ce rapport (1895), le Conseil émet le vœu « que l'Administration encourage la création d'établissements spéciaux pour les aliénés alcooliques et l'organisation de quartiers spéciaux dans les asiles ».

Le projet fut adopté et suivi d'exécution ; l'asile d'alcooliques, avons-nous dit, sera bientôt inauguré.

Quel sera le mode d'organisation ? Comment doit-on concevoir le fonctionnement d'un asile de ce genre ?

On ne peut prendre comme modèles les quelques asiles de l'étranger.

Les établissements suisses et allemands (1) sont dus à l'initiative privée. Le nombre des hospitalisés est restreint et on n'y admet pas les alcooliques délirants.

Les asiles anglais (2) sont libres ; les malades peuvent y

(1) P. Sérieux, *L'assistance des alcooliques en Suisse et en Allemagne* (*Bull. de la Société de méd. ment. de Belgique*, mars 1895).

(2) P. Sérieux, *Les établissements pour le traitement des buveurs*

UNIVERSITY OF LEEDS.

entrer et en sortir au gré de leur volonté. En Amérique, ils diffèrent en ce sens qu'ils admettent les ivrognes.

L'asile d'alcooliques de la Seine s'écartera des autres établissements analogues par les points que nous allons étudier. Il différera des asiles de Suisse et d'Allemagne, parce qu'il sera public, départemental; des asiles anglais, par la restriction apportée aux sorties, qui ne seront pas volontaires. Il ne ressemblera pas à ceux d'Amérique, car les simples ivrognes n'y seront pas reçus; pour ceux-ci, il faut un établissement différent. Enfin, l'asile de la Seine dépassera tous les autres en importance par le chiffre élevé de malades qui pourront y être admis; ce chiffre sera de 500.

Dans les établissements suisses et allemands, on n'est point partisan des grandes agglomérations; le nombre des pensionnaires est systématiquement limité à 30 ou 40. La cure du buveur nécessite, en effet, outre l'abstinence et le travail, un traitement psychique pour lequel les grands asiles ne sont pas favorables.

Ceci est le point noir. Le traitement individuel ne sera pas possible à l'asile d'alcooliques de Ville-Évrard, pas plus qu'il ne l'est dans les différents établissements de la Seine, toujours encombrés. Au moins l'Administration aura-t-elle la précaution d'augmenter le nombre des médecins, afin d'équilibrer les exigences du traitement avec le chiffre de la population ?

Quelle sera l'organisation intérieure de l'asile ? Nous pensons qu'un hôpital inauguré aux premiers jours du XX^e^ siècle, ne peut être qu'un établissement parfait, et nous aimons à croire qu'il ne laissera aucune prise à la critique.

Un asile d'alcooliques, comme celui de Ville-Évrard, où 500 malades pourront être soignés et abrités, doit être divisé en trois parties bien distinctes; il répondra sans doute à la description que nous avons donnée de l'asile-hôpital

en Angleterre et aux États-Unis (*Bull. de la Société de méd. ment. de Belgique*, juin 1895). — *Les asiles de buveurs* (*Ann. d'hyg.*, 1896, 3^e^ série, tome XXXV, p. 308).

agricole ; construit sur de vastes terrains, entouré de jardins, il ne devra guère être qu'une colonie, avec ses trois divisions : un hôpital central pour l'alitement, un petit asile de surveillance et des salles pour les colons.

Les alcooliques entrants passeront par la salle d'alitement. Ils y seront examinés et étudiés par le médecin, surveillés par le personnel.

La salle d'alitement est indispensable dans le nouvel asile ; son usage ne sera pas seulement approprié aux délirants alcooliques simples, mais aux sujets atteints d'une affection intercurrente.

Le pavillon de surveillance se trouvera dans une autre partie de la colonie, pas trop éloigné de la salle d'alitement et du logement des médecins chefs et assistants.

La troisième division comportera les dortoirs, les salles à manger, les salles de lecture, etc., pour les colons en traitement. Les ateliers seront dans cette partie du bâtiment.

Les malades. — Quel genre d'alcooliques seront traités à l'asile spécial ? Car, on ne peut prétendre que tout individu alcoolisé doit être reçu dans un hôpital d'alcooliques. Avant de désigner les individus pour lesquels l'indication est formelle, éliminons ceux dont la place est dans un établissement ordinaire.

Dans ce groupe il faut ranger, d'abord, les aliénés *maniaques*, *paralytiques* ou autres, qui, au début de leur maladie, se livrent à la boisson et nous arrivent avec un appoint éthylique. Après examen et connaissance prise des commémoratifs, on distingue facilement ces malades des alcooliques vrais, et le diagnostic suffit à indiquer leur envoi dans un établissement ordinaire.

L'asile d'alcooliques éliminera les *pervers alcooliques vétérans*, ces tristes sujets qui viennent périodiquement échouer à l'asile, pour retourner au cabaret au bout de quelques semaines d'hygiène et d'abstinence. Pour eux, l'asile fait partie

de leur existence, et ils y reviendraient d'autant plus volontiers qu'on ne les considérerait plus, à l'avenir, comme des aliénés vulgaires. En outre, à cause de l'influence pernicieuse qu'ils sont capables d'exercer sur les autres, ces pervers invétérés doivent d'emblée être éliminés et isolés des alcooliques. Sur eux, ni les conseils, ni l'hygiène, ni l'ensemble de la mise en scène et du traitement n'ont de prise. Débarrassés momentanément de leur intoxication, guéris des troubles qui en ont été la conséquence, ils sortiront en promettant tout, en prodiguant les serments solennels, mais déjà décidés à ne rien tenir. On doit interner ces récidivistes incorrigibles et si souvent dangereux à l'*asile de sûreté*, ainsi que l'un de nous l'a déjà demandé (1).

Les *dipsomanes* ne peuvent être considérés comme des alcooliques. Ce sont des dégénérés à syndromes impulsifs qui ont, en dehors de l'accès, horreur de l'alcool. Dans une maison de santé ordinaire, ils seront mieux à leur place.

L'asile d'alcooliques doit être surtout réservé aux *débutants*. Pour ceux-ci, l'internement est nécessaire, et la guérison définitive est assez probable.

Parmi les malades à admettre on peut donc choisir : les individus atteints pour la première ou deuxième fois de *délire alcoolique* aigu ou subaigu; les *alcooliques chroniques* avec ou sans délire, mais paraissant décidés à guérir; les *convulsifs* d'origine alcoolique.

Pour certains auteurs, les divers intoxiqués, les *morphiniques*, les *cocaïniques* relèvent de l'asile d'alcooliques. Nous ne sommes pas de cet avis. Si le morphinique a le désir de se guérir, la maison de santé, dont nous avons parlé, s'offre à lui. Mais si sa volonté n'est pas assez forte pour résister, et si des troubles mentaux apparaissent, c'est l'asile-hôpital qui lui convient.

Régime de l'asile d'alcooliques. — On doit prohiber dans un tel établissement toute boisson contenant de l'alcool;

(1) Paul Garnier, *Internement des aliénés*, 1898.

il ne faut pas admettre le prétexte que la suppression brusque entraînerait le delirium tremens.

Tous, médecins, malades, familles, doivent savoir qu'aucune boisson alcoolique ne pénétrera à l'asile. Et même l'abstention sera recommandée au personnel. La réussite et la bonne renommée de l'asile de Ville-Évrard sont à ce prix. Si l'on veut que le malade s'habitue à l'eau, il ne faut pas que ses yeux tombent sur un infirmier qui boit du vin; il ne faut pas qu'il songe à se dire : « L'alcool est bon pour eux, mauvais pour moi, bon pour tous, sauf pour moi. »

L'abstinence du personnel sera la meilleure leçon pratique pour les malades et leurs parents. En constatant qu'un sujet sain et travailleur peut vivre sans goûter au vin, ils seront bien près d'être convaincus, et bien mieux que par les meilleures démonstrations statistiques.

Rouby (1) propose plusieurs mesures pour assurer la prohibition de l'alcool : il n'y aura qu'une seule entrée et un seul concierge ; les fournisseurs feront leurs livraisons dans une vaste salle de dépôt, sans avoir besoin de traverser tout l'asile, et sans pouvoir, ainsi, entrer en contact avec les malades. Une clause spéciale spécifiera que les fournisseurs seront frappés d'exclusion, au cas où leurs employés introduiraient une boisson alcoolique quelconque.

Article III. — *Asile pour les épileptiques et les hystériques.*

Par la nature des crises, l'épilepsie est une maladie nerveuse qu'on peut traiter dans un hospice ordinaire ; mais, par les accès délirants paroxystiques, elle devient une folie, et c'est à l'asile qu'il faut alors soigner le malade.

Voilà déjà deux points qui se contredisent ; l'un proclamant l'épileptique un malade nerveux, l'autre un aliéné. Ce n'est pas tout. Supposons que l'épileptique, à l'hôpital, présente des

(1) Rouby, *Hôpital d'alcoolisés* (*Ann. méd.-psych.*, septembre 1894).

troubles psychiques; il faut l'interner à l'asile. Là, les crises diminuent, les troubles psychiques disparaissent. Que faire? Garder le sujet à l'asile ou le renvoyer à l'hôpital?

En supposant que l'épileptique, par la nature de l'éréthisme psycho-moteur des centres, soit considéré comme un aliéné, il cessera de l'être au bout de peu de jours, quoique demeurant épileptique. Il redeviendra un homme sain d'esprit, ayant des crises, des convulsions espacées et menacé toujours de nouveaux troubles psychiques.

La loi de 1838 ne permet pas qu'on garde dans les asiles les aliénés guéris. L'épileptique, qui n'offre plus de troubles mentaux, ne peut plus être considéré comme aliéné; il doit donc être renvoyé.

Qu'adviendra-t-il de ce malheureux que les ateliers ne conservent pas, que les patrons congédient, que les hôpitaux refusent et que les asiles ne peuvent garder? Nous songeons au sort des idiots, au sort des enfants imbéciles; n'est-ce pas aussi un devoir de chercher à améliorer celui des épileptiques?

L'épileptique n'est absolument ni un aliéné, ni un simple nerveux; il faut donc créer quelque chose d'intermédiaire entre l'asile et l'hôpital pour le soigner, l'assister.

Il n'existe pas d'asile spécialement affecté à ces malades, ni dans le département de la Seine ni en province. Les épileptiques de la Seine sont envoyés dans deux ou trois services : les hommes à Bicêtre et à Ville-Évrard, les femmes à Villejuif, où des quartiers leur sont réservés. Et, là, les inconvénients sont ceux que nous avons signalés. Les malades ont leur section pour dormir, manger, c'est vrai; mais, dans les ateliers, dans les services généraux, ils restent en contact avec des aliénés. En outre, on les renvoie dès que les troubles cérébraux paroxystiques ont cessé.

Il faut donc créer des asiles-colonies pour les épileptiques. Il faut le faire, non seulement dans un but d'humanité, mais pour préciser la frontière de cette psycho-névrose et poursuivre scientifiquement sa guérison.

Ainsi, le progrès même de la science actuelle réclame le traitement des épileptiques dans une colonie spéciale; les malades y seront traités et pourront, par leur travail, pourvoir à leur nourriture. En Westphalie, à Bielefeld, la colonie des épileptiques est établie sur ces principes et a donné des résultats déjà satisfaisants.

C'est Peterson, parmi les auteurs modernes, qui nous paraît avoir le plus insisté sur la nécessité de créer, non pas des asiles, mais des colonies d'épileptiques. Il serait opportun, selon lui (1), de recueillir et d'assister tous les épileptiques qui sont à la charge de leur famille. Il faut fonder des villages ou des communautés où l'on pourrait les occuper suivant leurs aptitudes, en même temps qu'ils y trouveraient toute l'assistance, tous les soins moraux et médicaux dont ils auraient besoin.

Peterson, après une visite à la grande colonie d'épileptiques de Bielefeld, en Allemagne, eut l'idée d'établir aux États-Unis une colonie du même genre. Grâce à ses efforts, il put obtenir un décret de l'État de New-York, et l'asile de Craig-Colony fut fondé (2).

La description de cette colonie est instructive et montre ce que doit être un asile d'épileptiques.

Craig-Colony. — Craig-Colony, ainsi nommée en mémoire de feu Oscar Craig, de Rochester, ancien président du Conseil supérieur de l'assistance publique, est située dans la vallée de Genesee. Elle occupe une surface d'environ 1900 arpents. La terre y est extrêmement fertile et comprend une grande variété de champs, de bois, de prés et de vallons. La ferme, les jardins, les vergers sont florissants et produisent un revenu de 60000 à 75000 francs.

La loi, autorisant la fondation de la colonie, a statué qu'elle

(1) Peterson, *De l'assistance des épileptiques* (*American Journ. of Insanity*, janvier 1894).

(2) Peterson, *Note sur la colonie de Craig* (*Annales méd.-psych.*, 1896, IV, p. 51).

serait disposée comme un village. Pour se conformer à cette exigence, le conseil d'administration confia à un architecte de talent la mission d'établir les plans d'un village industriel et agricole, d'après les règles les plus récentes du progrès. Craig-Colony n'a nulle part l'aspect d'un asile; elle a plutôt celui d'une petite ville de province.

A mesure que les malades y arrivent, on leur donne une occupation appropriée à leurs aptitudes. Les uns sont chargés de l'exploitation des fermes, de la culture des jardins et des vergers; les autres sont occupés à élever de nouvelles habitations. Il y a, parmi eux, des tailleurs, des cordonniers, des imprimeurs, des relieurs, des maçons, des forgerons, des charpentiers, des peintres, etc. En un mot, tous les genres de métiers qui constituent la vie d'un vrai village, se trouvent réunis dans la colonie, avec cette seule différence que les citoyens de cette communauté sont des épileptiques.

Les ressources de la propriété sont telles que les habitants de ce village, unique en son genre, peuvent y trouver tous les approvisionnements qui leur sont nécessaires.

De la sorte, les nombreux malades se suffisent sans recourir à la charité publique.

Choix des malades. —Tous les épileptiques sujets à des crises fréquentes et à des troubles psychiques, à la suite des accès, seraient envoyés à la colonie type, dont nous souhaitons la fondation en France.

Mais, il y a différentes épilepsies. Il y a l'*épilepsie essentielle*, l'*épilepsie symptomatique*, l'*épilepsie partielle*. L'asile spécial sera pour les malades atteints d'épilepsie essentielle. Nous écartons les éthyliques chroniques, sujets à des crises convulsives, par intervalles, qui sont destinés aux asiles spéciaux d'alcooliques. Nous excluons, de même, les autres formes d'épilepsie toxique.

Dans la *paralysie générale*, la crise épileptique, ou plutôt épileptiforme, se montre souvent, mais le sujet

devra être traité à l'asile-hôpital pour la maladie primitive.

Enfin, l'épilepsie partielle qui débute par un membre pour se terminer par des convulsions généralisées, sera soignée à l'hôpital.

Après avoir établi ces distinctions, il faut revenir à la forme essentielle qui doit nous occuper surtout.

Une élimination s'impose encore ici. Parmi les épileptiques, il se trouve des sujets vicieux, insociables, qu'on ne peut garder dans une colonie du genre de celle dont nous parlons. Ce sont des esprits frondeurs, batailleurs, indisciplinés. Si on les accepte, il faut les isoler dans un quartier à part.

Il existe, aussi, parmi les épileptiques des êtres dangereux, et en assez grand nombre. Ce sont ceux qui, après les crises, sont sujets à l'excitation, aux impulsions : ils sont capables de délits graves. On pourrait les soigner dans la colonie, mais en les isolant à chaque accès et en les soumettant à une surveillance assidue. S'il s'agissait d'un épileptique criminel, arrêté pour avoir commis un délit pendant son accès, par égard pour les autres malades qui seraient froissés de se trouver avec lui, il serait préférable de l'envoyer à l'asile spécial pour aliénés criminels.

L'asile serait donc réduit à l'admission des seuls épileptiques, ayant des crises rares ou fréquentes, avec ou sans troubles psychiques. Ce serait plutôt une colonie qu'un asile, « une ville », comme le dit Peterson, où chacun travaillerait pour gagner sa vie, où il y aurait, pour chacun, un traitement et un régime pour tous.

L'open-door. — Si l'on n'hésite pas à appliquer l'open-door dans les asiles ordinaires, à plus forte raison doit-on l'exiger dans une colonie d'épileptiques. La liberté, sous le contrôle de la discipline, est une condition de réussite.

Le travail. — L'épileptique travaillera selon ses aptitudes, ses capacités. Les champs de culture, s'ils sont étendus, suffiront à la nourriture des malades, l'excédent sera endu pour la rétribution de leur travail.

Le travail est non seulement un avantage économique pour une telle colonie, il est surtout un mode de traitement.

Les ateliers doivent être vastes et nombreux.

Un point sur lequel Peterson a justement insisté, c'est l'éducation. Il ne s'agit pas ici d'instruire la jeunesse seulement, mais aussi les adultes par des leçons pratiques sur leur métier, qu'ils doivent chercher à perfectionner. Il faut donner à ceux qui semblent en avoir le goût et les aptitudes des leçons de peinture, de chant, de musique instrumentale, tâcher de former un orchestre, etc. Tous ces détails forment un ensemble moral qui influe favorablement sur la guérison.

Les hystériques. — A côté des épileptiques, il y a les hystériques à crises graves.

Pour cette classe de malades, l'hôpital ne suffit pas et l'asile ne convient guère. C'est sans doute à la colonie d'épileptiques que serait leur place; c'est là qu'ils pourront recevoir les soins dus à leur état.

Nous sommes amenés, ainsi, à parler des hystériques femmes, dont le nombre est assez important dans les asiles et les hôpitaux, quoiqu'elles ne devraient point y être hospitalisées. L'asile d'alcooliques sera ouvert aux deux sexes, pourquoi la colonie d'avenir pour épileptiques ne s'ouvrirait-elle pas aux comitiaux des deux sexes et aux hystériques convulsifs ?

On aura fait un grand pas en avant quand, après l'ouverture de l'asile d'alcooliques, le Conseil général s'occupera de voter les fonds nécessaires pour la construction d'une colonie mixte d'épileptiques et d'hystériques. Ce n'est pas là une utopie et il y a lieu d'espérer que le jour est proche où l'on songera sérieusement à cette fondation.

Article IV. — *Asiles pour les enfants idiots et dégénérés.*

Les enfants *aveugles* et *sourds-muets* sont l'objet de toute l'attention de la société qui leur a ouvert, il y a longtemps,

divers établissements publics ou privés ; c'était un devoir. Depuis un siècle, on s'occupe des *enfants assistés*, et, en ces derniers temps, des *enfants moralement abandonnés*. Les *enfants tuberculeux*, *rachitiques*, *scrofuleux*, sont soignés dans des maisons spéciales; c'est encore fort bien. Seuls, les *enfants idiots* et dégénérés manquent de soins, autant en France qu'à l'étranger.

Pourtant, on fit, autrefois dans notre pays, quelques essais d'hospitalisation ; ces essais remontent au XVII^e^ siècle.

C'est à la Salpêtrière qu'on plaça d'abord les enfants idiotes, puis, à Bicêtre les petits idiots.

La Salpêtrière fut inaugurée le 14 mai 1656, avec 628 femmes de tout âge. Il y avait, d'après Boucher (1), « 192 enfants depuis deux ans à six ans ».

En 1840, dit Davenne, « le ministre de l'Intérieur ayant décidé que la loi de 1838 était applicable aux idiots et imbéciles, les enfants ne pouvaient plus résider dans un autre établissement qu'un asile d'aliénés. En conséquence, le Conseil général des hospices fit transférer ceux qui se trouvaient dans d'autres établissements à l'asile de Bicêtre (2) ».

En 1873, le Conseil général de la Seine décida de transformer en colonie de jeunes idiots, les bâtiments de la ferme de l'asile de Vaucluse. « Sans nous faire trop d'illusions, dit le rapport, sur les résultats qui pourront être obtenus dans l'état intellectuel de ces enfants, il n'est pas douteux, pour nous, qu'ils seront là beaucoup mieux que dans l'enceinte d'un asile d'aliénés, qu'à Bicêtre, notamment; que leur développement physique y gagnera certainement et que celui-ci, réagissant sur le moral, pourra déterminer quelques améliorations aussi de ce côté (3). »

Il serait superflu de fournir des renseignements sur tous les

(1) Boucher, *Salpêtrière, son histoire de 1656 à 1790*, Paris, 1883.
(2) Davenne, *Rapport sur les aliénés*, p. 62.
(3) Constant, Lunier et Dumesnil, *Rapport général sur le service des aliénés en 1874*, Paris, 1878.

asiles de province, où des quartiers sont réservés aux enfants [voir à ce sujet l'intéressant rapport de Bourneville (1)]; nous ne nous occuperons que des services spéciaux des asiles de la Seine.

Il n'est pas inutile de rappeler, d'abord, comment on est arrivé progressivement au traitement et à l'éducation des enfants arriérés. Le côté historique a ici son intérêt.

Historique du traitement. — A la fin de l'an VII, des chasseurs, au nombre de trois, aperçurent, dans les bois de la Caure (Aveyron), un enfant de onze à douze ans, environ, qui, effrayé de leur présence, grimpait sur un arbre.

Le petit *sauvage de l'Aveyron*, comme on le désignait, fut amené à Paris et examiné par Pinel et Itard. Pinel le déclara atteint d'*idiotisme incurable*. Itard, nourri d'idées philosophiques et pédagogiques, se chargea de l'éducation de cet enfant. « Cette erreur de diagnostic d'Itard, dit Bourneville, nous a valu les deux beaux rapports dans lesquels il expose les nombreux procédés qu'il a employés pour perfectionner le malheureux enfant idiot qui lui avait été confié. Ces rapports, à peu près inconnus des médecins, tout à fait ignorés de ceux qui s'occupent de l'enseignement, sont pleins d'aperçus originaux (2). Ils constituent, pour employer les expressions de Delasiauvé, « un premier chapitre important de l'*Éducation des idiots.* »

C'est Ferrus qui, le premier, organisa, à Bicêtre, une école où, tous les jours, on conduisait les enfants et les adolescents paraissant capables d'apprendre quelque chose. En 1831, J.-P. Falret entreprit le même traitement, à la Salpêtrière.

(1) Bourneville, *Assistance, traitement et éducation des enfants idiots et dégénérés* (*Rapport fait au Congrès national d'assistance publique, Session de Lyon*, 1894, Paris, 1895).

(2) Itard, *De l'éducation d'un homme sauvage ou des premiers développements physiques et moraux du jeune sauvage de l'Aveyron*, Paris, 1801. — *Rapport sur les nouveaux développements et l'état actuel du jeune sauvage de l'Aveyron*, Paris, 1807. — Les *Rapports* et *Mémoires* d'Itard ont été réimprimés en 1895 par le *Progrès médical*.

Vers 1834, F. Voisin institua pour les enfants idiots un *Établissement orthophrénique* qui ne dura que quelques années.

Un élève d'Itard et d'Esquirol, Séguin (1), fut, en vérité, le précurseur du traitement médico-pédagogique de l'idiotie.

A la suite de plusieurs publications (2), le préfet, par un arrêté, autorisa Séguin à continuer les essais pédagogiques que ce dernier avait commencés à l'hospice des incurables. En outre, le préfet chargeait les médecins de Bicêtre de suivre les progrès de cette méthode. Un an après, en 1842, Séguin était installé à Bicêtre. C'est en 1846 qu'il fit paraître son célèbre livre (3), qui fort peu connu en France, est classique à l'étranger; « il est encore aujourd'hui, le manuel modèle, pour ceux qui s'intéressent à l'éducation des idiots ». « Son remarquable système d'instruction et d'éducation des idiots, continue Walter Fernald (4), consiste dans l'exacte adaptation des principes de physiologie, par des moyens et des instruments physiologiques, au développement des fonctions dynamiques, perceptibles, réflexes et spontanées de l'enfance. Cette éducation physiologique des cerveaux défectueux, résultant de l'éducation systématique des sens spéciaux, des fonctions et du système musculaire, était considérée comme une théorie visionnaire, mais elle a été vérifiée et confirmée par les expériences modernes et par les recherches de psychologie physiologique. »

« L'école de Séguin, ajoute encore Fernald, fut visitée par des savants et des philanthropes de presque toutes les parties du monde civilisé, et sa méthode, portant l'épreuve de l'expérience, fut adoptée ; d'autres écoles, basées sur

(1) Esquirol et Séguin, *Résumé de ce que nous avons fait pendant quatorze mois*, Paris, 1838.

(2) Séguin, *Conseils à M. O..., sur l'éducation de son enfant idiot*, 1838. — *Théorie et pratique de l'éducation des idiots*, 1841.

(3) Séguin, *Traitement moral, hygiène et éducation des idiots et des autres enfants*, 1846.

(4) Walter E. Fernald, *The history of the treatment of the Feeble Minded*, Boston, 1893.

cette méthode, furent bientôt établies dans diverses contrées. »

En *Allemagne*, c'est en 1842 qu'une école fut fondée pour les idiots par Saeyert.

En *Angleterre*, sur l'initiative de miss White, de Bath, des asiles-écoles furent ouverts en 1846.

En *Amérique* (États-Unis), des écoles semblables furent organisées sous les auspices de Séguin, qui s'y rendit vers 1848.

Mais l'idée-mère vint de France, et c'est aussi en France que la première école s'éleva pour l'instruction des idiots.

Assistance des enfants idiots dans le département de la Seine. — I. *Colonie de Vaucluse* (garçons). — Nous avons dit à quel moment fut établie la colonie de Vaucluse, annexée à l'asile de Vaucluse (Seine-et-Oise).

A l'origine, le nombre des lits était de 116. En 1892 (12 décembre), le Conseil général, sur le rapport du Dr Dubois, décida qu'il y avait lieu de porter ce chiffre à 250, et il vota les crédits nécessaires.

Le service médical est assuré par un médecin et un interne à demeure.

L'enseignement est confié à deux instituteurs et à un surveillant.

Il y a quatre groupes d'enfants, d'après le degré de l'intelligence, les aptitudes et les connaissances.

La *4e division* comprend l'enseignement par les yeux, les leçons de choses : musée scolaire du Dr Saffray, couleurs, cadran horaire, etc.

Graduellement, l'enfant, arrive à la 1re *division*, où il apprend la lecture, la géographie, l'arithmétique, etc.

II. *Quartier de l'asile de Villejuif* (filles). — Les quartiers d'enfants de la Salpêtrière et le service de l'admission de l'asile Sainte-Anne étant encombrés, on a créé un quartier

pour les petites idiotes, à l'asile de Villejuif (1888). Le nombre des enfants varie de 75 à 100. Le médecin de la division des femmes et son interne assurent le service médical.

Pour l'enseignement, on a adopté les mêmes divisions qu'à Vaucluse. La 1re division est presque l'équivalent de l'école primaire. La couture est également enseignée.

III. *Section d'enfants de l'hospice de la Salpêtrière* (filles). — On retrouve ici les mêmes divisions pour l'enseignement.

Mme Pigeon, institutrice de la Salpêtrière, a fourni à Bourneville les renseignements suivants :

« La *1re classe* comprend les enfants de douze à seize ans, épileptiques, paralysées, hystériques.

« Dans la *2e classe* sont des paralytiques, des épileptiques et quelques idiotes. Leur âge varie entre huit et quinze ans.

« Dans la *3e classe*, la composition est la même, mais les idiotes dominent. Enfants de tout âge.

« Dans la *4e*, appelée *l'asile*, il n'y a guère que des idiotes ; plusieurs même sont gâteuses. Quelques-unes sont paralysées, et ne peuvent se tenir sur leurs jambes.

« Un ouvroir est annexé aux classes. Tous les enfants, dont l'intelligence le permet, y vont alternativement, à des heures déterminées.

« Trois fois par semaine, gymnastique, le matin, à huit heures et demie, pendant l'hiver. Le samedi, tous les enfants valides restent à aider les infirmières dans le service. »

Un point très intéressant est la *discipline*. Nous avons vu des choses si tristes ailleurs, que nous étions désireux de savoir comment on punit à la Salpêtrière.

« Les enfants sont en général bien disciplinées. Nous n'avons pour ainsi dire pas de punitions. Les deux plus fortes sont les réprimandes dans mon cabinet (c'est toujours Mme Pigeon qui parle), et la privation de récompenses. Les récompenses consistent, le plus souvent, en bonbons, tablettes de chocolat, gâteaux secs, etc. »

IV. *Section des enfants idiots et épileptiques de Bicêtre*. —

UNIVERSITY OF LEEDS.

C'est la section la plus importante. Jusqu'en 1879, la situation était déplorable. En 1882, sur les plans et projets de Bourneville, des modifications ont été adoptées et la réorganisation fut rapidement exécutée. Actuellement, le service comporte quatre divisions : le pensionnat, l'hospice, l'hôpital et la fondation Vallée.

a. Au *pensionnat*, il existe une *petite école*, qui comprend une salle pour les exercices de toilette, le service de propreté et le traitement du gâtisme, une salle de jeux, la classe de gymnastique, la classe de leçons de choses, la classe pour les notions de lecture.

Une *grande école*, divisée en quatre classes.

Un *musée scolaire*, contenant des animaux naturalisés, des minéraux, etc.

Un *gymnase* couvert.

Des *ateliers*.

Un *service balnéo-hydrothérapique* ; et, enfin des dortoirs au nombre de seize.

b. L'*hospice* se compose d'un étage comprenant quatre dortoirs de vingt lits chacun, et une salle de réunion au centre ; c'est le bâtiment des gâteux.

c. L'*hôpital*, comme son nom l'indique, est l'*infirmerie*, avec un *pavillon d'isolement* pour les maladies contagieuses, et un pavillon de cellules.

L'éducation médico-pédagogique appliquée à Bicêtre est celle de Séguin, modifiée par Bourneville, complétée ou perfectionnée sur différents points et plus *médicalisée*.

d. La *fondation Vallée* fait partie de la section des *enfants arriérés* de Bicêtre ; elle est réservée aux filles. Son historique est instructif et nous démontre qu'un simple instituteur peut faire œuvre aussi utile qu'un riche bienfaiteur.

Vallée était instituteur à Bicêtre. En 1840, on le chargea de l'éducation d'un enfant arriéré, de famille riche. Pour la commodité, on loua une maison à Gentilly. En 1847, Vallée acheta, dans le voisinage de cette demeure, une propriété et

fonda une institution privée. A sa mort, en 1885, il la légua au département de la Seine, à condition qu'elle fût affectée aux enfants pauvres.

La fondation Vallée est administrée par la direction et l'économat de Bicêtre. Elle fonctionne régulièrement depuis 1890.

Les enfants y reçoivent la même éducation médico-pédagogique qu'à Bicêtre, car la direction médicale en est la même.

En 1893, le Conseil général a décidé la création d'un asile de filles sur le domaine de la fondation. Il comprendra quatre cents filles idiotes et épileptiques. 235 000 francs ont été votés pour la construction.

Après ce rapide aperçu sur les asiles d'enfants arriérés du département de la Seine, faut-il se demander, avec Ball, pourquoi tant de frais, pourquoi chercher à instruire des idiots qui ne sauront jamais grand'chose et seront toujours des êtres inutiles pour l'humanité?

Le devoir de la société est d'abriter, d'entretenir ces malheureux enfants si totalement déshérités. Nous pourrions argumenter en faveur de l'utilité de l'assistance des idiots, mais Bourneville a défendu la cause avec tant de chaleur et de compétence que nous préférons lui laisser la parole.

Les motifs qui justifient l'assistance, le traitement et l'éducation des enfants idiots et dégénérés, sont nombreux : « Ni la misère, ni la richesse ne mettent à l'abri d'un tel malheur. L'observation montre que depuis le plus riche jusqu'au plus pauvre, tout le monde est exposé à avoir des enfants de cette catégorie.

« A côté de ces enfants, idiots au dernier degré, il en est un grand nombre d'autres, imbéciles ou arriérés, qu'on ne peut garder dans les écoles de la ville, parce qu'ils sont incapables de suivre les exercices des autres enfants et que leurs tics, leur insuffisance mentale, les rendent la risée de leurs camarades; que souvent, même, par leur brutalité, leur besoin

de mouvement, leurs contorsions, leurs crises convulsives, on les punit, on les met dans un coin, dans la cour : ils prennent l'école en dégoût, deviennent irritables, et les maîtres sont obligés de les congédier définitivement. Beaucoup vagabondent ou se sauvent sans motifs de la maison paternelle, servent d'instruments à de plus habiles, qui les poussent à des actes répréhensibles.

« On les arrête, parfois on les condamne. Ces fugues, ces arrestations, ces condamnations sont une cause permanente de démarches, de pertes de temps, d'inquiétudes et de douleurs pour les familles. »

Bourneville multiplie les exemples. Il faut lire ces pages pour dissiper tous les doutes qu'on pourrait avoir sur la nécessité absolue des services spéciaux d'enfants idiots :

« Il y a encore une autre considération qu'on peut faire valoir, ajoute-t-il, surtout aujourd'hui, dans notre État républicain, c'est l'obligation qui est inscrite dans la loi sur l'instruction primaire. Pourquoi ces enfants seraient-ils abandonnés? Pourquoi ne s'en occuperait-on pas? S'ils ne peuvent aller à l'école ordinaire, il faut voir ce qu'il convient de faire pour eux. L'obligation de l'instruction primaire nous fournit un argument nouveau au point de vue de l'assistance du traitement et de l'éducation de ces enfants (1). »

L'éducation. — L'éducation doit être confiée à un médecin compétent, secondé d'un instituteur non moins capable. L'exemple de Vallée est précieux.

L'âge du sujet a son importance ; plus il est jeune, plus l'instruction a de prise sur son cerveau. Aussi, doit-on commencer l'éducation dès la première enfance. On peut l'entreprendre à partir de deux à trois ans jusqu'à quatorze et quinze ans. Passé cet âge, il serait fort difficile d'obtenir un résultat.

L'éducation doit être, autant que possible, individuelle.

(1) Bourneville, *Assistance, traitement et éducation des enfants idiots et dégénérés, loc. cit.*, p. 144, 150, 179, 180 et suiv.

La première chose qu'il faut enseigner à l'idiot, c'est à manger. On lui montre à tenir sa cuillère, sa fourchette, son verre, à se servir de ses mains pour prendre les aliments. Et quand il ne sait pas mâcher, ce sont des aliments liquides qu'il faut lui donner, de la viande hachée, des pâtes alimentaires, etc.

Puis, vient l'enseignement de la marche. Séguin a imaginé la balançoire-tremplin pour forcer l'enfant à fléchir les jambes. On l'habitue à la marche en lui apprenant, d'abord, à se tenir debout, soutenu sous les aisselles par des barres parallèles ; on le lance un peu en avant, en le mettant dans un chariot, à direction fixe d'abord, mobile ensuite. Quand il a appris à marcher, on lui enseigne à monter et à descendre, au moyen d'escabeaux.

On fait, aussi, l'éducation de la main ; on montre à tenir les objets, à les serrer.

Aux enfants peu habiles, on apprend à s'habiller, à se déshabiller, à se boutonner, à lacer les souliers, etc.

L'enseignement des sens est également important, mais il est plus long et plus délicat.

Pour l'éducation de la parole, Bourneville et Boyer ont donné la marche à suivre.

Mais, en poursuivant tous ces efforts, il faut tenir compte d'un principe : n'enseigner à l'enfant que ce qu'il peut comprendre.

Après ces premiers essais qui s'adressent aux enfants tout jeunes, on procède à l'enseignement pédagogique proprement dit, applicable plutôt aux enfants épileptiques, hystériques, imbéciles, qu'aux idiots. A ces derniers, à force de patience et de perspicacité, on peut bien arriver à faire répéter quelques lettres ; mais, leur intelligence n'en pénètre pas le sens ; c'est donc peine perdue.

Aussi, dans les services spéciaux que nous avons énumérés plus haut, la lecture et l'écriture ne sont-elles enseignées qu'aux élèves qui ne sont pas atteints d'une si complète agénésie intellectuelle.

L'hygiène, qui est le point essentiel dans un asile d'idiots, doit être rigoureusement respectée. Les enfants seront tenus très proprement. Il faut souvent nettoyer les gencives, les dents de ceux qui bavent ou ont une mauvaise dentition.

La plupart des idiots sont gâteux. Il faut les placer, à heures fixes, trois ou quatre fois par jour, sur la chaise percée, jusqu'à ce que les fonctions des intestins et de la vessie soient accomplies.

Le massage, les frictions, conviennent à ceux qui ne peuvent bouger et sont condamnés à l'immobilité absolue.

On voit, par là, la nécessité de ces maisons spéciales, où l'enseignement, l'éducation peuvent être tentés et où, enfin, à défaut d'autre chose, une hygiène convenable peut être donnée à ces déchus de l'humanité.

Article V. — *Asiles pour les déments.*

La démence est la déchéance des cellules nobles du cerveau; c'est la fin de la vie mentale. Elle peut être progressive par suite de la sénilité, sans autre cause apparente que la régression produite par la vieillesse; à moins qu'elle ne soit la conséquence de lésions cérébrales ou d'une psychose.

Le placement s'impose souvent.

Des maisons de retraite existent déjà pour les vieillards sans troubles psychiques bien caractérisés.

C'est surtout pour les aliénés déments qu'il faut créer des asiles spéciaux.

Il est vrai que l'internement n'a pas de valeur curative dans ces cas; c'est une simple mesure d'assistance, ayant pour but d'éviter l'encombrement dans les asiles ordinaires.

Si le dément n'est pas turbulent, capable de se nuire ou de nuire aux autres, les familles peuvent le garder. A ces malades, surtout, convient l'assistance dans les familles. Le dément, admis à l'asile pour des troubles passagers, doit être en-

voyé dans une famille salariée. L'exemple de Dun-sur-Auron est fait pour encourager l'administration à augmenter le nombre de ces sortes de colonies.

Cependant, si les troubles mentaux sont accusés et persistants, c'est dans des maisons particulières que les soins seront donnés.

Ces maisons, élevées à la campagne autant que possible, seront placées sous la surveillance d'un médecin et des aides.

Le séjour au grand air est de toute nécessité au vieillard dément; nous insistons sur ce point. L'asile sera entouré de jardins, de verdure, bien ensoleillé. Les bâtiments seront composés d'un rez-de-chaussée de plain-pied avec le jardin; il n'y aura pas d'étages. Des galeries couvertes permettront la promenade en plein air par tous les temps.

Une salle sera réservée aux malades trop turbulents, aux impotents, aux paralysés; les gâteux seront soignés d'après les indications que nous donnerons dans un chapitre spécial.

CHAPITRE III

SOCIÉTÉ DE PATRONAGE POUR LES ALIÉNÉS GUÉRIS

C'est presque au lendemain de la promulgation de la loi de 1838 que la question des *sociétés de patronage pour les aliénés guéris* fut soulevée. Ayant constaté la lacune de la loi sur les aliénés, des philanthropes, des médecins se sont donné la tâche de la combler, par des secours privés, par l'organisation d'œuvres d'assistance. Tant que le malade est à l'asile, l'assistance publique, c'est-à-dire la société le soigne, le protège. Puis, quand il est guéri, cette même société le remet, de nouveau, aux prises avec les mêmes difficultés qui ont souvent contribué à la perte de son équilibre mental. La société semblait s'intéresser au sort de l'aliéné malade; elle reste indifférente aux souffrances de l'aliéné guéri.

Cazauvielh, interne à la Salpêtrière, a élevé, le premier, la voix contre cette injustice.

« En attendant que nous abordions toutes ces importantes questions, dit-il, je dois avouer, ici, qu'une pensée pénible, qui n'est cependant pas sans espérance, me préoccupe sérieusement; c'est que, dans quelques localités, et à Paris, surtout, le sort des criminels occupe vivement la sollicitude des philanthropes qui, après avoir travaillé à l'amélioration du sort de ces pauvres malheureux, au développement de leur intelligence et à la conservation de leur santé, continuent leur protection à ceux qui sortent des prisons, soit après un acquittement, soit au terme de leur peine ; mais, les aliénés qui sortent des établissements où ils ont été traités pendant un an et plus, sont délaissés dans les campagnes, sans asile, et sans occupation. Pourquoi ne trouveraient-ils pas les ressources que la philanthropie offre aux criminels? »

Après s'être élevé si éloquemment contre les oublis de la société, Cazauvielh parle des sociétés de patronage : « Que les hommes qui aiment à faire le bien, s'empressent donc de former des sociétés protectrices des malheureux aliénés, que la misère et le mépris, dont ils sont fréquemment accablés, provoquent à de funestes rechutes (1). »

Un an après cet appel, en 1841, Falret, médecin de la Salpêtrière, et l'abbé Christophe, aumônier du même établissement, entreprenaient l'œuvre du patronage des aliénés sortis guéris de la Salpêtrière.

En 1842, David Richard (2), directeur de l'asile de Stéphansfeld, lut sur ce sujet, au Congrès scientifique de France, tenu à Strasbourg, un mémoire d'où nous extrayons ce passage :

« L'aliéné indigent, qui a recouvré sa raison, sort joyeux

(1) Cazauvielh, *Du suicide, de l'aliénation mentale, et des crimes contre les personnes, comparés dans leurs rapports réciproques*, Paris, 1840.

(2) David Richard, *Du régime moral des aliénés, et de la nécessité d'un patronage pour les aliénés indigents guéris.* Mémoire du Congrès scientifique de France, Strasbourg, 1843.

de l'asile où il a été constamment traité avec les égards dus à sa souffrance. Rendu à la liberté, maître de ses actions, le cœur ouvert à l'espérance, il retourne avec empressement à ses anciennes relations. Chacun, pense-t-il, va se réjouir avec lui, l'aider à reprendre ses travaux, soutenir sa vie. Qu'il se trompe cruellement ! On ne veut pas croire à sa guérison, on le poursuit de l'épithète injurieuse de fou ; on interprète défavorablement toutes ses actions, toutes ses paroles; on lui refuse toute confiance ; la peur lui ferme toutes les maisons où il pourrait trouver du travail ; il reste isolé, bafoué, sans ressources ; désespéré, sa tête s'égare, il cherche un remède à ses maux dans le suicide ; ou bien, il est renvoyé dans l'asile où il n'aurait jamais dû entrer... Vous êtes ici, Messieurs, des représentants de la science et de la civilisation. Vous avoir signalé cette plaie cachée, c'est vous avoir persuadé qu'il faut la panser, c'est vous avoir prouvé l'urgence d'établir, dans chaque département, des sociétés de patronage qui se chargent de suivre, de protéger, d'encourager, de secourir les aliénés indigents que repousse un faux préjugé. »

Sur la demande de Richard, la 6e section consacra, par son vote, le principe de la formation d'une Société de patronage pour les aliénés indigents guéris.

L'exemple de Falret fut suivi, en 1843, par Baillarger et Mitivié qui créèrent, de leur côté, une nouvelle association. Pendant quelque temps, les deux sociétés marchèrent isolément, poursuivant le même but ; puis, elles fusionnèrent pour se fortifier. « Cette combinaison, écrivait Dalasiauve, en 1854, s'opéra sans secousses et sous l'empire d'un seul sentiment : le désir de donner plus de développement aux bienfaits. L'association, sous sa nouvelle forme, étendit avec plus d'efficacité aux aliénés hommes l'assistance auparavant plus particulièrement affectée aux femmes et prit, à juste titre, le nom d' « Œuvre de la Salpêtrière et de Bicêtre ». Cette fusion paraît s'être faite en 1848.

A l'origine, le patronage consistait en secours. En 1843, un

asile fut affecté à la société, rue Plumet ; il fut transféré, plus tard, à Grenelle, rue du Théâtre n° 52, sous le nom d'*ouvroir Sainte-Marie*. En 1876, l'œuvre du patronage s'étendit à tous les aliénés indigents sortis convalescents des asiles de traitement du département de la Seine.

L'œuvre du patronage s'exerce sous trois formes principales :

L'asile-ouvroir ;

Les réunions du dimanche ;

Le patronage à domicile.

a. — L'*Asile*, dit J. Falret, est consacré uniquement à des convalescentes d'aliénation mentale. Elles y entrent volontairement et sont toujours libres d'en sortir quand elles le désirent. Ce n'est donc pas un asile fermé. De plus, c'est un *refuge* essentiellement *temporaire*. On ne doit pas y garder les patronnées au delà de trois ou quatre mois, c'est-à-dire le temps nécessaire pour leur trouver une position ou du travail qui leur permette de se suffire.

b. — Le second mode de patronage consiste dans les réunions du dimanche. Les patronnées, dispersées, nombreuses, ne peuvent être visitées ; on les invite à venir tous les dimanches, pour prendre un repas à l'asile-ouvroir. On s'informe de leur situation, de leur état, de leurs besoins ; on leur donne des secours, des conseils, des encouragements...

c. — Le troisième mode, c'est le *secours à domicile*. « C'est là, écrit J. Falret, le mode principal de notre patronage, celui pour lequel il a été fondé, et qui s'applique au plus grand nombre des convalescents, aux hommes comme aux femmes. Le but des fondateurs de notre œuvre a toujours été de suivre nos patronnées dans la famille et dans la société, à leur sortie des asiles, de leur faciliter le passage d'une vie de dépendance à une existence d'entière liberté, de leur venir en aide dans les premiers temps de leur sortie, pour les réconcilier avec leurs familles, trop souvent disposées à les abandonner, et pour leur trouver du travail et une position sociale qui leur permettent de subvenir à tous leurs besoins. »

L'œuvre est subventionnée par le ministre de l'Intérieur et par la charité privée. En 1889, les recettes s'élevaient à près de 40 000 francs, qui ont été intégralement dépensés; près de cent femmes ont été reçues à l'asile-ouvroir, et plus de huit cents personnes ont été secourues à domicile.

En dehors du département de la Seine, en province, il existe d'autres sociétés de patronage. Quelques-unes n'ont pu réussir; d'autres fonctionnent et prospèrent.

Bourneville, dans un rapport au Conseil supérieur de l'Assistance publique, Giraud, dans son remarquable rapport au Congrès de médecine mentale de la Rochelle (1893) ont donné des détails sur les sociétés de patronage des asiles de province.

L'Allemagne, la Belgique, l'Italie ont des sociétés analogues. Guislain, qui en avait compris l'utilité, légua une somme de 50 000 francs pour les aliénés de Gand. Mais l'effort de Guislain n'a pas réussi à attirer sur la question toute l'attention qu'elle méritait.

En Allemagne, l'organisation est meilleure et les sociétés de patronage pour les aliénés sont nombreuses.

Les sociétés de patronage n'ont pas seulement pour objet de procurer du travail aux aliénés sortants : elles ont d'autres résultats non moins utiles. Elles éclairent le peuple sur les causes sociales de la folie, l'alcoolisme, le surmenage, etc.; sur la nature et le traitement des maladies mentales. Elles facilitent l'entrée rapide des aliénés dans les asiles et les rapports des familles avec les malades. Les secours qu'on porte aux malades sortants ne sont pas seulement pécuniaires, ils sont aussi moraux. Nous donnons, à ce sujet, les conclusions de Giraud (1).

« 1° Tout asile devrait être, sinon pourvu spécialement d'une société de ce genre, au moins affilié à une œuvre de patronage, pour que l'assistance, si elle est encore nécessaire, ne s'arrêtât pas au seuil de l'asile.

(1) Congrès de médecine mentale de La Rochelle (1893).

« 2° L'organisation d'une société de patronage pour les aliénés sortant de l'asile est toujours possible.

« 3° L'organisation de sociétés de patronage doit varier suivant qu'on se trouve dans une grande ville, ou en dehors d'une grande agglomération de population.

« Dans le premier cas, on doit se préoccuper avant tout de procurer un refuge temporaire aux convalescents nécessiteux sortant de l'asile, afin de les mettre à l'abri de la misère, en attendant qu'ils aient trouvé une occupation.

« Dans le second cas, on doit surtout répondre aux nécessités de l'assistance pour les secours à domicile. Il faut donc, tout d'abord, constituer une caisse de secours distincte de celle de l'asile, avec un capital de réserve, et s'attacher des correspondants affiliés à la société, sur tous les points où l'assistance doit s'exercer.

« Le produit du travail des aliénés est appelé à jouer un rôle pour l'alimentation de la caisse de secours.

« Le patronage des aliénés étant lié à l'assistance donnée à l'asile, le personnel médical et administratif des asiles doit former partie intégrante des agents actifs de l'œuvre, et le siège de la société doit être, sinon à l'asile, au moins à proximité de l'asile. »

Nous ne pouvons qu'adhérer à ces conclusions et réclamer leur réalisation intégrale.

TROISIÈME PARTIE

ALIMENTATION

CHAPITRE PREMIER

LES ALIMENTS

La question du régime alimentaire des aliénés et des névrosés est l'une des plus importantes, il est à peine besoin de le dire, de la thérapeutique mentale.

L'homme valide perd, chaque jour, une certaine quantité d'azote, de carbone, d'eau et de sels, soit, en chiffres exacts, dans les vingt-quatre heures, 20 grammes d'azote, 310 grammes de carbone, 2000 à 3000 grammes d'eau et 30 grammes de matières salines. Ces éliminations quotidiennes, par les urines, les matières fécales, la respiration, les exhalaisons, etc., ces déperditions, résultant des actes multiples de la vie et de la nutrition, doivent être compensées. La balance doit être égale, pour l'entretien de la vie et de la santé, entre les déperditions et les acquisitions.

On donne le nom d'*aliment* à toute substance qui pénètre dans l'organisme pour maintenir cet équilibre et servir à la nutrition.

Il fut un temps où la faim et la soif étaient considérées presque comme un bien pour les aliénés. Pinel avait pourtant démontré qu'une bonne alimentation leur était indispensable.

Un régime exclusivement albuminoïde ou seulement azoté ne suffit pas; l'organisme, si souvent en déchéance chez les aliénés, profiterait plutôt d'une combinaison heureuse des hydrates de carbone, des albumines, des graisses, etc.

UNIVERSITY OF LEEDS.

Lailler (1) fait justement remarquer qu'on doit surtout donner des hydrates de carbone (fécules). Mais il n'en faut pas conclure que les malades n'ont point besoin de principes albuminoïdes et que ces substances provoquent, comme on le croyait, de l'agitation, des accès de fureur....

C'est au médecin d'approprier les diverses substances alimentaires à l'état physique du sujet ; mais, c'est au cuisinier de savoir les accommoder; son rôle dans l'alimentation des aliénés a bien son importance. « Un bon cuisinier, dit Clouston (2), est un aide pour tous, un plaisir pour beaucoup, mais une nécessité pour les malades. »

Le *lait* est l'aliment type, l'aliment parfait. Il joue un si grand rôle dans la thérapeutique et dans l'alimentation des malades, qu'un médecin du XVI^e^ siècle, Castei Laudensis (3), le considérait déjà comme un élixir vital.

Il contient, en effet, à l'exception des matières gélatinigènes, tous les principes alimentaires primordiaux : l'albumine, la caséine, le beurre, la lactose, l'eau et les sels.

Dès qu'il a pénétré dans l'estomac, le lait se modifie sous l'influence du suc gastrique. La caséine subit l'action de la pepsine, devient pepto-caséine et est absorbée ; la lactose devient acide lactique. Cette transformation digestive est très importante, comme l'a fait remarquer Charles Richet. Le lait régularise l'acidité du suc gastrique ; il crée l'acidité stomacale, quand elle fait défaut ; il diminue la sécrétion acide des glandes à pepsine, quand elle est accélérée.

Le lait contenant 900 grammes d'eau par litre, et surtout de la lactose, peut être considéré à juste titre comme diurétique.

Il a, en outre, une propriété dont on parle peu ; c'est le plus aseptique des aliments. Certes, avant d'avoir bouilli, il peut

(1) Lailler, *Ann. méd.-psych.*, 1899, I.

(2) Clouston, *Clin. Lect. on ment. Dis.*, 2^e^ édit., 1887.

(3) Joannis Castei Laudensis, *De lactis serique natura et in medicina usu*, 1595. In Kovalewsky, *Traitement et hygiène des maladies mentales et nerveuses.*

contenir des microbes pathogènes ; mais, une fois cette précaution prise, il constitue un excellent aseptique de l'estomac et des intestins.

Le médecin, connaissant toutes les qualités du lait, doit savoir en tirer parti.

Dans certains cas, on est obligé d'avoir recours à la cure de lait exclusive.

La cure de lait n'est pas une innovation moderne, elle a été pratiquée par Hippocrate et un grand nombre de médecins grecs et romains.

En France, elle fut préconisée par Chrestien (1), qui la mit au rang des traitements scientifiques. Serre d'Allais (2), Guinier (3), Pecholier (4), publièrent des travaux sur le régime du lait.

Aujourd'hui, la cure de lait est universellement adoptée.

En thérapeutique mentale, on emploie rarement le régime lacté absolu, si ce n'est à l'occasion des maladies intercurrentes (néphrites, etc.) avec ou sans fièvre.

Mais le lait, pris avec les aliments, le régime mixte, donne des résultats fort satisfaisants. Ainsi, aux mélancoliques stupides, nous en prescrivons de 1 litre 1/2 à 2 litres par jour, avec des œufs et de la viande crue.

Dans la manie, la mélancolie simple ou anxieuse, il est également précieux. Les malades se nourrissent mal, les uns trop distraits pour prendre le temps de manger, les autres en proie aux idées délirantes.

Dans l'épilepsie, au moment des crises, le lait est un excellent médicament qui facilite l'élimination des toxines, cause probable (5) des attaques.

Dans l'hystérie, le lait est également appréciable. Nous

(1) Chrestien, *Arch. gén. de méd.*, 1831, t. XXXII.
(2) Serre d'Allais, *Bull. de thérap.*, 1853, t. XLV.
(3) Guinier, *Bull. de thérap.*, 1857, t. LVI.
(4) Pecholier, *Montp. méd.*, 1860, t. XVI.
(5) Cololian, *La toxicité du sang dans l'épilepsie* (*Arch. de neurologie*, 1899).

soumettons certains hystériques et neurasthéniques au régime lacté exclusif, pendant deux et trois semaines, et les malades s'en trouvent bien.

On peut donner le lait tiède, chaud ou froid. Nous l'ordonnons tiède aux malades faibles, âgés; il doit être bouilli. Quelques-uns ne peuvent supporter le lait bouilli; nous recommandons, en ce cas, de le chauffer jusqu'à 80° ou 90°. A cette température, il ne contient plus de microbes nuisibles et conserve encore le goût du lait cru.

On doit donner le lait à des intervalles réguliers. Bien qu'il ne séjourne pas longtemps dans l'estomac, il ne faut pas en absorber plus de 200 à 300 grammes à la fois.

On peut également ordonner les laits médicamenteux, les laits fermentés, le Képhir, le Koumys, etc.

Nous ne pouvons omettre de parler des fromages, si riches en azote, par conséquent si substantiels.

Il faut exclure de l'alimentation des aliénés et des névrosés traités au lit, les *fromages faits* qui augmentent considérablement les ptomaïnes; on peut leur donner des fromages frais.

Les *œufs* sont des aliments complets. Ils sont plus ou moins rapidement digérés, suivant toutefois le mode de cuisson. Les œufs peu cuits sont plus propres que les autres à une facile digestion. Ils doivent entrer dans le régime des névrosés, préparés à la coque, ou sous forme d'omelette.

Les *viandes* sont des aliments très nutritifs; mais une alimentation exclusivement animale excite le système nerveux. « L'observation a démontré, dit le professeur Tarchanow, que la nourriture animale, surtout après une inanition, produit une forte excitation, une espèce d'ivresse (1) ».

Toutes les viandes ne sont pas, au même degré, digestibles; le degré de cohésion des fibres joue un rôle prépondérant. La

(1) Tarchanow, *Sur les poisons dans l'organisme de l'homme et des animaux* (trad. russe).

viande des jeunes animaux est moins dense, moins fibreuse. On peut ordonner du veau, du mouton, de l'agneau, du poulet, en portant aussi ses soins sur la préparation. Si la cuisson n'augmente pas la valeur digestive des aliments, elle y ajoute une réelle valeur par appétence.

La viande de bœuf, d'après Kovalewsky, sera prescrite aux aliénés et aux névropathes, avec beaucoup de discernement. Très utile dans tel cas, elle ne convient pas dans tel autre. On l'ordonne aux anémiés, aux mélancoliques stupides, aux déments, mais avec modération.

La *viande crue* convient aux stupides, dans l'alimentation artificielle. On la met, râpée, dans du lait.

Les *poudres de viande* ont, aussi, quelques avantages. La peptonisation en est facile, grâce à leur état moléculaire. L'assimilation de l'azote de la poudre de viande ne diffère pas sensiblement de celle des autres viandes. On peut en faire usage dans les cas de refus d'aliments, en suspension dans du lait, avec des œufs; mais, on doit écarter les poudres de viande qui ne seraient que médiocrement préparées.

La chair des poissons est assez facile à digérer, à l'exclusion des poissons gras.

La viande de porc, très grasse, doit être rarement permise. Inutile d'ajouter qu'il vaut mieux supprimer du régime des malades toute viande de gibier et la charcuterie.

Les *substances végétales* jouent un très grand rôle dans l'alimentation. L'amidon et les principes féculents, transformés par la salive et le suc pancréatique en glucose, sont bien absorbés par l'organisme.

Le pain et les autres préparations à base de céréales viennent en première ligne. Les pains ordinaires ne sont pas seulement nutritifs par la quantité d'azote qu'ils contiennent, mais aussi par les principes salins.

Les légumes féculents, surnommés *viandes du pauvre*, contiennent de la légumine, des amidons et des dextrines, des

substances huileuses, des sels et de l'eau. Ils sont fort nourrissants, et l'on doit donner largement aux malades des petits pois, des haricots (blancs ou rouges), des fèves et des lentilles ; ces dernières contiennent, en outre, des sels de fer.

Les légumes herbacés sont assez nutritifs, surtout ceux qui sont riches en azote, comme le cresson, les asperges, les champignons. Les légumes mucilagineux et salins, la laitue, la chicorée, doivent être servis, non pas en salade, mais cuits, ainsi que les légumes acides, oseille, tomates, etc.

Il faut écarter du régime les choux, les navets, plus difficiles à digérer.

Les *fruits* frais ou secs, les figues, le raisin, les pruneaux sont nourrissants par les acides, les sels, le sucre qu'ils renferment. Ils introduisent dans l'organisme, comme les légumes, des sels de chaux et de potasse.

Nous ne dirons qu'un mot des condiments ; ils sont nécessaires; ils excitent le goût, l'appétit et facilitent la digestion. Mais, à l'instar des médicaments dangereux, il faut savoir les manier. Trop de condiments fatiguent l'estomac et sont, surtout, nuisibles aux névropathes.

Devons-nous donner des indications spéciales pour le choix de la nourriture dans chaque forme de psychoses, de névroses? Cela nous conduirait loin dans le domaine de l'hygiène ; remarquons seulement que, d'une façon générale, dans les psychoses aiguës, dans les névroses, chez les malades alités, l'alimentation, quoique abondante, doit être surtout de facile digestion et riche, principalement, en hydrocarbures.

CHAPITRE II

LES BOISSONS

L'eau est la seule boisson indispensable à l'homme et c'est la première de toutes celles dont il peut faire usage. L'orga-

nisme a besoin, journellement, de 3000 grammes d'eau. Nous en absorbons sous diverses formes liquides près de 2 litres; le reste nous est fourni par les aliments qui en contiennent; elle est essentiellement nécessaire à l'organisme, à ses fonctions multiples.

L'eau est aussi le diurétique par excellence. L'absorption de l'eau par toutes les parties du tube digestif est très rapide, de même que son élimination.

C'est à peu près la seule boisson qu'on doive admettre et tolérer pour les nerveux et les aliénés. Dans certains cas, on peut prescrire des infusions de houblon, de gentiane, de réglisse, etc. Ces infusions facilitent la digestion, augmentent l'action diurétique de l'eau. Il est préférable de faire bouillir l'eau par crainte des microorganismes pathogènes.

Les boissons fermentées, le vin, la bière, etc., ne doivent point figurer dans le régime ordinaire des malades, sans prescription spéciale.

Les boissons aromatiques, le café et le thé, ne peuvent convenir aux névropathes. Le café est un excitant du système nerveux; il agit directement sur le cerveau. Pourtant, par la caféine, qui renferme une grande quantité d'azote, c'est un aliment, et un aliment tonique. Son action sur la circulation est reconnue. Il ne faut donc pas le bannir tout à fait, mais savoir l'ordonner dans les cas nécessaires et urgents, comme l'on ferait de la caféine.

QUATRIÈME PARTIE

LES AGENTS THÉRAPEUTIQUES

CHAPITRE PREMIER

AGENTS CHIMIQUES

Tout l'arsenal pharmaceutique, ou à peu près, a été mis à contribution pour le traitement des maladies mentales et nerveuses. Certains médicaments, nervins et calmants, sont d'un emploi si courant dans la thérapeutique des maladies nerveuses et mentales que leur usage paraît surtout appartenir en propre aux neurologistes et aux aliénistes. Les sédatifs, ainsi que les hypnotiques, sont de cet ordre et il y a lieu de leur accorder, ici, une attention particulière.

Le neuropathologiste doit être bon thérapeute en même temps que psychiâtre ; il doit bien connaître les médicaments, leur action physiologique et clinique sur les malades.

Article Ier. — *Sédatifs et hypnotiques.*

I. — Brome et Bromures.

Brome. — Balard, préparateur de chimie à la Faculté des sciences de Montpellier, découvrit, en 1820, le brome et ses principaux composés. Aussitôt, Dumas, Sérullas et Liebig entreprirent des recherches sur ce nouveau corps chimique. Les thérapeutes firent, alors, des essais comparatifs avec l'iode, le médicament à la mode.

C'est Pourché (1), agrégé à la Faculté de médecine de

(1) Pourché, *Obs. sur l'emploi du brome et de l'hydrobromate de potasse dans les scrofules et le goitre* (*Éphémérides médicales de Montpellier*, t. VIII, 1828, p. 45).

Montpellier, qui réalisa l'introduction du nouveau médicament dans la thérapeutique ; Magendie (1) le recommanda en 1829. A la même époque, Frank (2) publia le résultat de ses recherches.

Malgré le patronage de ces savants illustres, auxquels nous devons ajouter Naumann (3), Prieger (4), en Allemagne, le brome fut délaissé pendant plusieurs années. De 1835 à 1851, on le cite, par-ci par-là, mais sans lui donner la place qu'il mérite. Fournet (5) fait connaître les expériences d'Andral, à la Pitié, et Barthez (1838) rapporte quelques observations sur les animaux.

Mais, le brome, en 1851, ne s'employait déjà plus ; il était avantageusement remplacé par ses sels, les bromures, et surtout le bromure de potassium. C'est ce dernier que Puch et Ricord employèrent dans les affections vénériennes ; c'est le bromure de potassium que Brown-Séquard, Gubler, Damourette prescrivirent.

Aujourd'hui, le brome est presque inusité ; on n'emploie que ses sels dans la pratique médicale.

Bromure de potassium. — Le plus important des bromures est incontestablement le *bromure de potassium*, sur lequel les recherches physiologiques et cliniques ont été fort nombreuses et très minutieuses.

En 1851, Locock, se basant sur le fait signalé en 1840, par Graff, qui avait remarqué les effets anaphrodisiaques du bromure de potassium, l'essaie, le premier, dans un certain nombre de névroses, où, croyait-il, l'excitation génitale avait son rôle.

Le bromure de potassium est un médicament trop connu

(1) Magendie, *Formulaire*, 1829.

(2) Frank, *De efficacia bromi interna, experimentis illustrata*, Berolini, 1829.

(3) Naumann, *Handbuch der med. Klinik.*, 2 Bd, p. 50.

(4) Prieger, *Casper Wochenschr.*, 1833.

(5) Fournet, *Bull. de thérap.*, 1838, t. XIV, p. 87.

pour qu'il y ait lieu d'insister sur son usage dans la thérapeutique générale; mais, nous ne pouvons nous dispenser de dire quelques mots sur ses effets sédatifs dans les maladies mentales et nerveuses.

Le bromure de potassium est très rapidement absorbé par les voies digestives. L'élimination est également prompte : cinq minutes après l'ingestion, on peut déjà retrouver le brome dans les urines (Rabuteau) et dans la salive.

On a souvent discuté l'action du bromure. Agit-il comme sel, ou n'intervient-il qu'après la décomposition? On l'ignore. A la dose de 3 grammes, il produit chez l'homme sain une sorte d'engourdissement intellectuel et physique et une légère confusion dans l'enchaînement des idées. On constate de la difficulté à trouver les mots; puis, on observe des étourdissements, des vertiges, de la somnolence. Gubler nommait cet état l'*ivresse bromique*. Il n'y a pas de période d'excitation; au contraire, le bromure provoque la sédation, s'il préexiste de la surexcitation mentale. Gubler a même observé qu'en continuant la médication, durant quelque temps, le caractère se modifie, et devient mélancolique.

Quelques-uns ont considéré le bromure comme un *hypnotique* énergique, à peine inférieur à la morphine. Ce n'est pas un véritable hypnotique, mais un sédatif; il diminue la réflectibilité cérébrale, l'impressionnabilité corticale, il atténue l'excitabilité psychomotrice; il invite au sommeil, mais n'endort pas. Pour en obtenir un effet hypnotique, il faut prescrire des doses élevées, de 4 à 5 grammes, en une ou deux fois.

Le bromure de potassium agit, également, sur la moelle épinière. On a fréquemment observé la disparition des réflexes pharyngiens et de la cornée après une dose unique élevée, 5 à 10 grammes. Si l'on va jusqu'à 15 grammes, la sensibilité à la douleur est comme abolie.

Chez l'homme, le bromure, pris pendant quelque temps, diminue les érections et les rend impossibles si l'on prolonge la médication. La formation du sperme n'est cependant pas supprimée.

Le bromure de potassium est un débilitant du cœur chez l'homme comme chez les animaux. Sous son action, on observe un *ralentissement* des battements cardiaques et un *abaissement* de la pression sanguine. Même à petites doses répétées, ces modifications se produisent. Chez un maniaque, n'ayant aucune lésion cardiaque, après l'administration de ce médicament (3 grammes par jour, en deux fois), nous avons observé des irrégularités du pouls, des faux pas du cœur, qui ont cessé avec la suppression du sédatif. Dès qu'on s'aperçoit du ralentissement de la circulation, il convient de ne plus administrer de bromure.

D'ailleurs, il ne faut jamais pousser la médication bromurée jusqu'au *bromisme*, qui en est l'intoxication chronique. Le bromisme se manifeste par l'amaigrissement, l'affaiblissement général, la perte d'appétit, avec soif, diarrhée, faiblesse et petitesse du pouls, refroidissement des extrémités, cyanose, éruptions cutanées. Au point de vue mental, le malade paraît atteint d'obnubilation ; il ressemble à un paralytique général, a dit Séguin, tant l'affaiblissement psychique est accentué.

Indications. — Les indications du bromure de potassium sont multiples ; on l'a essayé dans toutes les maladies mentales et nerveuses, dans la manie et dans la mélancolie, dans l'épilepsie et dans la neurasthénie.

On peut distinguer deux groupes d'indications pour l'administration du bromure :

1° Contre les *symptômes psychiques* d'agitation par anxiété.

2° Contre les *symptômes physiques* d'excitation motrice.

Au point de vue psychique, nous avons vu que le bromure est un sédatif mental ; en amoindrissant la réflectibilité du cerveau, en atténuant les sensations, il agit contre l'angoisse, contre l'agitation psychique. De là, une première indication pour les *états maniaques* et pour les *états mélancoliques*. Au début de ces affections, suivant la constitution du sujet et son degré d'agitation ou d'anxiété, la médication bromurée sera ordonnée.

L'état d'anxiété existe aussi parfois dans la *neurasthénie*. Le bromure ne guérit pas la maladie; il la modifie en atténuant les grands symptômes psychiques, en amoindrissant les sensations.

Mais il est surtout employé contre l'*agitation motrice* de toute nature, parce que c'est un sédatif de la moelle épinière. Aussi, peut-on le donner dans la manie, dans l'excitation maniaque et dans la mélancolie anxieuse.

Comme il possède une action déprimante sur l'éréthisme des organes génitaux, on le conseille souvent comme *anaphrodisiaque*.

La grande indication est dans l'*épilepsie*, où « il guérit quelquefois, soulage souvent et ne nuit presque jamais », disait Gubler. On a peut-être exagéré la fréquence de la guérison de l'épilepsie par le bromure, mais il est certain que ce médicament espace très sensiblement les accès et les fait parfois disparaître.

Le bromure de potassium a été et est encore employé dans l'*hystérie*, non contre la névrose elle-même, sur laquelle il n'a à peu près aucune action, mais contre les symptômes psychiques d'agitation.

Insomnie. — Nous avons dit que le bromure invite seulement le cerveau au sommeil. Pour obtenir nettement l'effet narcotique, il faut le combiner à un véritable hypnotique. Après avoir calmé le cerveau et préparé le terrain par du bromure, si l'on administre une dose minime de chloral, le sujet s'endort facilement d'un sommeil réparateur.

Modes d'administration. — On peut prescrire le bromure de 50 centigrammes à 10 grammes et plus, dans les vingt-quatre heures. Pour obtenir des effets prompts et marqués, il faut donner des doses assez élevées, de 4 à 6 grammes.

On l'ordonne en solution dans une potion ; c'est le procédé courant.

On peut aussi l'administrer sous forme de cachets.

Autant que possible, on doit donner le bromure au moment des repas, un peu avant ou immédiatement après. L'absorption en est plus facile et ne provoque pas de douleurs, comme il arrive parfois chez les dyspeptiques. Nous faisons souvent prendre le bromure après le repas du soir, dans une tasse d'infusion de tilleul ou de feuilles d'oranger.

Bromure de sodium. — L'expérience physiologique a démontré que le bromure de sodium a les mêmes effets sédatifs que le bromure de potassium; il est moins toxique; son action sur le myocarde est beaucoup moins active. Le bromure de sodium a sa place dans la thérapeutique à côté du bromure de potassium.

On le prescrit généralement aux mêmes doses; mais comme il est moins actif et moins toxique, on peut l'administrer à doses plus élevées.

Bromure d'ammonium. — Le bromure d'ammonium a été moins étudié que les autres bromures. D'après Brown-Séquard, il est cependant plus actif. 1gr,80 de ce sel équivaut à 3 grammes de bromure de potassium. Chéron et Fauquez, qui l'ont expérimenté, pensent que le bromure d'ammonium agit, d'une part, par le brome, quoique la proportion soit très faible (8 p. 100, tandis qu'il en existe 17 p. 100 dans le bromure de potassium), et, d'autre part, par l'ammoniaque. Il serait sédatif et stimulant diffusible.

Bromure de strontium. — Doué des mêmes qualités physiologiques et thérapeutiques que les autres bromures, le bromure de strontium a l'avantage d'être toléré par les dyspeptiques plus aisément que ses congénères chimiques. On l'emploie aux mêmes doses que le bromure de potassium.

Il existe d'autres bromures, des *bromures de lithium*, de *calcium*, de *baryum*, de *magnésium*, de *zinc*, d'*arsenic*, de *nickel*, d'*or*, de *camphre*, mais, sauf ce dernier, ils ont été

peu expérimentés en médecine générale, et moins encore en médecine mentale.

II. — Opium.

Hélène, femme de Ménélas, versa dans la coupe de Télémaque, pendant son séjour à Lacédémone, le *népenthès*, qui « dissipe les chagrins, apaise la colère et fait oublier tous les maux (1) ». Poudre merveilleuse qu'Hélène tenait de l'Égyptienne Polydamna. Quelle était cette poudre fameuse? D'où provenait-elle? Était-ce l'opium, comme le croient Kurt et Sprengel? L'opium remonterait-il ainsi à l'époque des Argonautes?

Hippocrate cite les *pavots blancs* et *noirs* et leur *suc*, qu'il baptise du nom de *méconium*. Il connaissait l'action soporifique de l'opium et sa propriété de resserrer le ventre; il le préconise contre le *déplacement imaginaire de la matrice*.

Diagoras semble, le premier, avoir signalé la valeur du pavot contre les douleurs. Il le prescrit dans les otites et dans l'ophtalmie. Thémison (de Laodicée) vante un mélange de suc de pavots et de miel qu'il appelle *diacode*.

La *thériaque*, qui a survécu comme le diacode, a été lancée dans le monde médical par Andromachus, médecin de Néron. Galien l'ordonnait fréquemment.

Tous les médecins grecs et arabes ont employé l'opium et ont signalé ses propriétés analgésiques et somnifères.

Mais ce fut un neveu du célèbre Boerhaave, Kaw-Boerhaave, de Leyde, qui l'étudia minutieusement. Balthazar de Tralles (2) est l'auteur d'un excellent livre sur l'opium.

Sydenham écrit : « Entre tous les remèdes dont Dieu tout-puissant, qui est la source de tous les biens, a fait présent aux hommes pour adoucir leurs maux, il n'en est point de plus universel ni de plus efficace que l'opium, c'est-à-dire

(1) Homère, *L'Odyssée*.

(2) Balthazar de Tralles, *Opii usus salubris et noxius in morborum medela*, Breslau, 1757.

le suc d'une des espèces de pavot. Ce remède est d'ailleurs si nécessaire à la médecine qu'elle ne saurait absolument s'en passer. » Et un peu plus loin : « Ce serait être peu instruit que de l'employer seulement pour procurer le sommeil, calmer les douleurs et arrêter la diarrhée. L'opium peut servir dans plusieurs autres cas; c'est un excellent cordial et presque l'unique qu'on ait découvert jusqu'ici. »

Stahl vint bouleverser toute la thérapeutique par sa théorie du vitalisme, et l'opium tomba dans l'oubli. Ce n'est qu'à la fin du XVIII[e] siècle et au commencement du XIX[e] qu'il revint prendre sa place dans la médecine.

Cullen (1) vante non seulement les propriétés narcotiques et sédatives de l'opium, mais encore son action stimulante. Hufeland (2) est du même avis. Bordeu (3) étudie ses effets cardio-vasculaires. De ces trois auteurs, Hufeland est celui qui a le mieux précisé les effets stimulants de cette substance.

Son action est très appréciable sur le système nerveux, aussi a-t-on employé l'opium dans presque toutes les affections douloureuses.

Dans la folie, il n'a été mis en usage que fort tard, principalement en France.

Il ressort d'un rapport, traduit par Berlié (4), sur le traitement de l'aliénation mentale dans les asiles d'Angleterre, qu'avant 1849 on faisait usage de l'opium et de ses préparations en Angleterre et en Allemagne. Philips, de l'asile Bethnal, voit dans cette substance un remède des plus importants. Beverly emploie la morphine à hautes doses. Sutherland prescrit l'opium dans le *delirium tremens*, dans la manie, dans les cas d'insomnie avec excitabilité nerveuse. Wintle dit avoir obtenu de grands succès de l'emploi de la jusquiame et de l'opium. Thurnan, Casson, Kirkman, Wilker, Tyerman, Bryan

(1) Cullen, *Traité de matière médicale*, 1790.
(2) Hufeland, *Système de médecine pratique*, 1800.
(3) Bordeu, *Traité sur le pouls*, 1818.
(4) Berlié, *Annales méd.-psych.*, 1849, p. 54 et 60.

et bien d'autres louent les avantages de l'opium dans la folie.

En Italie, Clerici (1) l'a employé chez les mélancoliques. Il en augmentait la dose, chaque jour, puis le supprimait et recommençait. Ce n'est qu'après une quinzaine de jours que les malades sentaient une amélioration.

En France, la première observation de guérison d'un aliéné par l'opium paraît être due à Moreau (de Tours) (2). Il s'agissait d'un cas de manie intermittente qui céda à des doses croissantes d'extrait d'opium, jusqu'à production du narcotisme.

Michéa (3) a essayé cet hypnotique dans plusieurs cas de folie. Il a obtenu onze guérisons sur dix-sept, et la durée moyenne de la folie a été d'un mois et demi à deux mois.

Baillarger (4) a publié une observation de manie qu'il a pu guérir par l'opium, à la dose de 30 centigrammes par jour. Il l'ordonne dans la manie, particulièrement aux maniaques affaiblis.

Marcé (5) a guéri une mélancolique grave par l'opium, prescrit jusqu'à 86 centigrammes.

Legrand du Saulle (6) le recommande dans la manie, mais à doses progressives, et en le supprimant brusquement. Il n'a obtenu aucun résultat dans la lypémanie et dans la monomanie.

Morel (7) a également employé l'opium avec succès dans plusieurs cas de folie.

Quant à la morphine, c'est surtout A. Voisin (8) qui l'a préconisée, en France, dans la médecine mentale (1874).

En Allemagne, à l'asile d'Illenau (Bade), Erlenmeyer (1857),

(1) Clerici, *Gazzetta medica di Lombardia*, novembre 1856.
(2) Moreau (de Tours), *Ann. méd.-psych.*, 1845, t. I, p. 312.
(3) Michéa, *Recherches expérimentales sur l'emploi de l'opium, etc.* (*Gazette méd. de Paris*, 1853, p. 46).
(4) Baillarger, *Ann. méd.-psych.*, 1855, p. 155.
(5) Marcé, *Ann. méd.-psych.*, 1857, p. 230.
(6) Legrand du Saulle, *Ann. méd.-psych.*, 1859, p. 1.
(7) Morel, *Maladies mentales*, 1860.
(8) A. Voisin, *Du traitement curatif de la folie par le chlorhydrate de morphine* (*Bull. gén. de thérapeutique*, 1874, p. 49, 115, 154, 202, 296).

puis Roller et Hergt l'avaient expérimentée. On ne la préconisait jusqu'alors que contre la douleur.

Guislain (1) se servit de l'acétate de morphine dans les cas où l'opium demeurait inefficace. Il en fit usage pour les malades atteints de mélancolie sans délire, anxieux, avec préoccupations hypocondriaques, offrant une dépression dans le pouls et une profonde décomposition dans les traits.

Engelken (2), médecin directeur d'un asile d'aliénés, à Brême, employa l'opium dans la mélancolie, et, plus tard, la morphine.

Mais c'est A. Voisin qui l'essaya le premier comme médication congestive, dans la mélancolie, provoquée, selon lui, par l'anémie cérébrale. Il eut recours aux injections hypodermiques quotidiennes ou bi-quotidiennes de chlorhydrate de morphine, à doses graduellement croissantes, et pouvant atteindre des chiffres excessifs, 1 gr. 20 pour les vingt-quatre heures. Il continuait ce traitement pendant plusieurs semaines. Voisin aurait ainsi obtenu un certain nombre de guérisons ou au moins d'améliorations. Après l'avoir employée seulement dans la mélancolie, il généralisa sa méthode, et prescrivit des injections de morphine dans les cas de folies avec hallucinations, agitation, délire.

Voici, d'après lui, les deux catégories de malades chez lesquels l'usage de la morphine est contre-indiqué : « Dans la première se rangent les malades chez lesquels le médicament produit des effets intenses, sans amender leur état. La non-efficacité du traitement tient alors, le plus souvent, à un état congestif permanent, ou à un état inflammatoire. Dans ces cas, le médicament détermine du collapsus, un abattement excessif. Dans la deuxième catégorie sont compris les malades chez lesquels le médicament ne produit aucune action physiologique ni thérapeutique, par suite d'une résistance inexpliquée. Ces cas sont principalement des cas de vésanies chroniques

(1) Guislain, *Leçons orales sur les phrénopathies*, Gand, 1852, t. III, p. 26 et 129.

(2) Engelken, *L'opium dans la folie* (*Allg. Zeit. für Psych.*, 1850).

UNIVERSITY OF LEEDS.

systématisées et héréditaires, compliquées d'un état cachectique. »

On a également employé le laudanum à doses progressives. Le professeur Pierret s'en sert dans la manie comme dans la mélancolie et paraît en être satisfait, d'après la thèse de ses élèves : Brun (1) et Olivier (2). Belle et Lemoine (3) l'ont aussi expérimenté avec succès.

Action physiologique. — L'*action physiologique* de l'opium sur le système nerveux et sur les autres organes est trop connue, pour qu'il y ait utilité d'insister. Pourtant, certains auteurs pensent encore, de nos jours, que l'opium n'est pas un narcotique.

Son principe actif, la morphine, produit, non pas le sommeil, mais une sorte d'assoupissement, de rêverie, de bien-être qui invite au sommeil (Dujardin-Beaumetz). En réalité, cet effet dépend de la dose ; ainsi, au-dessous d'un centigramme, et même d'un centigramme et demi, chez certaines personnes, la morphine produit des phénomènes d'excitation, d'agitation, d'insomnie, suivis de somnolence et de sommeil. Si l'on augmente la dose jusqu'à 3 centigrammes, le sommeil vient très vite, et la période d'excitation n'existe pas.

Ce résultat paraît être proportionné à l'état nerveux du sujet.

L'opium agit donc directement sur le cerveau qu'il congestionne, dans une certaine mesure.

Sur la moelle épinière, il agit comme excitant des réflexes. Sur la grenouille, la morphine produit des spasmes, comme la strychnine.

Quand on augmente la dose, l'excitabilité réflexe de la moelle fait place à la paralysie.

(1) Brun, *Traitement de l'excitation maniaque par l'opium*, Thèse de Lyon, 1881.

(2) Olivier, *Traitement de la lypémanie par l'opium*, Thèse de Lyon, 1881.

(3) Belle et Lemoine, *Traitement de la lypémanie anxieuse* (*Ann. méd.-psych.*, 1888, p. 215).

La morphine est directement analgésique, cela ne comporte aucun doute.

Indications. — Les indications de l'opium, en pathologie mentale, sont délicates à préciser. J. Conolly le proscrivait, en lui reconnaissant plus d'inconvénients que d'avantages. Marcé le rejetait dans les cas où le pouls est bon, fort, la face vultueuse et congestionnée. Trousseau et Pidoux donnaient de l'opium, surtout quand la maladie se compliquait de symptômes douloureux, ou se caractérisait par de la tristesse et de l'affaissement. Dagonet estime qu'il rend parfois des services. Ballet, comme Marcé, le proscrit dans les cas de congestion. Magnan ordonne l'opium dans la mélancolie, sous forme de laudanum, en commençant par quinze gouttes, pour augmenter chaque jour d'une goutte. Il a recours, aussi, à la morphine en injections sous-cutanées.

En définitive, d'après l'opinion des auteurs et notre propre expérience, l'opium et ses alcaloïdes ne doivent pas être prescrits chez les *agités* comme calmant, ni dans les cas où le pouls est ample et fort. Il est nuisible dans le *delirium tremens*. On a observé (Trousseau, Pidoux et bien d'autres) que l'opium, dans le délire alcoolique, est souvent nuisible et jamais favorable, que les petites doses produisent de l'excitation et les doses plus fortes, le coma.

Dans l'insomnie des *neurasthéniques*, des *nerveux*, c'est un médicament fort difficile à manier et dangereux, la congestion médicamenteuse venant aggraver l'état du malade.

L'opium n'est donc guère indiqué que dans la *mélancolie*. Là seulement, il semble produire d'heureux effets. Il faut, bien entendu, surveiller les voies digestives, et au moindre signe nuisible, le supprimer pour y revenir au besoin.

III. — Trional.

C'est en 1890 que Bauman et Kast (1) découvrirent le trional ou diéthylsulfone-méthyléthylméthane (C^2H^5) (CH^3) : C : $(SO^2C^2H^5)^2$. Ils l'expérimentèrent d'abord sur des animaux. Horwath (2), puis, en 1892 Raimondi et Mariottini (3), continuèrent les mêmes expériences, sur des animaux.

Barth et Rumpel (4), de Hambourg, en firent l'essai sur quelques sujets ; puis, Schultze (5) à Bonn, Horwath à Budapest, Schœfer à Iéna, Ramondi à Rome, le donnèrent à doses thérapeutiques. Citons, également, ceux qui se sont occupés en France de ce médicament : S. Garnier, à Dijon, Périer, Duguet, Hirtz, Gaillard, etc.

Le trional est un disulfone voisin du sulfonal. Il se présente sous forme de cristaux en lamelles minces et brillantes, de saveur amère. Il fond à 76°. Il est très peu soluble dans l'eau chaude. Cette solution aqueuse, refroidie, abandonne le trional sous la forme d'un corps huileux. Le trional est soluble dans l'alcool et dans l'éther. Il n'a pas d'odeur.

Action physiologique. — L'*absorption* du trional est rapide, mais on ne sait pas par où il s'élimine. Il est probablement détruit dans le corps (Morro), car on n'en découvre nulle trace dans l'urine, ni dans les excrétions.

Voies digestives. — Le trional ne paraît produire aucun effet appréciable sur la muqueuse stomacale.

Circulation. — Suivant Collatz, le trional ne modifie ni le

(1) Bauman et Kast, *Zeitschrift für Physiol. Chemie*, 1890, t. XIV, p. 52.

(2) Horwath, *Magyar Orvosi Archive*, 1892.

(3) Raimondi et Mariottini, *Annali di chimica e farmacol.*, décembre 1892.

(4) Barth et Rumpel, *Zeitschr. d. Allg. Osters ap. ver.*, XXVIII, 1890, p. 607.

(5) Schultze, *Therapeutische Monatschefte*, octobre 1891.

sang, ni la circulation. Tous les auteurs ne sont pas d'accord sur ce point. Ainsi, Koppers (1) a noté que le pouls baisse de cinq à dix pulsations par minute, surtout chez les cardiaques. Horwath (2) a observé, sur des animaux, dans certains cas, une accélération, puis un ralentissement du pouls, avec abaissement de température, sans que la vie soit en danger.

Respiration. — Nous reconnaissons avec tous les auteurs français et étrangers que le trional n'a aucun effet sur la respiration.

Système nerveux. — Suivant Egasse, le trional provoque, à petites doses, chez la grenouille, une augmentation des réflexes et, plus tard, la narcose. Chez le lapin, l'excitabilité des réflexes de la moelle est aussi augmentée. Mais, chez presque tous les sujets, le trional a un effet hypnotique.

Cainer et Pelanda pensent qu'il produit le sommeil grâce à son action ischémiante sur l'écorce cérébrale.

Action hypnotique. — C'est cette action hypnotique qui a fait employer le trional en thérapeutique. Elle se produit dix minutes après l'absorption, selon Horwath ; quinze minutes, selon Koppers ; vingt minutes, selon Stieglitz. Boudeau a vu venir le sommeil brusquement. Khmelievski (3), qui n'a observé aucun effet nocif, avec des doses élevées, dit que de 1 à 2 grammes, le trional amène le sommeil, chez l'homme sain, au bout d'une demi-heure, mais que ce sommeil n'apparaît, quelquefois, chez les agités qu'après deux, trois et quatre heures.

Ainsi, le trional produit l'effet hypnotique après dix minutes ou une heure, suivant l'état mental du sujet, sa disposition à s'endormir, etc.

(1) Koppers, *Sur l'action du trional* (*Internal. klin. Rundschau*, 1893, nos 29 et 30).

(2) Horwath, *Magyar Orvosi Arch.*, 1892.

(3) Khmelievski, *Quelques observations sur l'action hypnotique du trional, du chloralose et du somnol* (*Medizinsk obozrenie*, 1895, p. 71, 88).

La durée du sommeil est également subordonnée aux diverses conditions individuelles. Généralement, elle est de six à huit heures (Morro) ou neuf heures (Collatz).

Pour certains auteurs, comme Khmelievski, les sensations produites par le trional, avant et après le sommeil, sont les mêmes que celles provoquées par le sulfonal avant le sommeil : lourdeur de tête, ébriété sans excitation, incertitude de la marche; puis, au réveil, somnolence, indolence, incapacité pour tout travail intellectuel. Mais, ce sont là des troubles exceptionnels qui disparaissent rapidement. Chez les aliénés auxquels nous avons administré ce médicament, il ne nous a pas été facile de constater ces inconvénients.

Il y a, aussi, la question de l'*accumulation*. Les uns pensent que le trional serait un bon hypnotique, s'il ne s'accumulait pas dans l'organisme. Il ne doit pas être employé longtemps sans intervalles, dit Khmelievski. En effet, ce n'est pas un médicament indifférent; il s'accumule dans l'organisme, bien qu'il s'élimine plus rapidement que le sulfonal.

Suivant Manquat et Duguet, le trional ne provoque pas l'*accoutumance*.

Intoxication. — Le trional, selon Raimondi, est plus toxique que le sulfonal. Dans un cas rapporté par Collatz, un homme ayant absorbé 8 grammes de trional, en une fois, quinze minutes après, eut une attaque épileptiforme, accompagnée de nausées,

Dans le cas de Böttinger (1), la dose est de 4 grammes; les symptômes furent moins graves, mais on a remarqué de l'hypothermie.

Les expériences d'Egasse (2), de Raimondi et Mariottini (3)

(1) Böttinger, *Berlin. klin. Woch.*, 1892, n° 42.

(2) Egasse, *Trional et tétronal* (*Bull. génér. de thérap.*, 1894, t. CXXVII, p. 274).

(3) Raimondi et Mariottini, *Annali di chimica e farmacol.*, décembre 1892.

sur les animaux ont donné les effets suivants : la dose mortelle, chez le lapin, est de 70 centigrammes à 1 gramme par kilogramme, inférieure donc à celle du sulfonal, qui est de 1 gr. 10 à 1 gr. 25. Chez le chien, la dose mortelle est de 90 centigrammes par kilogramme.

Intoxication chronique. — Si l'intoxication aiguë est rare, due au hasard ou à un but criminel, au contraire, l'intoxication thérapeutique est fréquente. Car, en dépit de l'assertion de certains auteurs, il se produit une certaine accumulation dans l'organisme, qui amène des accidents graves et même mortels. Lorsqu'on prescrit le trional, il faut s'assurer des sécrétions du patient, et surtout de l'état des intestins ; on a remarqué que les accidents d'intoxication sont plus fréquents chez les personnes constipées.

Les phénomènes le plus souvent observés sont : la constipation, l'oligurie, l'hématoporphyrinurie, l'anorexie, des troubles nerveux (céphalalgie, vertiges, prostration).

Indications. — On peut donner le trional dans tous les cas d'insomnie, surtout dans les insomnies nerveuses. Dans les insomnies douloureuses, il faut l'associer à l'opium pour obtenir un effet.

Pour Rykhlinski, il est utile notamment dans les maladies fonctionnelles du système nerveux.

Le trional agit mieux dans l'*insomnie accompagnée d'excitation*, chez les aliénés atteints de *démence secondaire*, de *paralysie générale*, de *psychoses chroniques*. Il ne doit pas être employé comme *calmant* chez les maniaques. Il n'est pas utile aux aliénés ayant un *état dépressif* mélancolique, hypocondriaque et neurasthénique et non plus dans le *delirium tremens* (Khmelievski). Tel n'est pas l'avis de Crocq (1), qui trouve

(1) Crocq, *Sur la valeur hypnotique du trional* (*Journal de neurologie et d'hypnologie de Bruxelles,* 20 décembre 1895).

que le trional est un hynoptique de grande valeur pour les neurasthéniques.

D'après notre expérience, le trional agit surtout sur les insomnies non douloureuses, chez les morphiniques, les paralytiques généraux, et dans les cas d'excitation cérébrale très légère, sans état maniaque.

Quant à l'action du trional dans l'alcoolisme, elle est douteuse et peut être dangereuse. Il convient de laisser les alcooliques éliminer les agents toxiques ; il faut se garder d'en augmenter la quantité.

Doses et modes d'administration. — La dose habituelle est de 1 gramme, parfois de 1 gr. 50.

Moncorvo (1) en prescrit aux nourrissons atteints de méningite (de 10 à 20 jusqu'à 50 centigrammes d'après l'âge).

On peut l'administrer en cachets, ou en solution, en l'accompagnant d'une tasse de lait chaud ou d'infusion de tilleul. Le plus simple est de prescrire le cachet, si le malade consent à le prendre.

Le trional peut s'administrer par la voie rectale [Galliard (2)], en lavement dans du lait, ou en suppositoires.

Vogt (3) recommande de cesser l'emploi du trional au bout de cinq à six jours.

Selon le professeur Pouchet (4), les accidents ou l'absence de résultats consécutifs à l'administration du trional sont dus à son insolubilité dans les véhicules ordinaires. Le trional est, au contraire, soluble dans l'huile d'amandes douces, dans la proportion de 1 pour 20. Si l'on fait ensuite une émulsion, la solution persiste et le liquide peut être filtré sans qu'il reste de trional dans le filtre.

(1) Moncorvo, *Acad. de médecine*, 3 septembre 1895.
(2) Galliard, *Médecine moderne*, 1895, p. 317.
(3) Vogt, *Société de thérapeutique*, 10 octobre 1894.
(4) Pouchet, *Société de thérapeutique*, 22 novembre 1899.

On peut, par exemple, formuler :

Trional	1 gramme.
Huile d'amandes douces	20 grammes.
Sucre	8 —
Gomme adragante Gomme arabique	20 centigr.
Eau de fleurs d'oranger	10 grammes.
Eau de laurier-cerise	2 —

A prendre dans un demi-verre d'eau ou de lait.

Pour lavement, Pouchet propose cette formule :

Trional	0,50 à 1 gramme.
Huile	10 à 20 grammes.
Jaune d'œuf	n° 1.
Eau	250 grammes.

IV. — Chloral.

Le chloral anhydre, qui correspond à la formule C^2HCl^3O (aldéhyde trichlorée, hydrure de trichloracétyle), est un liquide incolore, gras au toucher, fumant à l'air, d'odeur éthérée, irritante, d'une saveur âcre et caustique. Très avide d'eau, le chloral s'y unit directement, en dégageant de la chaleur, et en formant l'hydrate de chloral ($C^2HCl^3O + H^2O$). C'est ce dernier corps qui est employé en médecine sous le nom de chloral. Il est cristallisable.

Le *chloral* est très soluble dans l'eau, dans l'alcool, dans l'éther; il fond à 57° et, comme le chloral anhydre, dégage des vapeurs, même à la température ordinaire.

Quand il est pur, il se présente sous la forme d'un corps onctueux au toucher, d'une odeur aromatique, d'une saveur piquante et amère. Il doit se dissoudre dans l'eau, sans résidu, rester neutre au tournesol et ne pas précipiter le nitrate d'argent. On doit seulement employer, en médecine, le chloral très pur.

Absorption et élimination. — Le chloral étant soluble, on peut l'administrer par plusieurs voies, mais il faut choisir les

voies digestives, de préférence au tissu cellulaire sous-cutané.

Il est absorbé très facilement et s'élimine par les poumons, la peau et surtout les reins ; dans l'urine, on trouve un peu de chloral et beaucoup d'acide uro-chloralique.

Comment le chloral agit-il sur le corps? Est-ce par dédoublement en chloroforme et acide formique (Liebreich, Personne)? Est-ce par son action propre (L. Labbé et Goujon, Vulpian, Gubler)? Nous ne nous attarderons pas à discuter ces questions physiologiques; ce qui nous intéresse, c'est l'action sur les centres nerveux.

Action physiologique. — *Système nerveux.* — Tout le système nerveux subit l'influence du chloral; mais le cerveau est le premier et le plus profondément déprimé. L'homme sain, qui a absorbé de 2 à 3 grammes de chloral, ressent, au bout de cinq, dix, quinze minutes, une grande lassitude cérébrale : la pensée se ralentit, l'enchaînement des idées devient paresseux, la conscience est diffuse et le besoin de dormir l'emporte. Le sommeil est calme et ressemble assez au sommeil normal, sans cauchemars, avec quelques rêves parfois; les battements du cœur sont ralentis. Les cellules nerveuses sont manifestement influencées. Le sommeil dure de cinq à six heures. Au réveil, le sujet n'a ni céphalée, ni vomissements.

Avec des doses plus élevées (4 à 5 grammes), le sommeil est très profond ; la diminution de la sensibilité va parfois jusqu'à la perte absolue, avec abolition des réflexes.

L'explication est facile. Après le cerveau, le bulbe et la moelle épinière sont imprégnés par le chloral. Tout le système nerveux est envahi; seuls, les centres respiratoires et les ganglions automoteurs du cœur résistent. Le centre respiratoire n'est paralysé que par des doses toxiques.

Circulation. — Malgré le grand nombre de travaux et d'expériences, on hésite à se faire une opinion sur l'action du chloral, sous le rapport de la circulation sanguine. Le chloral a évi-

demment une action sur le cœur ; une injection intraveineuse peut arrêter brusquement et définitivement ses battements. Mais, quand le chloral, à dose peu élevée, est introduit par la voie rectale, et même par le tissu cellulaire sous-cutané, le cœur n'est pas influencé d'une façon sensible.

Nous ne pouvons nous attarder à ces détails physiologiques qui, d'ailleurs, ont été l'objet de recherches très complètes de la part de Cl. Bernard, Vulpian, Preissendorfer, François-Franck, Arloing. Ce qu'il faut retenir, c'est que le chloral, à faible dose, diminue, quoique légèrement et passagèrement, la *pression sanguine*. A haute dose, c'est un poison du cœur.

Il ralentit la *respiration* pendant le sommeil.

L'*abaissement de la température* est peu sensible : de 0°,5 à 1° ; pourtant, d'après la dose administrée, elle peut descendre de plusieurs degrés centigrades : 2°, 3°, 4°, et même davantage. Nothnagel et Rossbach (1) pensent que cet abaissement est dû à l'augmentation du rayonnement calorique, à l'abaissement de la pression sanguine, à l'inactivité musculaire qu'apporte le sommeil.

Indications. — Le chloral est employé comme *hypnotique*, anticonvulsif et pour son action déprimante sur le cœur et la pression vasculaire ; enfin, il est prescrit comme antiseptique. C'est pour son action hypnotique qu'il mérite le rang qu'on lui donne dans l'arsenal thérapeutique.

C'est un somnifère généralement assez sûr. Il ne présente pas les inconvénients de l'opium : constipation et diminution des sécrétions. Pourtant, G. Sée donnait la préférence à la morphine, quand il s'agissait d'une insomnie douloureuse.

Le chloral est indiqué dans les insomnies avec excitation psycho-motrice, non comme sédatif direct, mais comme hypnotique. Dans ce cas, il est préférable de combiner son action à celle du bromure : on administre le bromure au dîner et le

(1) Nothnagel et Rossbach, *Thérapeutique*, trad. Alquier, Paris, 1889.

chloral au coucher. On est alors certain que le malade, anxieux ou agité, jouira d'un sommeil paisible plusieurs heures de suite. On peut encore réunir les deux sédatifs dans une même potion.

Dans les insomnies purement nerveuses le chloral est également ordonné. La seule contre-indication sérieuse peut résulter de son action dépressive sur le cœur ; on doit toujours examiner l'état de cet organe avant la prescription, et s'abstenir quand l'irrégularité des battements, la petitesse du pouls font craindre une aggravation cardiaque.

Modes d'administration. — On emploie, de préférence, la solution sirupeuse avec, par exemple, du sirop d'écorce d'oranges amères. La dose usitée est de 1 à 3 grammes. On prescrit une préparation dont chaque cuillerée à soupe représente 1 gramme de substance active, qu'on verse dans une tasse de boisson chaude, pour diluer encore la solution et masquer, autant que possible, le goût âpre et amer. Il existe dans le commerce des capsules et des perles de chloral de 25 centigrammes. Au cas de refus par le malade, on peut l'administrer en lavements, rendus inoffensifs par l'addition de 100 grammes de lait et d'un jaune d'œuf, ou bien donner un lavement de 2 à 3 grammes de chloral dans un mucilage de gomme de 150 grammes.

Nous ne conseillons nullement les injections hypodermiques qui sont douloureuses et provoquent des abcès.

V. — Chloralamide.

La chloralamide a été employée également comme hypnotique, chez les aliénés. Elle a été découverte par Mering, en 1889. On la prépare en mélangeant le chloral anhydre et la formiamide. Elle se présente sous forme de cristaux blancs, d'odeur aromatique ; elle fond à 115° et se dédouble à cette température.

Ceux qui ont étudié la chloralamide chez les animaux ou

chez l'homme ont constaté que ses effets ressemblaient à ceux du chloral. C'est dans les asiles qu'on l'a expérimentée, par exemple, Bosc dans le service de Mairet, Manchot à l'hospice d'aliénés de Hambourg.

D'après Bosc, 4 grammes de chloralamide agissent comme 3 grammes de chloral. Mais, c'est un mauvais médicament, « qui ne doit pas trouver d'emploi thérapeutique » (Bosc).

Manchot a observé qu'à la dose de 6 grammes, la chloralamide produit une glycosurie transitoire.

C'est un hypnotique médiocre et dangereux.

VI. — Chloralose.

Autrement important est le chloralose, découvert par Heffter (1) en 1889, mais étudié surtout par Hanriot et Ch. Richet (2). Ce corps se présente sous la forme de grandes aiguilles anhydres, assez solubles dans l'eau, l'alcool et l'éther. Cent parties d'eau dissolvent, à 15°, 0,864 de chloralose. On le prépare en mélangeant et en chauffant du chloral anhydre et du glycose également anhydre, à parties égales.

Le chloralose, après avoir été essayé sur les animaux, fut expérimenté sur l'homme sain, sur les malades et sur les aliénés. Le sommeil qu'il produit est sans rêves. La dose employée est 0,25 à 0,50. Le réveil est facile, d'après Richet : « Tout aussi subit qu'a été l'invasion du sommeil. Nul sentiment de pesanteur céphalique, nulle sensation de nausée ; l'appétit même semble accru. Ni le cœur, ni l'appareil digestif ne sont le moins du monde troublés par le chloralose. La pression artérielle est plus élevée et l'appétit est stimulé (3). »

L'emploi du chloralose était donc indiqué chez tous ceux

(1) Heffter, *Deutsche Chem. Gesellschaft.*, XXII, 1050.

(2) Hanriot et Ch. Richet, *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, CXIV, 63 ; CXVII, 734. — *Bulletin Soc. chim.*, XI, 303.

(3) Richet, Art. *Chloralose* in *Dict. de Physiologie* de Ch. Richet, t. III, p. 591.

UNIVERSITY OF LEEDS.

qui, étant atteints d'insomnie, ne pouvaient prendre du chloral. Féré l'essaya chez les épileptiques, les hystériques, les choréiques. Lombroso et Marzo (1) trouvaient que le chloralose est un hypnotique prompt et puissant. Ses effets sur la température sont variés ; l'urine diminue quelquefois, l'urée augmente.

Maragliano l'expérimenta sur cent individus et conclut que le chloralose est un bon hypnotique qui donne un sommeil tranquille.

Ferrannini et Casarett, après l'avoir essayé chez les animaux, observèrent ses effets sur les individus ; leurs conclusions sont les mêmes ; le chloralose agit comme la narcéine ; son emploi est préférable à celui du chloral chez les cardiopathes. Il est supérieur à tous les autres hypnotiques au point de vue de la tolérance par l'appareil digestif ; il est inférieur à la morphine et autres sédatifs contre l'insomnie causée par le symptôme douleur (2).

Ce concert de louanges cessa bientôt et l'on signala, à côté des bons effets du chloralose, des accidents plus ou moins graves. Quelque temps après les expériences sur le chloralose, on discutait à la Société de biologie (3) sur sa valeur et les accidents toxiques qu'il produisait.

Maragliano (4) notait, au réveil, l'apparition de phénomènes nerveux, sanglots, tremblements, spasmes cloniques, avec ou sans perte de connaissance, phénomènes cataleptiques, somnambuliques et léthargiques. Cet auteur ne manque pas d'ajouter que ces phénomènes s'observent généralement chez les prédisposés névropathiques. Lombroso (5) a observé des phénomènes toxiques à la dose de 25 centigrammes. Bardet (6)

(1) Lombroso et Marzo, *Études expérimentales sur le chloralose* (*Giornale della R. Acad. di med. di Torino*, vol. XLI, fasc. 6, 7).

(2) Ferrannini et Casaretti, *Il chloralosio* (*Riform. medic.*, 1893).

(3) Landouzy, P. Marie, Moutard-Martin et Ségaud, *Soc. de biol.*, 1893.

(4) Maragliano, *Il chloralosio* (*R. Academia medica di Genova*, 1893).

(5) Lombroso, *Accidents provenant du chloralose* (*R. Academia di Torino*, 1893).

(6) Bardet, *Accidents dus au chloralose* (*Soc. de thérapeutique*, séance du 14 février 1894).

rapporte deux cas de crises nerveuses violentes. Massaro et Salemi (1) déconseillent l'usage du chloralose chez les aliénés, à cause du peu de constance de son pouvoir hypnotique et des accidents qu'il provoque. Telle est aussi l'opinion de Marandon de Montyel (2).

Quelles conclusions tirer de cet exposé ? Faut-il rejeter le chloralose de la matière médicale comme médicament dangereux, ou comme hypnotique peu constant?

Voici, en tous les cas, l'avis du professeur Richet : « Toutefois, le chloralose a un inconvénient réel, que certains médecins, sans grande réflexion, ont exagéré, et cette objection, très peu fondée, leur a suffi pour l'écarter de la thérapeutique. Les soi-disant cas d'empoisonnement ne sont autre chose que des inquiétudes peu justifiées ; car, aux doses normales, inférieures à 50 centigrammes, il est impossible que le chloralose, au moins chez l'adulte, offre le moindre danger. Le soi-disant cas de mort dû au chloralose est absolument controuvé. Il s'agissait d'une femme de soixante-sept ans, soignée pour une très grave maladie de cœur, si grave que la mort n'était plus qu'une question d'heures. Après avoir pris 20 centigrammes de chloralose, elle mourut dans la nuit. On comprend que le chloralose en est absolument innocent. »

Une malade de Landouzy absorba, dans un but de suicide, 4 grammes de chloralose qu'elle conserva, n'ayant pu les vomir. Elle n'en mourut pas et le cœur conserva constamment toute sa force, sans aucune tendance à la syncope. Lombroso et Marzo ont donné fréquemment la dose de 1 gramme de chloralose. Féré a donné 1 gramme sans accident. De sorte que les soi-disant cas d'empoisonnement se réduisent à des crises nerveuses chez les prédisposés.

Notre opinion, basée sur l'ensemble de toutes ces recherches et des résultats obtenus sur nos propres malades, est que ce

(1) Massaro et Salemi, *Le chloralose chez les aliénés* (*Archivio di pharm.* 1895).

(2) Marandon de Montyel, *Contrib. à l'étude hypn. du chloralose* (*Revue de médecine*, 1895, p. 341).

médicament est un bon hypnotique, surtout pour les cardiaques, chez lesquels on redoute l'action nocive du chloral.

Son usage ne s'applique pas aux maniaques, aux paralytiques généraux ; mais, il est d'un bon effet chez les *névropathes*, les *épileptiques* et les *neurasthéniques*. Il réussit à donner du calme et du sommeil aux personnes surmenées par un travail constant excessif, et aux *mélancoliques* dont l'anxiété est peu accentuée.

On peut, en résumé, en obtenir de bons résultats si on sait le prescrire.

Doses. — Le chloralose doit être donné à petites doses, 10 à 15 centigrammes. Cette dose suffit généralement pour amener le sommeil et ne peut jamais provoquer d'accident. S'il est nécessaire de doser plus fortement, il vaut mieux recourir à un autre hypnotique. On administre le chloralose par la voie buccale, sous forme de cachets. On peut aussi le prescrire par le rectum, en solution dans du lait, ou bien par la voie hypodermique.

VII. — Paraldéhyde.

La paraldéhyde, découverte par Veidenbuch, en 1829, a eu, pendant une dizaine d'années, une assez grande vogue. On l'a beaucoup prescrite, de 1882 à 1888. On l'ordonne fort peu de nos jours.

Mise en usage par Cervello (1), de Strasbourg, expérimentée par Albertoni (2), puis par Morselli (3), Bergesio (4), Pe-

(1) Cervello, *Paraldeyde come antagonista della Stricnina* (*Arch. per le Scienze mediche*, t. VII, 6). — *Ueber die physiologische Wirkung der Paraldehyds, Beitrag zu den Studien über das Chlorhydrat* (*Arch. für experimentelle Pathologie und Pharmacologie*, t. XVI, 1882, cah. 3 et 4). — *Sull' l'azione fisiologica della Paraldeyde*, etc. (*Arch. per le Scienze mediche*, t. VI, n° 12).

(2) Albertoni, *Archives italiennes de biologie*, t. III, fasc. 2.

(3) Morselli, *Irrenfreund*, t. XXVI, 3, 1883.

(4) Bergesio, *Rivista sperimentale di freniatria e di medicina legale*, 3e fasc., 1882.

retti (1), Gugl (2), Kobert (3), Berger (4), John Brown (5), Longreuter (6), elle est entrée peu à peu dans la thérapeutique. En France, Dujardin-Beaumetz (7), en Belgique Francotte (8), l'étudièrent; Yvon (9) l'expérimenta et Coudray (10) en fit son sujet de thèse, d'après ses expériences dans le laboratoire de Hayem ; Kéraval (11) l'essaya sur les aliénés.

La paraldéhyde est un corps solide, cristallisé au-dessous de 15°,5. Ce point de fusion la distingue des autres aldéhydes et surtout de la paraldéhyde commerciale, qui est liquide à 0 degré.

La paraldéhyde a une odeur de pomme de reinette, un goût piquant, suret ; elle est soluble dans l'eau dans la proportion de 1 à 10, et dans l'alcool. Grâce à cette solubilité, on la prescrit sous forme de sirop. La densité, à 15°, est de 0,998 ; elle bout à 124° (Kékulé); la présence d'une petite quantité d'eau abaisse le point de fusion. Elle est inflammable et brûle avec une flamme pâle ; elle absorbe lentement l'oxygène, comme l'aldéhyde. L'histoire chimique de ce corps a été fort bien exposée par Berthelot et Jungfleisch (12), Wurtz (13), Bourgoin (14).

(1) Peretti, *Ueber die schlafmacheude Wirkung der Paraldehyds*, (*Berliner klin. Wochenschrift*, 1883, n° 40).

(2) Gugl, *Ueber Paraldehyde als Schlafmittel* (*Zeitschr. für Therapie*, 1er octobre 1883).

(3) Kobert, *Deutsche medicinische Woch.*, 1883.

(4) Berger, *Breslauer Arztl. Zeitschr.*, t. V, 6, 1883.

(5) John Brown, *Sur l'emploi de la Paraldéhyde* (*Brit. med. Journal*, 1883, p. 956).

(6) Longreuter, *Arch. für Psych. Nervenkrankheiten*, XV, fasc. 1.

(7) Dujardin-Beaumetz, *Bull. de thérapeutique*, 1884.

(8) Francotte, *Progrès médical*, 1884.

(9) Yvon, *Bull. thérapeutique*, mars 1884.

(10) Coudray, *De la paraldéhyde*, Thèse de Paris, 1884.

(11) Kéraval, *Note sur l'action de la paraldéhyde chez les aliénés* (*Ann. méd.-psych.*, 1884, t. XII, p. 259).

(12) Berthelot et Jungfleisch, *Traité de chimie organique.*

(13) Wurtz, *Dict. de chimie.*

(14) Bourgoin, *Des aldéhydes* (*Encyclopédie chimique*, 1885).

Action physiologique. — L'absorption de la paraldéhyde est très prompte (1); cela est prouvé par l'action rapide qu'elle exerce ; l'élimination se fait très vite, par les poumons et les reins. L'haleine des sujets « exhale l'odeur de pomme de reinette ». Cette odeur, dit Peretti, peut persister vingt-quatre heures.

Circulation et échanges organiques. — De l'estomac, la paraldéhyde passe dans le courant circulatoire. Les modifications du sang et les échanges organiques ont été étudiés par Quinquaud (2). Cet auteur a observé que l'acide carbonique diminue pendant le sommeil, plus sensiblement et plus rapidement que l'oxygène, dont la quantité est à peine abaissée. Et cela est relatif à la quantité de paraldéhyde absorbée. Hénocque (3) pense, comme Quinquaud, que la paraldéhyde, à dose élevée, à dose toxique, surtout, modifie le sang; elle le méthémoglobinise.

Nercam (4) dit avoir observé, quoique exceptionnellement, le ralentissement des battements cardiaques; à un moment, même, il lui a été impossible de sentir les battements du cœur et les pulsations artérielles. Kéraval, qui en a donné à des doses très élevées, de 4 à 5 et 6 grammes, n'a jamais noté le moindre inconvénient.

Système nerveux. — L'action de la paraldéhyde sur le système nerveux est prompte; elle agit d'abord sur le cerveau; puis, successivement, sur la moelle et sur le bulbe. Les animaux, qui ont reçu une injection de paraldéhyde, tombent d'abord dans un état d'ébriété; puis, ils s'endorment.

L'action de ce médicament ne va pas jusqu'à l'anesthésie ou l'analgésie, et l'on ne peut s'en servir pour faire une opération, si petite qu'elle soit ; les chiens, endormis par la paral-

(1) Manquat, *Traité de thérapeutique*, 3e édition, 1898, t. II, p. 423.
(2) Quinquaud, *Étude de thérapeutique expérimentale*, Paris, 1892, p. 159.
(3) Hénocque, *Soc. de biologie*, séance du 15 mars 1884.
(4) Nercam, *Action hypnotique et sédative de la paraldéhyde*, Thèse de Paris, 1884, p. 88.

déhyde, se réveillent lorsqu'on les pince (Hayem). Mais dès qu'on élève la dose par une nouvelle injection, l'animal tombe dans le coma, avec anesthésie suivie de mort.

Action hypnotique. — On a vanté les avantages de la paraldéhyde sur les autres hypnotiques, et principalement sur le chloral. La paraldéhyde, à dose thérapeutique, ne modifie pas les battements du cœur, au moins dans la majorité des cas. Généralement, elle est bien supportée, même par les cardiaques. C'est un avantage sur le chloral ; 2 à 3 grammes de paraldéhyde procurent le sommeil au bout de cinq à six minutes, sans excitation préalable. Le sommeil est calme, accompagné quelquefois de rêves; il dure de deux à huit heures. Au réveil, le sujet n'a pas de céphalalgie. Dans quelques cas, la paraldéhyde n'agit pas et le malade ne peut s'endormir ; mais, c'est l'exception (Desnos).

Toxicité. — La paraldéhyde est toxique ; elle détermine la mort d'un chien, à la dose de 2 grammes par kilogramme d'animal. La mort est précédée de coma, avec anesthésie complète, ralentissement des battements cardiaques, etc. Sommer (1) a donné jusqu'à 5 grammes sans observer d'accident ; de Vincente, en procédant progressivement, a pu monter jusqu'à 10 grammes. Kéraval a, d'emblée, donné 6 grammes, mais sous forme de lavement.

Indications thérapeutiques. — La paraldéhyde est un médiocre médicament, dont on n'est pas toujours sûr, et qui ne peut rivaliser avec la morphine ou même le chloral. Dujardin-Beaumetz la prescrivait dans les *insomnies nerveuses*, et surtout dans celles qui sont provoquées par le *délire alcoolique*. Kéraval et son élève Nercam l'ont ordonnée dans les cas d'*insomnie avec agitation*, soit dans la manie, soit

(1) Sommer, *Effets de la paraldéhyde* (*Neurologisches Centralblatt*, février 1886).

dans les états maniaques de l'épilepsie et de l'hystérie. On en a fait usage encore dans le *morphinisme*, le *tétanos*, l'*éclampsie*.

Doses. — On doit commencer par de petites doses : 2 grammes, et aller lentement jusqu'à 4 grammes.

VIII. — Sulfonal.

Le sulfonal a été découvert par Baumann (1) (de Fribourg). Il se présente sous la forme de grosses paillettes cristallines, incolores, inodores, douées d'une très légère amertume.

D'après Scholvien (2), une partie de sulfonal demande pour se dissoudre 15 parties d'eau bouillante, 500 parties d'eau à 15°, 133 d'éther à 15°, 2 d'alcool bouillant, 65 d'alcool à 15°. Il fond à 125°,5, et ce point de fusion peut servir à reconnaître la pureté du sulfonal.

Le sulfonal, qui a été étudié par Rabbas et Kast, et présenté d'abord comme un parfait hypnotique, est aujourd'hui classé plutôt au rang des médicaments dangereux. On l'employait fréquemment chez les aliénés. Les premiers effets comparés à ceux du chloral paraissaient satisfaisants, mais on ne tarda pas à s'apercevoir qu'on les avait exagérés.

Étant peu soluble, ce médicament est d'absorption fort lente et très irrégulière. Pour la faciliter, Kast (3) conseille de réduire le sulfonal en poudre fine et de le donner dans une tasse de boisson très chaude. Avec toutes ces précautions, l'absorption est encore peu rapide. Ainsi, Kast a observé que 5 grammes de sulfonal mettent deux heures pour se dissoudre dans 100 grammes de suc gastrique, à la température du sang. Voilà pourquoi il n'agit que deux, trois et même quatre heures après l'ingestion.

Quant à l'élimination, elle est peu connue. Lambling (4)

(1) Baumann, *Berichte*, XVIII, 47,883; XIX, 2,803.
(2) Scholvien, *Pharm. Zeitschr.* 1888, mai, 30, p. 320.
(3) Kast, *Berliner klin. Wochenschrift*, 16 avril 1888.
(4) Lambling, *Médecine moderne*, 1890, p. 268.

n'a pas trouvé de traces de sulfonal chez un chien, après l'administration de 30 centigrammes par kilogramme d'animal. A dose très élevée, on en découvre dans les urines. La lenteur de l'élimination contribue à la continuation des effets de ce médicament durant trois jours.

Emploi thérapeutique. — D'après Rabbas et Kast, le sulfonal est un hypnotique remarquable. A la dose de 2 grammes, chez un chien de 10 kilogrammes, il produit, au bout d'une demi-heure, de l'incoordination des mouvements, puis de l'ivresse, de l'inertie et, enfin, un sommeil profond et calme. Au réveil, l'animal titube encore.

Après avoir essayé le sulfonal chez les animaux, Rabbas et Kast l'ont expérimenté chez des hommes sains, puis chez des malades. Il faut employer des doses élevées, 2 à 3 grammes, pour obtenir un effet narcotique chez les névropathes souffrant d'insomnie, chez les cérébraux ou chez les gens sains ; le sommeil vient au bout d'une demi-heure à trois heures.

A dose toxique, le sulfonal produit des convulsions, des contractions, de la stupeur, et finit par entraîner le coma et la mort (Kast, Mairet).

D'après les expériences de Kast, le sulfonal ne trouble ni les fonctions digestives, ni les fonctions respiratoires. La circulation, la nutrition, la température ne subissent aucune modification (Cramer, Krils, Mairet).

Lavergeron (1) n'est pas du même avis que Rabbas et Kast, et ses expériences sont loin d'être aussi encourageantes. Pendant plusieurs heures, il n'a observé aucun effet hypnotique, et les effets toxiques ont duré plusieurs jours. Salvetat (2) l'expérimenta à la dose de 1 à 2 grammes sur lui-même et sur ses amis; jamais il ne put obtenir d'effet hypnotique.

Il faut donc une dose considérable de sulfonal pour amener le sommeil qui est suivi d'un réveil lourd, accompagné de

(1) Lavergeron, *British med. Journal*, 26 mai 1888.
(2) Salvetat, Thèse de Montpellier, 1888-1889.

nausées. Les doses élevées ne sont pas nécessaires pour produire du malaise et de la lassitude au réveil. Moutard-Martin (1) a signalé des cas où 1 gramme de sulfonal produisait les mêmes effets.

Avec le sulfonal, d'après l'opinion générale, on n'a pas à redouter l'accoutumance.

Les *accidents* dus au sulfonal sont nombreux. G. Sée en a rapporté plusieurs cas; Giannelli a, de son côté, observé des troubles; Herting (2) a eu trois cas d'intoxication chez des malades atteints de paranoïa chronique.

Le Dr Wyss (3) a signalé un cas d'empoisonnement.

Indications. — Néanmoins, le sulfonal a été prescrit dans l'*insomnie d'origine nerveuse* (C. Paul, G. Sée), dans la *neurasthénie*, l'*hystérie*. On l'a donné dans les *insomnies toxiques*, l'*alcoolisme*, le *caféisme*, le *morphinisme*.

Mairet a employé le sulfonal dans l'aliénation mentale. Il réussit dans les insomnies liées aux lésions fonctionnelles et, même, aux lésions organiques du système nerveux, dans l'*agitation* avec insomnie, quand les autres hypnotiques ont échoué. Mairet, pour éviter l'accumulation, ordonne, le premier jour, d'après la vigueur et l'agitation du sujet, de 2 à 6 grammes de sulfonal, puis, diminue la dose les jours suivants. Schedtler donne le sulfonal à doses réfractées de 50 centigrammes à 3 grammes aux *mélancoliques anxieux* et aux *agités*. Il a observé des cas d'intolérance. Cette susceptibilité individuelle est variable; ici, l'intolérance apparaît à la première administration; là, elle ne se manifeste qu'au bout de quelque temps, tandis que, dans d'autres cas, on n'observe rien.

Œstreicher, Rosin, Cramer, Otto, Garnier, Mabon ont isolément employé le sulfonal chez les aliénés.

(1) Moutard-Martin, *Soc. de thérapeutique*, 1889.
(2) Herting, *Allg. Zeitschr. für Psych.*, t. LI, fasc. 1, 1894.
(3) Wyss, *Un empoisonnement par le sulfonal* (*Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte*, 15 mai 1895, p. 303).

Modes d'administration et doses. — Le sulfonal est donc parfois efficace, souvent incertain et quelquefois dangereux. On peut l'essayer quand les autres hypnotiques n'ont pas agi et qu'on ne peut administrer de chloral. Il faut alors donner des doses assez élevées, de 2 à 3 et même 4 grammes. On peut prescrire le sulfonal en cachets. Il ne faut pas omettre de faire prendre une tasse de boisson chaude pour faciliter l'absorption.

Comme son action est fort lente, on l'ordonne le soir, vers cinq, six heures, pour en obtenir l'effet vers neuf ou dix. Il faut s'inquiéter d'avoir du sulfonal absolument pur.

IX. — Jusquiame. — Hyosciamine et hyoscine.

Jusquiame. — La jusquiame noire (*hyosciamus niger*) croît en France, sur les bords des chemins. La jusquiame blanche (*hyosciamus albus*) est une plante de l'Europe méridionale.

La jusquiame contient trois alcaloïdes : l'un cristallisé, l'*hyosciamine*; l'autre, amorphe, la *sikéranine*, le troisième sirupeux, l'*hyoscine*.

Le premier et le dernier sont employés en médecine; la sikéranine est peu étudiée, et n'est pour ainsi dire pas usitée.

Hyosciamine et hyoscine. — *a.* — L'*hyosciamine*, d'après Ladenburg (1), est un alcaloïde isomère de l'atropine, et possède les mêmes propriétés physiologiques. Comme l'atropine, c'est un déprimant du système nerveux. Cependant, lorsqu'on élève la dose, la période de dépression est précédée d'une période d'*excitation*, avec céphalalgie, délire, hallucinations, troubles visuels; puis, la somnolence arrive pour aboutir au coma.

Ainsi, l'hyosciamine n'est, pas plus que l'atropine, un hypnotique, dans le vrai sens du mot. Il faut des doses très élevées pour obtenir un effet comateux. Néanmoins, l'hyoscia-

(1) Ladenburg, *Ann. der Chemie und Pharm.*, t. CCVI, p. 299, 1881.

UNIVERSITY OF LEEDS.

mine a été employée comme hypnotique et sédatif [Dotto (1)] surtout dans les maladies mentales [Mendel (2), Savage (3), Richter (4)]. Pour certains, c'est un bon sédatif, mais qui n'empêche ni ne retarde l'accès. Il modifie les tendances et les impulsions morbides (Dotto).

b. — Après l'hyosciamine, on s'est adressé à l'*hyoscine*, isolée en 1881 par Ladenburg.

L'hyoscine est un corps sirupeux. Ce sont ses sels (bromhydrate, iodhydrate, picrate, chlorhydrate) qui ont été employés. Le chlorhydrate est presque uniquement administré aujourd'hui.

Le chlorhydrate d'hyoscine est un sel blanc, cristallisé d'un goût amer, soluble dans l'eau, l'alcool, l'éther.

C'est en Allemagne qu'on l'a étudié et employé, en premier lieu, de 1881 à 1883.

Puis, les médecins des États-Unis (1885) s'en sont occupés.

En France, Gley et Rondeau, Mairet et Combemale ont fait les premières communications à la Société de biologie, en 1887. En 1889, Magnan et Lwoff faisaient des recherches cliniques à l'asile Sainte-Anne. Puis, Ramadier, Lucas et Sérieux, Lemoine et Malfilâtre expérimentaient, de leur côté, le nouveau médicament.

Son action physiologique a été étudiée sur l'homme sain, sur les malades et sur les animaux. Magnan la définit ainsi : « Quand on injecte à un malade en proie à une vive excitation maniaque, un milligramme ou un milligramme et demi de chlorhydrate d'hyoscine, on ne remarque d'abord aucun changement dans ses allures ; mais, au bout de cinq et dix minutes, rarement davantage, l'agitation s'apaise, les mouve-

(1) Dotto, *L'azione fisiologica e therapeutica della josciamina*, il Pisani, 1895, fasc. 1.

(2) Mendel, *De l'emploi thérapeutique de l'hyosciamine dans les psychoses* (*Allg. Zeitsch. für Psych.*, 1879).

(3) Savage, *L'hyosciamine et son emploi* (*The mental Science*, 3e trimestre 1879).

(4) Richter, *Des effets de l'hyosciamine* (*Neurologisches Centralblatt*, juillet 1882).

ments perdent leur brusquerie et leur rapidité ; ils sont moins étendus. Par intervalles de quelques secondes, le malade reste tranquille, s'arrête s'il est debout, ne gesticule plus. La démarche devient titubante, chancelante, les mouvements mal coordonnés.

« La faiblesse musculaire et l'incoordination motrice, obligent bientôt le malade à s'étendre, et au bout de quinze à vingt minutes, il ne peut plus se lever. Il essaie encore de se redresser, mais ses jambes alourdies ne le soutenant plus, il se traîne, accroupi sur le sol. En même temps, la loquacité diminue, la volubilité s'amende, il y a des intervalles de silence ; la voix devient de plus en plus faible, quelquefois, elle est cassée, tremblante, et au bout de vingt-cinq minutes elle est éteinte ; le malade ne parle plus ou dit, de temps à autre, quelques mots qu'on a de la peine à saisir.

« Un état de lassitude générale accompagne ces phénomènes. Si le malade est assis, la tête retombe sur la poitrine, les paupières se ferment malgré lui, et, finalement, il s'endort. Le sommeil ne paraît pas profond ; si l'on touche le malade, il ouvre les yeux, mais se rendort aussitôt. Ce sommeil dure de cinq à dix heures. Au réveil, le malade reste calme, parfois une demi-heure, et quand l'action du médicament est épuisée, l'agitation et la loquacité reviennent aussi intenses qu'avant l'injection. On observe, habituellement, de la fréquence du pouls, de la tachycardie, de la sécheresse du gosier, de la soif et une mydriase qui persiste parfois trois jours. »

Le pouvoir mydriatique de l'hyoscine est supérieur à celui de l'atropine, de la duboisine, et il est plus rapide.

L'hyoscine est aussi un antisecrétoire, et elle a donné de bons résultats contre les sueurs profuses, dans le délire alcoolique, ou chez les phtisiques.

Indications. — L'hyoscine est indiquée dans plusieurs maladies, mais c'est un *médicament d'exception*, qu'on ne doit employer que dans les cas extrêmes. Nous n'en parlons ici

qu'au point de vue de la médecine mentale et nerveuse, en laissant de côté son emploi dans la pratique ophtalmologique.

L'hyoscine a été préconisée dans les affections respiratoires (asthme et coqueluche) (Edlefsen et Illing, Kobert), comme antinévralgique (Oulmont, Vergez-Honta, Barling, Edlefsen et Illing, Kobert, Lemoine). Elle a donné d'excellents résultats dans la *paralysie agitante* (Huet, Erb, Kry, Otto-Klinke, Pont, de Renzi, Cheynet). On l'a employée dans la *chorée* (Bruce, Witherill, Salgo), dans l'*athétose*, la *sclérose en plaque*, la *myélite* par compression, la *crampe des écrivains* et les *tics convulsifs*. Mais son emploi le plus général est comme agent sédatif et hypnotique contre l'excitation psycho-motrice. Magnan définit l'hyoscine « le spécifique du syndrome agitation ».

Elle a été prescrite contre l'*insomnie* simple, chronique (Witherill), l'insomnie des vieillards (Pittcairne), et celle des neurasthéniques (Moutard-Martin).

On est assuré, par son emploi, de calmer les cas d'*agitation* extrême, passagèrement il est vrai, et d'obtenir quelques heures de sommeil. C'est un puissant sédatif, auquel on peut recourir lorsqu'on est appelé à transporter un furieux d'un endroit éloigné dans un asile.

C'est un palliatif et non un curatif.

On l'administre, généralement, par le tissu cellulaire sous-cutané. On peut aussi se servir de la voie stomacale, ou bien l'administrer par le rectum sous forme de lavement.

La dose habituelle est de *1/2 milligramme à 2 milligrammes*.

La solution pour injection hypodermique est ainsi composée :

Chlorhydrate d'hyoscine.....	5	centigrammes.
Eau distillée de laurier-cerise.....	5	grammes.
Eau distillée bouillie.....	20	—

Une demi-seringue de Pravaz de cette solution renferme un milligramme d'hyoscine.

X. — Duboisine.

La duboisine est retirée de l'extrait aqueux des feuilles de *Duboisia myoporoïdes* (Solanées), arbuste d'Australie. Elle cristallise en fines aiguilles, solubles dans l'eau.

Le premier symptôme de l'alcaloïde sur l'organisme est la mydriase, survenant presque aussitôt après l'injection. La mydriase et la paralysie de l'accommodation se développent plus rapidement, mais durent beaucoup moins qu'avec l'atropine (Norris, de Wecker). Dix à trente minutes après l'administration de la duboisine apparaissent les autres symptômes de l'action de l'alcaloïde sur le système nerveux ; l'agitation motrice se calme. Le malade est tranquille, sa parole est traînante, les mots qu'il prononce sont incompréhensibles. La marche est lente et le sommeil arrive. Il dure de deux à sept heures, d'après le sujet et le degré de l'agitation.

On observe, quelquefois, chez les individus sains d'esprit, des étourdissements et un état d'ébriété précédant le sommeil.

Pour noter ces effets, il n'est même pas indispensable de dépasser les doses thérapeutiques ; car, avec les doses plus élevées, on produit des phénomènes d'intoxication : sécheresse de la gorge, dilatation des pupilles, fréquence du pouls (130 à 150), de la respiration (35-40), congestion de la face, des vertiges et de la suffocation.

La duboisine est-elle un médicament sûr ? Ses partisans sont aussi nombreux que ses détracteurs.

Mendel, Max Lewald la proclament un bon hypnotique, en se basant sur des observations personnelles. Tambroni et Capelleti (1), s'appuyant, également, sur des expériences, déclarent : 1° que le sulfate neutre de duboisine est un hypnotique

(1) Tambroni et Capelleti, *Il sulfato neutro di duboisina* (*Il Manicomio moderno*, anno IX, n° 3).

faible, incertain, bien inférieur au chloral, à la jusquiame, au sulfonal ; 2° que comme sédatif, son action est extrêmement faible et passagère; 3° que les troubles mentaux ne subissent pas de modification ; 4° que la duboisine, même à petites doses, produit des troubles de la respiration, du pouls et des voies digestives.

Nous partageons, en partie, l'avis des auteurs italiens. La duboisine ne peut rivaliser avec le chloral, et ne saurait être mise au même rang que le sulfonal et le trional. On peut l'employer au même titre que l'hyoscine, c'est-à-dire dans les cas d'extrême urgence.

La duboisine pouvant donner lieu à des phénomènes d'accumulation, il est prudent, d'après tous les auteurs, de ne pas prescrire ce médicament au delà de quelques jours (huit jours au plus).

La dose ne doit pas dépasser un milligramme par jour, en injection sous-cutanée ou en potion. Le premier procédé est plus pratique et donne un effet plus prompt.

Les *indications* sont celles de l'hyoscine. Dujardin-Beaumetz l'a employée contre les phénomènes nerveux de la maladie de Basedow.

On a ordonné la duboisine contre les tremblements de la paralysie agitante et de la paralysie générale, mais les tremblements réapparaissent aussitôt après la cessation du médicament.

La duboisine a surtout été préconisée contre le syndrome agitation. Mais, nous le répétons, c'est un médicament qui ne doit être employé que d'une façon exceptionnelle.

Il nous reste à citer quelques-uns de ces nombreux médicaments signalés comme hypnotiques depuis quelques années. Les uns ne sont ni efficaces ni avantageux en aucune façon, les autres n'ont pas été suffisamment étudiés dans leur appli-

cation chez les aliénés. Et ceux qu'on a préconisés chez les nerveux n'ont pas donné d'assez bons résultats pour être préférés au chloral.

L'*uréthane* a été recommandé comme hypnotique à la dose de 2 grammes. Mais les expérimentateurs avouent qu'il provoque des vomissements.

L'*hypnal* est un mélange d'antipyrine et de chloral. Il agit par ces deux produits, comme hypnotique (par le chloral), comme analgésique et antipyrétique (par l'antipyrine). La dose thérapeutique est de 2 à 3 grammes, en cachets ou en potion.

L'*hypnone* (acétophénone) introduit dans la thérapeutique par Dujardin-Beaumetz et Bardet (1), a été étudié par Grasset, Laborde, Mairet et Combemale. Ce n'est ni un anesthésique, ni un analgésique, de sorte qu'il ne peut agir dans les insomnies douloureuses.

On l'a essayé dans le délire alcoolique et dans les insomnies nerveuses de nature psychique. Mais ce n'est pas un hypnotique sur lequel on puisse compter. Dujardin-Beaumetz a observé qu'en augmentant la dose l'action hypnotique ne se produit pas. On le prescrit en gouttes (10 à 15 gouttes) dans une potion, en une seule fois.

Signalons également le *méthylal*, liquide incolore, limpide, d'une odeur rappelant celle du chloroforme, employé en France par Mairet et Combemale (2). La dose est de 1 à 4 grammes dans une potion.

Article II. — *Toniques.*

On a souvent besoin d'un bon tonique. Tout médecin doit évidemment savoir quand et comment il faut prescrire un

(1) Dujardin-Beaumetz et Bardet, *Acad. des sciences*, 9 novembre 1885.
(2) Mairet et Combemale, *Progrès médical*, 1887, p. 3.

cordial, un fortifiant. Pourtant, il est certains médicaments couramment employés qui appellent quelques observations.

On n'a pas toujours coutume de classer les toniques comme le font les cliniciens. Pour certains thérapeutes, l'arsenic, le phosphore sont des modérateurs de la désassimilation ; l'alcool, le café, sont des modérateurs intellectuels et surtout des aliments d'épargne ; le fer est un modificateur de la circulation. Une telle classification ne peut exister en clinique. En s'adressant au fer ou au phosphore, le praticien cherche à tonifier son malade. L'arsenic, le quinquina ne sont pas de même nature au point de vue physiologique ; mais, pour les praticiens ce sont des toniques. Voilà pourquoi, sous la rubrique de *toniques*, nous entendons parler de médicaments qui, dans les livres classiques de thérapeutique, sont dispersés en plusieurs chapitres différents.

Deux cas bien distincts se présentent quand il s'agit de prescrire un tonique : 1° c'est un malade dont l'état cachectique réclame un tonique immédiat ; 2° c'est un sujet affaibli qui a besoin de l'usage prolongé d'un fortifiant ; les prescriptions sont bien différentes dans les deux cas.

a.— Voici un sujet venant d'avoir une attaque apoplectique. Il est dans un état précaire. Son pouls est faible, défaillant ; les battements du cœur sont éloignés et sourds. C'est un stimulant immédiat qu'il faut prescrire et la thérapeutique nous en offre un nombre assez important pour ne pas être dans l'embarras.

L'*acétate d'ammoniaque* active la circulation, excite la calorification et le système nerveux. On peut le prescrire à des doses très élevées, jusqu'à 30 grammes, mais on se contente généralement de 3, 4, 5 grammes. L'acétate d'ammoniaque étant liquide est facile à prescrire en potions. On l'ordonne

généralement dans un sirop d'écorces d'oranges amères, avec un autre stimulant, la cannelle, par exemple :

Acétate d'ammoniaque.....	3 grammes.
Teinture de cannelle.....	5 à 10 grammes.
Sirop d'écorces d'oranges amères....	50 grammes.
Eau de tilleul.....	Q. s. pour 200 c. c.

La *caféine* a l'avantage d'agir vite et d'être diurétique. Son action sur le cœur est connue : la caféine est indiquée quand il y a *hypotension vasculaire;* elle est contre-indiquée quand il y a *hypertension artérielle* [Huchard (1)].

On prescrit la caféine dans une potion, en ayant soin d'y ajouter un peu de salicylate de soude ou de benzoate de soude, avec lesquels la caféine forme des sels doubles solubles.

La dose, pour vingt-quatre heures, varie entre 25 centigrammes et 1 gramme. On peut faire une potion dont chaque cuillerée à soupe représente à peu près 25 centigrammes de principe actif. On la donne toutes les trois ou quatre heures, en faisant cesser dans la soirée, parce que l'action de la caféine sur le système nerveux étant prépondérante, il pourrait en résulter de l'insomnie.

Quand le malade n'avale pas, ou quand on veut agir vite, on doit administrer la caféine sous forme d'injection hypodermique.

Caféine.....	4 grammes.
Salicylate de soude.....	3 gr. 10
Eau distillée bouillie.....	6 grammes.

(Tanret.)

Chaque centimètre cube renferme 40 centigrammes de caféine.

Caféine.....	4 grammes.
Salicylate de soude.....	3 gr. 10
Eau distillée bouillie.....	Q. s. pour 10 c. c.

(Huchard.)

(1) Huchard, *Maladies du cœur*, 1889, et *Consultations médicales*, Paris, 1901.

Le *camphre* a été employé comme stimulant. C'est Huchard qui l'a préconisé, d'abord, dans la tuberculose pulmonaire; il associait le camphre à l'antipyrine et faisait dissoudre dans l'huile.

Aujourd'hui, l'huile camphrée est fréquemment employée en injections hypodermiques.

Camphre.....	10 grammes.
Huile d'olive pure stérilisée.....	Q. s. pour 10 c. c.

Injecter de une à deux seringues par jour.

L'*éther sulfurique*, depuis Znelger (1871), qui en a fait l'emploi en injections sous la peau dans la fièvre typhoïde adynamique, est souvent ordonné comme *excito-stimulant*, suivant Dupuy (1), qui a vulgarisé l'usage des injections hypodermiques d'éther. L'effet dépend de la dose injectée; il ne faut pas dépasser 4 à 5 grammes, en une ou deux fois, si l'on ne veut pas arriver à l'ivresse.

Enfin, on emploie, depuis quelques années, le *sérum* artificiel qu'on injecte, non plus comme autrefois dans les veines, mais sous la peau; l'absorption se fait aussi bien, et il n'y a pas à redouter d'accidents. Quant à la composition du sérum, il existe aujourd'hui plusieurs formules; nous renvoyons, à ce sujet, aux pages qui traitent de la *dépression*.

b. — Supposons le malade hors de danger immédiat, mais inspirant, quand même, quelques inquiétudes; que faut-il prescrire? S'il digère bien, on se bornera à faire un choix sévère des aliments. On pourra pourtant y joindre une préparation arsenicale.

L'*arsenic* est un médicament efficace qui exige une grande

(1) Dupuy, *Progrès médical*, 1873, p. 286, et 1881, p. 985.

surveillance. A petite dose, il excite l'appétit, active la digestion ; il s'accumule à la longue. Il favorise l'embonpoint.

On doit commencer par des doses minimes, et augmenter progressivement ; parvenu à la dose maxima, on diminuera lentement jusqu'à la cessation complète. Le malade se reposera alors, dix à quinze jours, et recommencera ensuite une nouvelle série.

La liqueur de Fowler est une mauvaise préparation d'arsenic.

Nous nous adressons généralement à l'arséniate de soude en solution (10 à 15 centigrammes pour 300 grammes d'eau). On commence par une cuillerée à soupe, puis deux, et l'on ne dépasse pas cette dose. Dès l'apparition des symptômes d'intolérance, on cesse la médication.

Dans ces derniers temps, le *cacodylate de soude* est venu prendre la place de l'arsenic. C'est un sel organique bien moins toxique que les autres préparations arsenicales, de sorte qu'on peut le prescrire à des doses plus élevées. La meilleure voie pour l'administrer est la voie sous-cutanée, à la dose de 1 à 3 centigrammes.

Le *fer* a rendu de grands services aux anémiques. Une des préparations les plus recommandables est le *protoxalate de fer*, en cachets de 10 centigrammes. La constipation est moins fréquente qu'avec les autres sels de fer.

Le *quinquina*, surtout l'extrait mou, est souvent employé, soit en potion, soit en bols ou même en pilules. Le sulfate de quinine est ordonné à petites doses, de 5 à 10 centigrammes, deux ou trois fois par jour, comme fébrifuge.

Depuis quelques années, on fait beaucoup de bruit autour de la *coca* et de la *kola*. Ce sont, en effet, de bons toniques, mais inférieurs, selon nous, au quinquina. Ce sont surtout des médicaments à la mode ; les malades s'en trouvent assez bien ; on peut donc continuer à les prescrire, mais il ne faudrait pas s'étonner si la vogue allait bientôt à d'autres substances.

Un autre groupe de médicaments, dont le succès a été

grand, est constitué par les *glycéro-phosphates* qui, d'après notre propre expérience, n'ont pourtant pas donné tout ce qu'on en attendait.

CHAPITRE II

AGENTS PHYSIQUES

Article Ier. — *Hydrothérapie.*

L'hydrothérapie rend les plus importants services dans le traitement des maladies mentales et nerveuses. Elle est un des grands moyens physiques dont le médecin neuropathologiste dispose, et elle trouve son application dans l'hygiène thérapeutique, comme dans le traitement proprement dit.

Tous les auteurs ne sont pas d'accord sur la définition du mot *hydrothérapie*.

« On entend par *hydrothérapie*, dit Beni-Barde (1), la médication par l'eau, employée sous toutes les formes, et à des températures variables. » Certains hydrothérapeutes, E. Duval (2), Max Durand-Fardel (3), limitent le sens du mot à la *médication par l'eau froide*. D'après ces derniers, on aurait tort de confondre les applications de l'eau froide avec celles de l'eau chaude.

Historique. — Dès les premières apparences d'une civilisation, les peuples ont eu recours à l'hydrothérapie. Nous avons vu, au chapitre d'historique général, que les médecins de l'antiquité appliquaient souvent le traitement par l'eau aux

(1) Beni-Barde, *Manuel médical d'hydrothérapie*, 1881, p. 1.
(2) E. Duval, *La pratique de l'hydrothérapie*, Paris, 1891.
(3) Max Durand-Fardel, *Bull. gén. de thérap.*, 1891, t. CXX, p. 145

maladies mentales. Au Moyen âge, les auteurs n'en font pas mention. A l'époque de la Renaissance, seulement, on remet en faveur l'application de l'eau. Pourtant, jusqu'au XVI[e] siècle, on se basait encore sur l'empirisme. A la fin du XVII[e] siècle, l'hydrothérapie est classée à côté des autres moyens thérapeutiques. En France, Pomme cherche à la vulgariser. En Angleterre, Floyer, Wright et surtout Currie, tentent de lui rendre son importance. Un simple paysan de la Silésie autrichienne, Priessnitz, au début du siècle, lui donne une vogue nouvelle.

Avec Fleury (1), le traitement par l'eau est entré dans une voie scientifique. Il convient de citer ceux qui, par leurs travaux, ont contribué à la vulgarisation de l'hydrothérapie : Beni-Barde (2), Materne (3), Durand-Fardel (4), Delmas (5), E. Duval (6), Tartivel (7), Bottey (8).

Aujourd'hui, l'hydrothérapie, à l'eau froide ou à l'eau chaude, prend une extension considérable dans les hôpitaux, dans les asiles, ainsi que dans la pratique privée.

ACTION DE L'EAU A DIVERSES TEMPÉRATURES EN APPLICATIONS EXTÉRIEURES. — Les effets physiologiques et thérapeutiques qu'on veut obtenir de l'eau dépendent en grande partie de sa température. Aussi faut-il préciser ce qu'on désigne par eau froide et eau chaude, en thérapeutique, car ces termes sont différemment appréciés.

(1) Fleury, *Traité pratique et raisonné d'hydrothérapie*, 3[e] édit., 1867.

(2) Beni-Barde, *Traité d'hydrothérapie*, 1874. — *Manuel d'hydrothérapie*, 2[e] édit., 1888.

(3) Beni-Barde et Materne, *L'hydrothérapie dans les maladies chroniques et les maladies nerveuses*, 1894.

(4) Durand-Fardel, *Traité des eaux minérales de la France et de l'étranger*, 1883.

(5) Delmas, *Manuel d'hydrothérapie*, 1885.

(6) E. Duval, *Traité d'hydrothérapie*, 1888.

(7) Tartivel, *Dict. encycl. des sciences médic.*, articles *Affusions*, *Bains*, *Douches*, *Hydrothérapie*, *Lotions*.

(8) Bottey, *Études médicales sur l'hydrothérapie*, 1886. — *Traité théorique et pratique de l'hydrothérapie médicale*, 1895.

Voici l'estimation de Fleury, légèrement modifiée par Beni-Barde :

Très froide, l'eau de	8° à 12°
Froide	12° à 16°
Fraîche	16° à 20°
Dégourdie	20° à 26°
Tempérée	26° à 34°
Chaude	34° à 40°
Très chaude	40° à 50°

Eau froide. — La première impression provoquée par l'application de l'eau froide sur une assez grande étendue du corps, c'est la suffocation; la *respiration* s'arrête brusquement, puis elle reprend irrégulière, accélérée et superficielle. Si l'application de l'eau froide continue, la respiration se régularise et devient profonde.

Depuis Howard F. Johnson (1852), tous les hydrothérapeutes ont constaté l'action de l'eau froide sur la *circulation* et sur le cœur. Les phénomènes sont analogues à ceux que déterminent les excitations douloureuses. Les applications localisées sur une partie du corps n'influent pas sur le cœur; c'est la grande douche d'eau froide qui agit sur cet organe. Pendant la période initiale, le pouls est filiforme, irrégulier; parfois, à ce moment, le cœur est pris d'une sorte d'état tétanique passager qui fait, un instant, disparaître la pulsation artérielle (Delmas). Ainsi que pour la respiration, les battements cardiaques se régularisent au bout de quelques secondes, et la pression artérielle, augmentée au début, baisse légèrement.

Les effets de l'application de l'eau froide sur la *température du corps* sont à noter. Chez les uns, la température centrale monte; chez les autres, elle reste stationnaire. Mais ce qui est absolu, c'est l'abaissement de la température périphérique. Quant à la température centrale, elle a une tendance sensible à l'élévation, rarement à l'abaissement, à moins que le corps ne soit soumis à un refroidissement intense et rapide.

Les *vaso-moteurs* se resserrent sous l'action du froid et

refoulent le sang vers le centre, dans les viscères. La peau devient pâle et se rétracte.

Puis, tous ces phénomènes disparaissent, surtout quand l'application a été courte, et l'on assiste, alors, à la *réaction hydrothérapique.*

Le malaise du début fait place à une sensation de bien-être. Aux mouvements irréguliers de la respiration succèdent des mouvements plus amples, plus lents (Röhrig, L. Lehmann). La vitesse du pouls décroît ; quant à la pression artérielle, elle diminue lentement, suivant les diverses circonstances capables d'influencer la répartition du sang, prête à remonter à la moindre impression du froid (Hayem). La vaso-constriction des vaisseaux est remplacée par la vaso-dilatation ; la peau rougit. La chaleur reste inférieure, pendant quelque temps, à la périphérie ; la température centrale s'abaisse durant la période de réaction, pour redevenir normale progressivement.

Les effets de l'eau froide sur la température ont souvent donné matière à discussion. Nous transcrirons seulement ces quelques lignes de Lubanski. « Toucher à la calorification, c'est en quelque sorte toucher au ressort de l'existence, et faire ralentir les mouvements qu'on lui imprime du côté des fonctions les plus importantes de l'économie. Placer l'organisme dans la nécessité de produire une plus grande quantité de chaleur, en l'exposant à des pertes réitérées de calorique, c'est, d'abord, accélérer la consommation de la matière organique, par cela même améliorer le mouvement de décomposition ; c'est stimuler la respiration et l'oxygénation du sang qui en est la conséquence ; c'est exciter la circulation et la mutation de la matière dans les dernières divisions capillaires ; c'est éveiller le besoin de réparation et, enfin, impressionner l'innervation (1). »

Effets tardifs de l'application de l'eau froide. — Ces effets sont sensibles sur presque tous les organes ; la dilatation

(1) Lubanski, *Études pratiques*, 1847.

périphérique et la décongestion profonde ne font pas de doute ; la pression sanguine baisse lentement et graduellement. Les battements du cœur se ralentissent et se relèvent plus tard.

Ce qui nous intéresse surtout, ici, c'est l'action sur le système nerveux. Les applications générales d'eau froide soumettent le système nerveux à une sorte de choc, de coup brusque, qui a souvent pour résultat une sensation de bien-être.

Bottey énumère, ainsi, les bienfaits de l'eau froide : « Augmentation de la vitalité générale, activité plus grande des fonctions digestives et assimilatrices, accroissement de la force musculaire et de l'aptitude au travail, sensation de bien-être, d'équilibre intellectuel et moral, ensemble qui fait de l'hydrothérapie une méthode hygiénique par excellence, en dehors des effets thérapeutiques nombreux que l'on réclame d'elle. La nécessité de ces réactions organico-réflexes s'impose en effet, si l'on songe que, dans beaucoup de cas, l'application de l'eau froide est tellement courte qu'il devient difficile de ne faire entrer en ligne de compte que la soustraction du calorique (1). »

Application prolongée. — L'application de l'eau froide peut être pratiquée sous forme de douche ou d'immersion dans un bain. Ce que nous venons d'exposer se rapporte à la première. Dans un bain froid, les phénomènes du début sont les mêmes. Les frissons qu'on observe, quelquefois, sous la douche, sont ici presque constants. L'application se prolongeant, le sujet éprouve après le premier saisissement une sensation de bien-être, de chaleur... Tous les malades ne réagissent pas de la même façon ; il y en a chez qui le malaise du début augmente. Mais, chez les uns comme chez les autres, la circulation est ralentie ; le pouls est petit, dépressible ; la face bleuit et des tremblements plus ou moins accentués apparaissent. Si l'on prolonge, il peut y avoir syncope.

(1) Bottey, *Considérations sur l'action physiologique de l'eau froide* (*Soc. d'hydrologie*, 1er février 1890, et *Revue d'hygiène thérapeutique*, 1890, p. 97).

Modes d'administration. — Les méthodes d'application et les procédés opératoires sont nombreux; il suffira de nommer les plus usuels.

La *douche en pluie verticale*, avec une large pomme d'arrosoir, fixée à 2 m. 50 ou 3 mètres du sol; la *douche mobile*, qui peut être en *jet*, en *lance*, en *éventail*, en *pluie*, en *pomme d'arrosoir*, etc. Les autres douches, *en colonne*, *en cercle*, etc., sont moins usitées. C'est la douche mobile, en jet direct ou brisé, qui occupe aujourd'hui la première place.

Quand faut-il commencer l'emploi des douches, à qui faut-il en prescrire, quelles sont les contre-indications? Ce sont là des questions auxquelles, dans la pratique, on ne prête pas toujours suffisamment d'attention.

On n'hésite pas à donner la douche à toute époque de l'année, mais la saison chaude est la meilleure pour débuter; on peut donc doucher le malade, même en hiver, en prenant quelques précautions. La salle de douche sera chauffée, pour qu'il n'y ait pas contact du corps avec l'air froid; on donnera des chaussons pour éviter la sensation froide des planches mouillées; les draps et les couvertures, servant à essuyer, seront chauds et bien secs. Pour produire la réaction, on frictionnera le malade un peu après la douche.

La douche doit être, cela va sans dire, administrée à jeun, le matin de préférence. En cas d'insomnie, elle sera souvent plus utile dans la soirée.

Indications. — Jadis, on faisait un véritable abus des douches froides dans le traitement de la manie. L'erreur et le danger de cette méthode sont trop connus pour qu'il soit besoin d'insister. On a, de même, utilisé la douche comme punition; c'était, non seulement, inhumain et barbare, mais nuisible.

Aujourd'hui encore, il nous semble qu'on fait un usage un peu excessif de la douche froide. On a proclamé que notre siècle était le siècle du nervosisme, et qu'un des meilleurs remèdes contre le mal de notre époque est la douche. Dès lors, tout le monde court à la douche, avec ou sans avis

du médecin. On aboutit souvent à un contre-sens thérapeutique et à une aggravation du mal, ainsi que nous l'avons constaté bien des fois dans la clientèle.

L'usage de la douche ne convient pas à tous les malades. Si l'hydrothérapie est un bon remède hygiénique, elle peut devenir un danger dans certains cas.

La douche est indiquée chez les *dégénérés* abouliques, obsédés, dont le système nerveux réclame un excitant ou un stimulant hygiénique.

Les *mélancoliques*, au début de leur affection, et les *déprimés* peuvent être douchés; mais, c'est surtout pendant la convalescence qu'un mélancolique profitera de la douche.

Les *hystériques* et les *épileptiques* en tirent un grand avantage. On a défendu, à une époque, la douche aux épileptiques, comme étant contraire à la guérison; mais les aliénistes et les neurologistes conviennent à présent, qu'il est utile de combiner l'action du bromure à celle de l'eau froide, à moins de conditions exceptionnelles.

Quant aux contre-indications, elles sont nombreuses. On a tort, avons-nous dit, d'administrer la douche à tous les nerveux. On a surtout abusé de l'hydrothérapie dans les états de dépression. Nous avons eu l'occasion de constater que la douche, prescrite par le médecin à un soi-disant neurasthénique, n'avait fait qu'aggraver l'état du sujet, qui était simplement à la période mélancolique de la paralysie générale.

Avant de se hâter de prescrire l'hydrothérapie, il faut être fixé sur le diagnostic. S'il s'agit d'une affection organique l'eau froide ne ferait, sans doute, que l'aggraver. Si ce n'est qu'une névrose, on peut prescrire la douche.

Le cœur et les artères seront examinés minutieusement; on admet qu'il y a contre-indication dans les maladies du cœur. Cependant, dans la période hyposystolique, on peut ordonner l'hydrothérapie; on veillera à ce qu'elle soit très douce, pour éviter un violent refoulement du sang périphérique vers les organes profonds.

En prenant toutes ces précautions, on peut espérer de bons résultats de la douche froide.

Quant à la *durée*, elle sera aussi courte que possible. « Une douche trop courte n'a jamais d'inconvénients ; une douche trop longue est toujours dangereuse, déclarait Fleury. »

Pour produire leur effet, les applications thérapeutiques de l'eau froide doivent être continuées assez longtemps, deux, trois mois, et souvent davantage.

Les douches *tièdes* et *chaudes* sont fréquemment employées comme sédatifs. Mais, dans ce cas, il est préférable de recourir au bain.

Quelquefois, les malades ne peuvent supporter d'emblée la douche froide; on gradue alors la température, en commençant par la douche tiède pour aboutir à la douche froide.

Les *douches écossaises* sont aussi prescrites comme *révulsives*, *révulsives toniques*, *sédatives et toniques*. On les distingue, ainsi, suivant leur mode d'administration, et suivant les effets qu'elles produisent. « On élève d'abord l'eau chaude progressivement et lentement de 35 à 40, 42 degrés, pendant un temps qui varie entre trente secondes et une minute et demie à deux minutes; enfin, on baisse plus ou moins lentement jusqu'à l'eau froide, pendant une durée variant de trente secondes à une minute, et en redescendant les degrés successifs de l'échelle des températures primitives. Cette douche est supportée avec la plus grande facilité et la sensation de froid est considérablement atténuée par cette préparation graduellement descendante aux températures de plus en plus basses (Bottey). »

Eau chaude. — Elle est ordonnée surtout sous forme de bains, à la température de 33° à 36° : on peut chauffer davantage et aller jusqu'à 37°, même au delà. La température qui convient, d'une façon générale, est de 34°. Le bain, même prolongé, ne produit pas, à ce degré, de modifications appréciables sur la température du corps.

L'action du bain chaud sur le système nerveux est manifeste. Selon Lichtenstern, les bains tièdes et chauds prolongés produisent de la somnolence, en raison de l'action réflexe sur les vaisseaux du cerveau. De plus, l'eau chaude diminue l'excitabilité des terminaisons périphériques des nerfs sensitifs, de sorte que l'excitation des différents centres est bien moindre (Traube).

Suivant Yakimoff (1), après un bain chaud, la pression sanguine s'abaisse, les muscles des mouvements volontaires et involontaires sont en résolution, et cette résolution est naturellement suivie d'une diminution des contractions réflexes.

Masso et Bergesso (2), ayant observé un cas de perte de substance du crâne, ont étudié l'influence des bains sur la circulation intracranienne, mais ils n'ont pas donné d'indications précises.

Au 24e Congrès de la Société des aliénistes du Sud-Ouest (session de Carlsruhe, 1892), Fuerstner et Fedbausch ont fait une communication sur *l'importance et l'emploi de l'hydrothérapie chez les agités*. Parmi les conclusions des rapporteurs, signalons celles qui nous intéressent: 1° la valeur de l'hydrothérapie scientifique, sous la surveillance de médecins compétents, est incontestable dans le traitement des aliénés; 2° l'action des grands bains chauds est triple; ils calment, appellent le sommeil, et activent les échanges nutritifs. Ils contribuent également à l'entretien de la peau et à l'hygiène; 3° il faut, avant de prescrire le bain, examiner soigneusement le malade et tenir compte des réactions individuelles (3).

En définitive, le bain chaud débarrasse la peau des lamelles épidermiques superficielles, produit des glandes sébacées et sudorifiques, et facilite ainsi l'élimination des résidus cutanés de la désassimilation. Il a une action calmante sur la fatigue des muscles, sur les diverses manifestations plus ou moins

(1) Yakimoff, *Contribution à l'étude des bains chauds*, 1883.
(2) Masso et Bergesso, *Rivista sperimentale di frenatria*, 1885, I.
(3) Fuerstner et Fedbausch, *All. Zeitschr. für Psych.*, 50, 5.

douloureuses, et enfin, il agit comme *sédatif* sur le système nerveux. C'est en vertu de son action sédative que le bain est si souvent prescrit dans les maladies mentales.

Modes d'administration. — La température du bain doit être constante et varier d'après l'effet qu'on veut obtenir. Ainsi, un bain chaud (36°-37°) d'une heure, quoique sédatif, est débilitant ; on ne pourrait le prescrire plusieurs fois de suite. Pour obtenir un effet tonique et sédatif à la fois, la température doit osciller entre 33° et 34°.

Le moment favorable pour le bain varie selon l'indication. S'il s'agit d'un agité moteur, qui dort suffisamment, le bain sera ordonné le matin ; il sera ordonné le soir, au contraire, si l'on se trouve en présence d'un anxieux ou d'un agité avec insomnie.

Dans les grands services, pour gagner du temps, on baigne les malades à l'heure du déjeuner. Cela n'a pas d'inconvénient, quand ils entrent au bain à jeun et y prennent leur repas. Quelquefois pourtant, il arrive que telle ou telle cause provoque une légère congestion de la tête, en ce cas, il est bon de mettre sur la tête des compresses d'eau froide, ou de laisser couler un peu d'eau froide sur le crâne.

La *durée* du bain dépend de l'état physique du sujet ; elle ne doit pas dépasser quatre heures. Brierre de Boismont prétendait avoir guéri la manie par des bains prolongés pendant quarante-huit heures, voire même soixante-douze heures.

Après le bain, donné dans une salle chauffée, le malade doit être enveloppé de couvertures chaudes, essuyé, frictionné très soigneusement. Puis, on le recouche, après avoir pris la précaution de réchauffer son lit à l'aide d'une bouillotte.

Généralement, on donne le bain simple, sans l'addition d'aucune matière étrangère. Les bains sulfureux, alcalins, d'amidon, de son, sont parfois indiqués. On ne croit plus beaucoup à l'action sédative du bain de tilleul.

Indications. — Tous les aliénés entrants, à moins qu'ils aient la fièvre ou présentent un état cachectique, doivent prendre un bain de propreté. Mais la grande indication des bains tièdes prolongés, c'est l'agitation.

L'excitation psycho-motrice s'amende après un bain. Les agités peuvent être baignés, exceptés s'ils ont la fièvre ou offrent des complications viscérales.

Les *paralytiques généraux* agités profiteront également des bains tièdes. Pour eux, les précautions doivent être redoublées ; la température ne dépassera pas 34°, et, pour prévenir les congestions cérébrales, il sera prudent de ne pas laisser longtemps le malade dans l'eau. Il faut surtout mettre des compresses froides sur la tête.

Les *mélancoliques* avec anxiété et insomnie peuvent prendre des bains. La durée sera également courte.

Les *épileptiques* seront régulièrement baignés, mais non sans une grande surveillance.

Il nous reste à parler du *drap mouillé*.

Il ne s'agit pas, ici, de l'application rapide du drap mouillé, comme révulsif succédané de la douche, mais bien d'une méthode sédative énergique, employée pour calmer les malades très agités.

Le drap mouillé n'est pas un procédé nouveau : Hippocrate le mettait en usage. Aujourd'hui, on en reprend l'emploi contre l'extrême agitation des aliénés. Voici comment on doit procéder : on dispose sur un matelas, à terre, deux couvertures de laine, sur lesquelles on étend un drap, qu'on vient de tremper dans de l'eau froide (de 8° à 12°), puis qu'on a fortement tordu. Le malade est placé sur le drap, après avoir été aspergé de quelques gouttes d'eau froide, afin que le saisissement soit moins vif ; on l'enveloppe en glissant quelques plis du drap entre les jambes, entre les bras et sur le corps, de façon que toute la surface de la peau soit en contact avec le drap mouillé.

On a eu, préalablement, le soin d'entourer chaque pied et la moitié de la jambe d'une botte d'ouate, saupoudrée de farine de moutarde. On enroule, ensuite, les couvertures autour du corps en serrant assez fortement pour que le contact soit immédiat, et l'on remet le malade dans son lit ; il y reste trois à quatre heures, même davantage. Des compresses d'eau froide sont maintenues sur sa tête. On donne des boissons en abondance pour faciliter la sudation ; ces boissons ne doivent pas contenir d'alcool ; on fera boire de la limonade pure, une infusion de tilleul ou de feuilles d'oranger, etc.

Avant d'envelopper un malade dans un drap mouillé, il convient de s'assurer du bon fonctionnement des organes; il faut que le sujet soit jeune ou adulte et vigoureux. Comme l'action du drap mouillé est énergique, on ne doit y recourir que lorsque aucun moyen n'a réussi à calmer le malade, et qu'on ne peut le maintenir au bain sans lutte. Grâce à la suppression des moyens de coercition et à l'application rigoureuse du non-restreint, il ne se présente plus guère de cas d'agitation aussi tenaces, ne cédant ni à l'alitement, ni au bain tiède. Le drap mouillé est par conséquent d'un emploi assez rare dans la pratique.

Article II. — *Électrothérapie.*

Historique. — Les applications médicales de l'électricité ont suivi ses progrès ; leur histoire n'est donc pas vieille.

On a d'abord utilisé l'électricité statique. Après les découvertes de Galvani (1786-1791), de la pile de Volta (1800), on recourut à l'électricité produite par les moyens chimiques. Enfin, les découvertes des phénomènes magnéto-électriques, et les courants induits de Faraday, donnèrent de nouveaux appareils à la thérapeutique.

En électrothérapie, comme dans plusieurs branches de la thérapeutique, les données empiriques ont devancé les appli-

cations scientifiques, et elles prévalent encore de nos jours. On est presque ignorant de l'action physiologique et thérapeutique de l'électricité.

Cependant, reconnaissons que notre époque est une période de transition. L'électricité devient une force mathématiquement définie; elle est une branche bien réelle et bien nette de la physique. Les instruments se perfectionnent; les unités de mesures conventionnelles facilitent les observations, les comparaisons. Nous ne sommes sans doute pas éloignés du moment où l'électrothérapie deviendra toute une science basée sur la physiologie et la pathologie, avec des méthodes d'application nettement formulées.

Aujourd'hui, on se sert des trois modes d'électrisation, d'après les indications, l'*électrisation statique* ou *franklinisation*, la *faradisation* et la *galvanisation*. L'électricité statique, délaissée un moment, et le courant continu longtemps peu usité, retrouvent des partisans.

Nous étudierons les trois modes d'électrisation.

Électrisation statique ou franklinisation. — Cette électrisation est obtenue par le frottement.

Les appareils employés sont la machine Carré et la machine Winshurst, modifiées par les électriciens.

On peut se servir de l'une ou de l'autre pour électriser le sujet qui est placé sur un tabouret isolant, près de la machine. Les procédés de franklinisation sont nombreux : il y a le *bain électro-statique*, le *souffle*, la *douche*, l'*aigrette*, l'*étincelle* et la *friction*.

Bain électro-statique. — Le sujet, assis sur le tabouret isolant, est habituellement en communication avec le pôle négatif. L'autre pôle est relié à la terre pour obtenir le maximum d'effet. La machine tourne, le malade se charge d'électricité négative. Mais cette électricité ne s'accumule pas dans le corps; si bien isolé que soit le patient, un courant élec-

trique s'établit entre les pointes que forment les poils, les cheveux, les doigts et les objets environnants. L'électricité négative (nous disons *négative*, parce que nous avons mis le sujet en communication avec le pôle négatif) s'échappe donc constamment. Pour que le malade ne perde pas beaucoup d'électricité, le tabouret ne doit être entouré d'aucun objet.

La durée du bain dépend de l'état de l'individu ; dix à vingt minutes suffisent ; on peut, à la rigueur, en prescrire d'une demi-heure et d'une heure.

Au point de vue clinique, on a observé que le bain statique produit parfois de l'agitation, de l'insomnie, des céphalalgies, de l'anxiété. Ces phénomènes n'apparaissent pas si les premiers bains sont très courts et peu intenses. La précaution d'aller lentement et progressivement ne doit pas être négligée, car les phénomènes d'agitation et autres ne se montrent guère qu'au début.

Les *effets thérapeutiques* notés sont : la diminution de la dépression et de l'agitation, la régularisation des phénomènes d'innervation, la disparition de l'insomnie.

Le bain électrique est indiqué dans la *mélancolie* ; la *franklinisation* est considérée, par Vigouroux, comme particulièrement efficace dans la *neurasthénie*, par suite de son action puissante sur la nutrition et l'innervation. Charcot attribuait plutôt à l'action suggestive les effets obtenus ; dans l'*hystérie*, il a constaté, dès son premier essai (1), des modifications sensibles de l'état général : égalité d'humeur, régularisation des fonctions digestives, disparition des attaques, etc. Malheureusement, ces résultats ne sont pas constants ni surtout durables.

Le bain statique favorise le sommeil ; ceci est à retenir et à utiliser.

Souffle, douche électrique. — Ces différents procédés sont fréquemment mis en usage pour améliorer la céphalalgie, pour

(1) Charcot *Revue de médecine*, 1887, p. 146.

ramener la sensibilité des anesthésiques et favoriser le sommeil.

Étincelles électriques. — Elles ont une double importance. Elles s'obtiennent à l'aide d'une boule métallique, mise en communication avec le sol et approchée du sujet. L'énergie de l'étincelle dépend de la distance à laquelle elle éclate : plus rapprochée du corps, elle est moins énergique. L'étincelle électrique donne la sensation d'une piqûre. Elle produit l'excitation d'un nerf ou d'un muscle quand elle éclate sur le trajet; cette propriété est utilisée pour obtenir la contractilité des muscles et l'excitabilité des nerfs ; c'est une sorte de révulsif énergique des masses musculaires et des faisceaux nerveux. On ne doit pas négliger ce mode de traitement dans la mélancolie, dans les cas de parésie, de paralysie et d'atrophie musculaire.

Faradisation. — Le courant induit est extrêmement court. Il se produit dans une bobine de fil formant circuit, au moment où, tout près, un autre courant finit ou commence, ou bien encore au moment où l'on approche ou éloigne un aimant.

Les appareils les plus employés sont les *appareils volta-faradiques*, les *bobines de Ruhmkorff*, les *induits de Gaiffe*, etc.

L'action du courant dépend de l'intensité ou de la quantité d'électricité.

Les bobines à fil long et fin ont une tension très forte, une force électro-motrice considérable, mais la quantité d'électricité est faible.

Les bobines à gros fil court possèdent une faible tension, mais développent une grande quantité d'électricité.

Les premières agissent plus spécialement sur les *nerfs* de la *sensibilité* ; les bobines à gros fil agissent sur l'excitabilité des nerfs *moteurs* et des muscles. On peut donc, suivant l'emploi des bobines, en varier l'effet.

La faradisation est généralement employée dans les affections locales.

Toutefois, Beard et Rockwell ont imaginé l'excitation faradique de tout le corps, de la peau, du système nervo-musculaire et du système nerveux central. Le malade est assis sur un tabouret, les pieds posés sur une large estrade où aboutit le pôle négatif. La faradisation est produite avec le pôle positif. On commence par la tête, avec une petite force, puis, en augmentant, on électrise la colonne vertébrale, le cou, les faisceaux vasculo-nerveux, le grand sympathique, le pneumogastrique, le phrénique ; enfin, la poitrine, en avant et en arrière, la paroi abdominale, l'estomac, le gros intestin, les membres.

La faradisation du corps entier dure de vingt minutes à une heure.

D'après ceux qui ont employé ce mode de faradisation générale, les avantages en sont nombreux. Les échanges nutritifs se font mieux ; la faradisation active la circulation, augmente l'appétit, stimule les fonctions digestives, régularise le sommeil, relève la dépression mentale et physique.

Il y a donc une indication dans la mélancolie. Nous ne savons si cette méthode d'électrisation a été mise en usage dans les psychoses. Dans les ouvrages des nombreux auteurs qui se sont occupés de l'électrisation des aliénés, nous n'avons pu relever une seule observation sur la faradisation générale.

La faradisation locale a été employée par Benedikt (1), Arndt (2) et Kowalewsky ; elle a été préconisée contre la dépression psychique et la stupeur lypémaniaque.

Il n'est pas inutile d'indiquer, à ce propos, la pratique de Weir Mitchell. « Des électrodes recouvertes d'éponges humides sont placées sur chaque muscle, tour à tour, et à la distance d'environ quatre pouces. On les meut assez rapidement pour permettre au muscle de se bien contracter ; on peut

(1) Benedikt, *All. Wien. med. Zeitung*, 1870, n° 3.
(2) Arndt, *Arch. für Psych.*, 1870.

les mouvoir plus rapidement si l'opérateur connaît parfaitement les points de Ziemssen. Quand on a traité les muscles de la jambe, on passe d'une façon systématique à ceux de l'abdomen, du dos et des lombes, et l'on arrive à la poitrine et aux bras. On néglige ceux de la face et du cou. L'opération exige de quarante minutes à une heure, mais elle doit prendre moins de temps au commencement. Le but général est d'exercer tour à tour les muscles externes. »

La faradisation a été appliquée dans la *neurasthénie* et, d'après Beard et Rockwell, elle est particulièrement indiquée dans les formes où l'insuffisance de la nutrition apparaît avec l'asthénie neuro-musculaire.

Dans l'*hystérie*, on a remarqué que la faradisation est un agent æsthésiogène des plus puissants ; elle fait disparaître les anesthésies. Elle a été employée également contre les paralysies, les contractures, contre les vomissements incoercibles, etc.

Galvanisation. — Le courant continu est obtenu à l'aide de piles.

Les piles pour l'usage médical sont nombreuses ; les plus usitées sont celles de *Gaiffe*, au chlorure de zinc et au bioxyde de manganèse ; celles de *Leclanché*, au chlorhydrate d'ammoniaque et au bioxyde de manganèse, celles de *Chardin*, au sulfate de cuivre et bisulfate de mercure. Le nombre des éléments pour appareil médical varie entre 50 et 100, mais on en a de 25 à 50, pour des appareils portatifs.

Les conditions que doivent remplir les appareils médicaux à courants continus sont, d'après Gariel, d'être munis : *a*) d'un *galvanomètre* qui fera connaître l'intensité du courant, ainsi que le sens ; *b*) d'un *commutateur* qui permettra de changer le sens du courant ; *c*) d'un *interrupteur* sur le trajet du courant.

Les courants continus, par rapport aux centres nerveux, sont ou ascendants (centripètes) ou descendants (centrifuges). Cette distinction a été établie par les auteurs qui attri-

buent un rôle différent au sens du courant ; pour les uns, les courants ascendants sont excitants ; pour les autres, ils sont calmants. La même hésitation se retrouve pour les courants descendants.

L'action physiologique des courants n'est pas connue ou l'est mal, spécialement en ce qui concerne le cerveau. On sait que de l'excitation électrique d'un nerf moteur résulte la contraction du muscle innervé par ce nerf ; que cette contraction a lieu au moment de l'ouverture ou de la fermeture du courant, et que l'intensité de la contraction varie suivant le sens du courant. Mais ce qu'on ignore, c'est l'explication physiologique de l'électrisation du cerveau à travers la paroi crânienne. On se base encore sur des données empiriques peu sûres et fréquemment contradictoires.

La galvanisation de la moelle épinière, à l'aide de larges électrodes, placées aussi loin que possible, produit des secousses dans les muscles correspondants. D'où l'on peut conclure que, si l'on est incertain de l'électrisation du cerveau, du moins la moelle est atteinte par le courant électrique.

Les courants galvaniques peuvent être appliqués : 1° en courant stable ; 2° en courant labile ; 3° en courant interrompu, en utilisant les chocs d'*ouverture* et de *fermeture*, ou le renversement du sens du courant.

1° Le *courant stable*. Il s'agit de faire passer dans le corps un courant d'une intensité donnée, sans produire de chocs d'ouverture ou de fermeture. On commence par un élément ; puis, ou augmente progressivement dans le circuit le nombre des éléments jusqu'à l'intensité voulue, et l'on diminue pour terminer la séance. Le choc est supprimé ou il est si minime qu'il n'est pas ressenti. Mais ce procédé produit des différences de potentiel assez prononcées. Pour obvier à cet inconvénient, on introduit dans le circuit une résistance considérable.

2° Le *courant labile*. C'est surtout avec ce courant qu'on emploie la méthode polaire. Le pôle indifférent est muni d'une

large électrode ; l'autre électrode est plus active, quoique plus petite ; on promène cette dernière sur l'endroit voulu, plus ou moins rapidement, sans quitter la peau, en allant de la périphérie vers le centre, et du centre à la périphérie.

3° *Galvanisation interrompue. Choc de fermeture et d'ouverture.* On a utilisé les chocs produits au moment de la fermeture et de l'ouverture du courant. Ces interruptions sont faites à des intervalles plus ou moins rapprochés, manœuvrés avec la main ou avec des appareils spéciaux. C'est une sorte de faradisation produisant une excitation mécanique.

4° Les *inversions* du courant galvanique, ou, comme on les appelle, les *alternatives voltaïques*, produisent une excitation plus forte que les interruptions simples. On les obtient avec la main ou au moyen d'appareils spéciaux.

La *galvanisation générale*, employée par Beard et Rockwell, a donné les mêmes effets que la faradisation générale.

Le *grand sympathique* a été aussi galvanisé. Les résultats obtenus par cette pratique sont-ils dus à la seule et directe galvanisation du grand sympathique? Ou bien sont-ils dus à l'excitation des autres organes, qui, fatalement, sont électrisés en même temps que lui, tels que le pneumogastrique, les nerfs du plexus cervical et brachial, la carotide et les plexus carotidiens ? On l'ignore. Les effets de ce mode de galvanisation ont été satisfaisants dans quelques hémiplégies d'origine cérébrale, dans les paralysies bulbaires, dans les paralysies et spasmes de la face, la paralysie des muscles des yeux, dans la maladie de Basedow, etc.

Courants alternatifs. Ces dernières années, d'Arsonval (1) et d'autres auteurs ont étudié de nouveaux modes d'électrisation, désignés sous le nom de courants alternatifs. Leur application thérapeutique n'étant pas encore très précise, nous n nous y étendrons pas.

(1) D'Arsonval, *Soc. de Biologie*, 1890-1893. — *Revue internat. d'électrothérapie*, 1893. — *Archives d'électricité médicale, expérimentale et clinique*, 1893.

Applications thérapeutiques de la galvanisation dans les maladies mentales et nerveuses. — On ne connaît pas les effets de l'électrisation de l'encéphale, ni à l'état pathologique, ni à l'état normal. Les auteurs pensent que l'excitation électrique ne passe pas du cuir chevelu au cerveau, parce que, d'une part, les os du crâne sont un obstacle de grande résistance, et que les liquides encéphaliques (sang, liquide encéphalo-rachidien) en forment un autre. Pourtant Duchenne (de Boulogne) était convaincu que les courants électriques atteignaient le cerveau, et il était très prudent dans l'électrisation de l'encéphale.

L'accord n'existe pas, mais les résultats cliniques sont là pour donner raison à Duchenne (de Boulogne); différents auteurs se sont efforcés de prouver, à l'aide d'expériences sur les animaux et sur les cadavres, que le courant galvanique peut pénétrer dans le cerveau.

« Pour agir d'une façon diffuse sur l'ensemble de la circulation cérébrale et encéphalique, dit Huet (1), il faut donner au courant une direction longitudinale, placer les pôles (grandes électrodes) l'un sur le front, l'autre sur la nuque, pour produire la dilatation des vaisseaux, augmenter l'afflux sanguin vers le cerveau, activer la circulation; le pôle positif sera placé sur la nuque, le négatif sur le front; pour obtenir l'effet opposé, rétrécissement de la circulation, la disposition sera inverse, le pôle positif sera placé sur le front, le négatif à la nuque. »

Voyons maintenant ce que pensent les aliénistes.

Pour tous, suivant le mode d'application, la galvanisation produit soit de l'excitation, soit de la sédation. Cette action sédative sur le système nerveux a servi d'indication principale dans la *mélancolie* et dans la *manie* [Schule (2), Watterville (3),

(1) Huet, *Manuel de médecine*, Debove et Achard, t. IV, p. 732.
(2) Schule, *Allg. Zeitschr. für Psych.*, 37, VI et 40, II.
(3) Watterville, *Remarques pratiques sur l'usage de l'électricité dans les maladies mentales* (*The Journ. of ment. Science*, janvier 1885).

Gnauck (1), Wiglesworth (2), Fischer (3), Sinkler (4), Reinhard (5), Robertsen (6), Bianchi (7)].

Tigger (8), en 1885, a rapporté quatre séries de faits relatifs à des *mélancoliques* traités par l'électricité. *a*) Dans quinze cas, on a obtenu des résultats très favorables ; *b*) dans seize cas de bons résultats, mais moins saillants ; *c*) dans trente-huit cas, la galvanisation a produit des effets locaux partiels et momentanés ; *d*) enfin, dans vingt-six cas, le courant galvanique n'a donné aucun résultat appréciable. Tigger a employé la galvanisation dans la mélancolie avec stupeur. Voici ses conclusions : dans trois cas sur vingt-sept, résultats avantageux ; dans sept autres cas, résultats satisfaisants ; dans dix-neuf cas, résultats temporaires et partiels et, enfin, dans quatre cas, aucun résultat.

Dans la *manie*, les effets de la galvanisation ne sont pas frappants, bien qu'on sache, aujourd'hui, que l'action sédative du courant galvanique peut influencer favorablement l'excitation psycho-motrice. Les observations ne sont pas assez nombreuses pour permettre une conclusion.

Contre l'*insomnie*, la galvanisation de la tête agit très avantageusement. Quelques personnes éprouvent le besoin de dormir après la séance ou au bout de quelques minutes.

La galvanisation générale provoque aussi la sédation et facilite le sommeil. Elle est préconisée comme *méthode tonique* par les auteurs mêmes de ce mode d'électrisation (Beard et Rockwell).

(1) Gnauck, *Allg. Zeitschr. für Psych.*, 39, V.
(2) Wiglesworth, *Sur l'usage de l'électricité galvanique dans certaines formes d'aliénation mentale* (*The Journ. of ment. Science*, octobre 1887).
(3) Fischer, *Allg. Zeitschr. für Psych.*, 40, II,
(4) Sinkler, *Journ. of nerv. and ment. Diseases*, 1892.
(5) Reinhard, *Allg. Zeitschr. für Psych.*, 39, VI.
(6) Robertsen, *The Journ. of ment. Science*, janvier 1891.
(7) Bianchi, *Paralisi progressiva e frenasi sensorio*, Naples, 1895, p. 151.
(8) Tigger, *Traitement des psychoses à l'aide de l'électricité* (*Allg. Zeitschr. für Psych.*, 39, VI).

La galvanisation paraît avoir donné des résultats dans l'*épilepsie*. Il faut électriser les centres nerveux dont l'excitabilité diminue (Rémak, Benedikt, Althaus). Les procédés les plus répandus sont la *galvanisation centrale* de Rockwell (1) ou la *méthode d'Erb* (2) : « courant oblique à travers la tête, depuis la région des tempes et la région supérieure du front, d'une part (pôle positif, grande électrode), jusqu'au côté opposé de la nuque (pôle négatif, grande électrode) d'autre part ; courant stable, très faible (5 à 15° de déclinaison de l'aiguille, de quatre à six éléments) des deux côtés, chaque fois une demi-minute, une minute au plus ; ensuite, longitudinalement, du front à la nuque, également une demi-minute à une minute ; de la sorte, on agit aussi bien sur les hémisphères cérébraux et sur la moelle allongée ». D'après Rockwell, la galvanisation augmente la résistance des malades aux hautes doses de bromure et diminue leur tendance à l'acné bromique.

La galvanisation est en usage à la Salpêtrière contre les crises *hystériques*. On place l'une des électrodes sur le ventre ou sur les cuisses, l'autre sur le front, et l'on intervertit le sens du courant à l'aide d'un commutateur. La crise s'arrête après quelques interversions.

La galvanisation centrale est recommandée par Beard, dans la *neurasthénie*, quand les forces physiques sont conservées et que la nutrition est bonne. Elle consiste à poser une grande électrode (le pôle négatif) sur l'épigastre, et l'autre pôle, sous forme d'une électrode éponge ronde, sur la tête. On fait passer le courant — de deux à huit éléments — et l'on frotte le front d'une extrémité à l'autre, lentement et doucement, puis, le centre du crâne, la région du vertex. Le pôle positif est ensuite promené sur les deux côtés du cou, le long du sympathique et des pneumogastriques.

On a essayé l'électricité galvanique dans la *chorée*, dans la *paralysie agitante*. Elle n'est pas d'une valeur bien manifeste.

(1) Rockwell, *Med. and Surg. Electricity*, New-York, 1888.
(2) Erb, *Traité d'Électrothérapie*, 1884, p. 541.

L'insuccès fréquemment signalé, l'incertitude des résultats ommandent la prudence dans l'emploi de l'électricité pour ces deux affections.

CHAPITRE III

AGENTS MÉCANIQUES

ARTICLE Ier. — *Le massage ou la manipulation.*

Le *massage* est constitué par des manœuvres diverses, pratiquées avec la main ou au moyen d'instruments, sur la peau, sur les masses musculaires, les articulations, les organes de l'abdomen.

Le massage n'est pas une méthode nouvelle, et ses applications en thérapeutique sont loin d'être récentes. En Chine, à l'époque préhistorique, on en vantait déjà les bienfaits.

Les Grecs le connaissaient, même avant Hippocrate. C'est Hérodias qui, le premier, institua la gymnastique médicale. Hippocrate, son élève, donna à ce procédé une base scientifique.

Cependant, ce mode de traitement resta longtemps dans l'ombre. Les beaux jours de la Renaissance l'en firent sortir. Ambroise Paré (1575) consacra un chapitre à la friction, qui peut être « dure, molle ou médiocre ».

Le massage a enfin repris son rang parmi les méthodes physiques de traitement, grâce aux travaux de F. Werner (1), de J.-A.-L. Werner (2), Piorry (3), Blache (4), de Metzger, Estradère, Léon Petit, Norström, Massy, etc.

(1) F. Werner, *Premier rapport sur l'établissement d'orthopédie de Kœnigsberg*, de 1826 à 1836, publié en 1837.
(2) J. Werner, *Gymnastique médicale*, 1838.
(3) Piorry, *Traité de médecine pratique*, t. XI, Paris, 1847.
(4) Blache, *Du traitement de la chorée par la gymnastique* (*Bull. de l'Acad. de médecine*, 1855).

Weir Mitchell, en 1875, l'appliqua à la neurasthénie dans le but d'atténuer les inconvénients de l'alitement.

Quant à l'application du massage aux maladies mentales, nous regrettons de constater que les travaux sont peu nombreux. Signalons la communication de Byswanger (1), d'Iéna au Congrès de Berlin 1883; la discussion qui eut lieu au XVI[e] Congrès de la Société de psychiatrie de l'Allemagne du Sud-Ouest (session de Carlsruhe) en 1884, le 18 octobre (2); la thèse de Max Schröder (3).

En Amérique, W. Sinkler (4) et Gust. Sandlom (5) pensent que le massage rend de réels services aux mélancoliques et aux maniaques épuisés.

En France, on peut citer les noms suivants parmi les auteurs qui se sont occupés du massage dans les maladies mentales et nerveuses : Bouveret (6), Levillain (7), Fauvel (8), Juvelin (9), Massy (10), etc., etc.

Action physiologique. — Le massage apporte des modifications dans la sphère du système nerveux. Ces modifications varient d'un sujet à l'autre, le massage n'agissant pas de la même manière chez tous les individus.

Le massage produit sur l'ensemble du système nerveux des effets généralement agréables, en même temps que calmants et toniques (Douglas-Graham) (11).

Il apaise le système nerveux, diminue l'excitation psychomotrice. Pendant qu'on le pratique, ou quelques heures

(1) *Allg. Zeitschr. für Psych.*, 39, II.
(2) *Allg. Zeitschr. für Psych.*, 40, IV.
(3) M. Schröder, *Le massage dans les asiles*, thèse de Greiswald, 1887.
(4) W. Sinkler, *Rest treatment* (*Journ. of ment. Diseases*, juin 1892).
(5) Gust. Sandlom, *The New-York med. Journ.*, 12 janvier 1895.
(6) Bouveret, *La neurasthénie*, 1891.
(7) Levillain, *La neurasthénie*, 1891.
(8) Fauvel, Thèse de Paris, 1896.
(9) Juvelin, *Le massage dans les maladies par ralentissement de la nutrition*, 1893.
(10) Massy, *Étude sur l'emploi du massage dans les maladies nerveuses*, Paris, 1892.
(11) Douglas-Graham, *Now-Yerk med. Record*, 1876, p. 259.

après, le sujet jouit d'un état de repos très appréciable; la tension d'esprit se modère (Murrel) (1).

Outre ces effets généraux, il détermine des effets locaux, selon la variété qu'on met en pratique.

Le massage général active le courant sanguin et lymphatique et favorise les échanges nutritifs. Mosengeil (2) a noté qu'il relevait la température de 2 à 3 dixièmes de degré centigrade.

L'*effleurage* de la peau, d'après Neumann et Winternitz, amène la contraction des vaisseaux et l'accélération du courant sanguin; mais, si l'effleurage est fort, les vaisseaux se dilatent et le cours du sang se ralentit.

Le *pétrissage* est une sorte de gymnastique passive des masses musculaires. Le muscle augmente de volume, s'affermit. La contractilité des muscles augmente (Mosengeil).

Le *tapotement* agit au niveau où il est opéré, en provoquant d'abord une contraction des vaisseaux, puis un relâchement.

Quant à la *gymnastique médicale*, elle rétablit l'équilibre entre les fonctions du cerveau et celles de la moelle (Massy). Les expériences de Lassar et Ludwig (3) démontrent qu'elle accélère les courants sanguins et lymphatiques; d'après Hegar (4), les mouvements de la colonne vertébrale et des membres ont une influence favorable sur la moelle épinière. Sans entrer dans le détail des différentes manipulations décrites par les auteurs, nous citerons la façon d'opérer de Weir Mitchell.

« L'heure doit être choisie entre deux repas; le malade est au lit; le manipulateur commence aux pieds, doucement, mais avec fermeté, il pince la peau, la soulevant et la roulant légèrement entre ses doigts; il parcourt ainsi soigneusement

(1) Murrel, *Pratique du massage*, 1888.
(2) Mosengeil, *Langenbeck's Arch. für klinisch. Chir.*, liv. XIX, p. 428.
(3) Lassar et Ludwig, *Virch. Arch.*, liv. LXIX, p. 516.
(4) Hegar, *Wiener med. Blätter*, 1884.

tout le pied ; puis, il prend les orteils, les fléchit et les meut dans toutes les directions ; il prend, ensuite, entre les pouces et les doigts, les petits muscles du pied, il les presse et les pince un peu plus fortement ; puis, il presse et comprime entre les os avec l'extrémité des doigts, et les fait rouler fermement sous les deux mains, pendant quelque temps.

« Il traite ensuite les chevilles de la même manière, cherchant avec soin tous les creux que forment les articulations, et les massant pendant qu'il tient la jointure dans toutes les positions possibles. Vient ensuite le tour de la jambe, qu'il traite, d'abord, en pinçant largement les surfaces, puis en manipulant très profondément les tissus et, enfin, en saisissant et en comprimant avec activité les grandes masses musculaires, que, pour ce faire, il met dans la position de la plus grande relaxation possible. Il ne saisit les muscles que pendant un instant ; pour les gros muscles du mollet et de la cuisse, les deux mains agissent tour à tour, l'une se contractant, tandis que l'autre se relâche. Dans la manipulation des muscles plus fermes de la partie antérieure de la jambe, il doit les refouler sous la pulpe des doigts. A de courts intervalles, le manipulateur saisit le membre de ses deux mains et les fait remonter légèrement, de manière à favoriser les courants veineux ; puis, il revient au massage des muscles.

« Il en est de même pour toutes les parties du corps ; il faut donner un soin particulier aux muscles des lombes et de la colonne vertébrale. Quant à la face, on n'y touche ordinairement pas. »

Les séances de massage doivent être, les premiers jours, de courte durée, d'une demi-heure, espacées tous les deux jours.

Les indications du massage sont surtout dans les formes dépressives des psychoses, dans la *mélancolie*, la *neurasthénie*, l'*hypocondrie*, la *dégénérescence mentale* avec *dépression mélancolique*, enfin, dans tous les cas où la nutrition laisse à désirer.

Tous les malades, même les agités, traités au lit, peuven être massés. Le massage remplace au besoin la promenade; il active la circulation sanguine et lymphatique des déprimés et ralentit celle des agités.

Une autre indication est l'*insomnie*; en produisant une sensation de lassitude très agréable, le massage facilite le sommeil.

On a préconisé, ces temps derniers, le massage de l'abdomen pour combattre la *dyspepsie*, la *constipation*.

Chez les aliénés alités, la constipation est un symptôme gênant; si l'on peut provoquer l'évacuation des intestins sans recourir aux médicaments, on fait œuvre utile. Il ne faut donc pas négliger le massage de l'abdomen. La façon d'opérer varie suivant les auteurs. Généralement, on se contente de l'effleurement superficiel de la peau de l'abdomen, suivi du morcellement, avec les doigts, des matières fécales. Il faut commencer au cæcum et se diriger vers l'S iliaque.

Article II. — *Les frictions.*

Les *frictions* sèches ou avec de l'alcool, du baume de Fioraventi, sont une atténuation du massage ; on les conseille dans les cas où le massage profond des masses musculaires serait trop énergique.

On commence par de légères frictions sèches, ou avec de la poudre de talc ; quand le malade est habitué, on entreprend le massage, en de courtes séances, d'abord, pour arriver, plus tard, à un massage énergique.

CHAPITRE IV

AGENTS PSYCHIQUES

ARTICLE Ier. — *Le traitement moral des maladies mentales et nerveuses.*

A. TRAITEMENT MORAL DANS LES FOLIES. — Le traitement moral joue un grand rôle dans le traitement des affections mentales et nerveuses; mais, il est malheureusement et presque forcément négligé dans nos asiles publics encombrés de malades. « Faire du bien, disait Guislain, beaucoup de bien à l'aliéné, voilà le chapitre le plus important du *Codex pharmaceutique* du médecin phrénopathe », et, dans ses ouvrages, il insistait sur les résultats *prodigieux* qu'on peut obtenir en traitant les malades avec intelligence, discernement et selon l'art (1). Ce n'est pas simplement par humanité que nous devons faire de la médecine psychique, mais bien dans un but de guérison, unique objet de la science médicale. Ce n'est point exclusivement de grands principes philanthropiques qui doivent nous guider, pensait Griesinger, mais l'utilité et la nécessité de guérir.

Et l'on frémit quand on parcourt l'histoire des aliénés... Le fou était un être nuisible, non seulement à lui-même, mais à toute la société; c'était un possédé, un être dangereux. On dressait sur la place publique le sinistre bûcher; la foule s'amassait et l'on brûlait l'insensé. C'était par le feu, par la flamme purificatrice qu'on traitait les aliénés au Moyen âge.

« L'on ne saurait assez se pénétrer des avantages du traitement que l'on est convenu d'appeler traitement moral, dit

(1) Guislain, *Traité sur l'aliénation mentale et les asiles d'aliénés*, Amsterdam, 1826. — *Leçons orales sur les phrénopathies*, Gand, 1852.

Calmeil (1), mais personne ne doit ignorer qu'en général, et à moins d'avoir affaire à des monomaniaques à demi raisonnables, ou déjà à peu près convalescents, il est rare que l'on parvienne à gouverner les aliénés par le raisonnement et la persuasion. C'est surtout par la crainte de la douleur, de la douche, des affusions froides, de la camisole de force, des entraves, des ventouses, des moxas, par l'ascendant de sa personne, que l'on dompte les monomaniaques les plus obstinés et les moins traitables. »

Leuret (2), qui vante les bienfaits du traitement moral de la folie, intimidait ses malades par des raisonnements et les douchait pour un oui, pour un non, afin « d'exciter la douleur. »

« Vous sortirez, disait-il, à un pauvre halluciné, vous sortirez, mais à une seule condition ; écoutez bien ce que je vais vous dire : vous sortirez seulement quand vous ne serez plus fou. Voici ce qu'il faut faire pour ne plus être fou. Il ne faut pas regarder le soleil, ni les astres; il ne faut plus croire qu'il y a des souterrains sous votre lit, parce qu'il n'y en a pas ».

Et il continuait sur ce ton, assis en face du malade, le martelant à coups de raisonnement. Il insistait : « Promettez-nous de ne plus penser à vos folies, promettez-nous de n'en plus parler. » Le malade promettait; car, on le douchait et redouchait à chaque hésitation nouvelle, jusqu'à ce qu'enfin, à bout de forces, il confessât sa folie.

Lutter contre le délire par la douche, vouloir triompher des conceptions délirantes des aliénés par la contrainte corporelle, c'est ignorer la nature même des psychoses. Ce n'est pas avec la rigueur qu'on parvient à convaincre le malade, mais avec la douceur et la patience.

Les auteurs récents ont reconnu l'efficacité et le bienfait du traitement moral ; ils insistent sur certaines particularités.

(1) Calmeil, Article *Monomanie* in *Dict. de médecine*, t. XX, p. 166.
(2) Leuret, *Du traitement moral de la folie*, 1840, p. 196 et 199.

« La raillerie, dit Legrand du Saulle (1) en parlant des agoraphobes, est ici d'autant moins une arme de la thérapeutique qu'elle s'adresse à une situation pathologique réelle, pénible et digne d'égards... Une sollicitude attentive, sympathique et consolante provoque toutes les confidences et fait taire l'amour-propre. Le malade se livre, avoue ses craintes et confesse ingénument ses petitesses, ses ridicules, ses angoisses et ses terreurs. C'est aux médecins qu'il appartient de détruire avec autorité certains préjugés et certaines appréhensions. »

Foville fils (2) parle également, en termes humains et scientifiques, du rôle du médecin aliéniste. « L'aliéné, dit-il, n'est pas un blessé ou un fiévreux ordinaire, auquel il suffit d'appliquer un bandage ou de prescrire une potion ; ce n'est pas non plus seulement un homme qui se trompe, et dont il n'y a qu'à obtenir le désaveu de son erreur par la douceur ou par la violence. C'est un malade d'esprit et de corps, le plus à plaindre de tous les malades, parce qu'il est frappé dans la partie la plus noble de son être. »

Le traitement moral est un traitement physiologique. En dépit du grand désarroi de ses conceptions, l'aliéné demeure sensible, d'une façon générale, aux attentions dont il se voit l'objet. Il lui reste assez de clairvoyance pour apprécier les procédés dont on use à son égard ; il peut se rendre compte de sa situation, de la sympathie et de la bienveillance dont on l'entoure ; il en est intérieurement reconnaissant. On rencontre, et fréquemment, d'anciens pensionnaires d'asiles, qui se rappellent et expliquent fort bien quel était leur état mental lors de l'internement, leur état d'âme et leurs souffrances ; leur jugement est parfois très juste sur les hommes et les choses.

De prime abord, on est tenté de croire qu'il est impossible de régénérer les cellules altérées, à force de persuasion et de

(1) Legrand du Saullé, *Gaz. des Hôpitaux*, 1878, n° 15.

(2) Ach. Foville fils, Article *Folie* in *Dictionnaire de médecine de Jaccoud.*

douceur, de logique et de discussion ; ce que la maladie a détruit, la logique ne peut le reconstituer. Mais, qui nous a prouvé que, dans toutes les psychoses, il y a des lésions inflammatoires dégénératives? qui nous a démontré que l'écorce cérébrale meurt en totalité dans toutes les variétés de folie ?

Certes, sur la paralysie générale, affection organique dans laquelle les cellules cérébrales sont atteintes, le traitement moral n'a guère de prise. Il n'y faut pas renoncer néanmoins.

Que se passe-t-il dans les cellules du cerveau sain? Aucune conception n'est enfantée sans un travail physiologique, biologique et chimique de la cellule. C'est la vie normale. Or, dans la folie, les cellules ont un fonctionnement anormal, une perturbation non expliquée jusqu'alors, mais sans lésions ni macroscopiques, ni microscopiques, donc sans profondeur appréciable ; elles sont susceptibles d'être modifiées, surtout au début de la psychose, quand le délire n'est pas incrusté définitivement. C'est la plante verte, la jeune plante qui pousse mal, qui s'incline ou dévie : il lui faut un tuteur. Le traitement moral est ce tuteur. Une action extérieure, une action saine, venant réagir sur le mauvais fonctionnement du cerveau peut transformer le courant des conceptions, modifier l'enfantement des délires et parfois les supprimer. Ce n'est donc pas un traitement empirique, fictif, ou simplement évangélique que le traitement moral ; c'est bien un traitement réel, nous osons dire, physiologique.

Le traitement moral en général. — Il nous est impossible de donner des règles de conduite systématiques. « C'est affaire au médecin, disent Magnan et Pécharman, de puiser dans son esprit, dans son cœur, dans son expérience, les moyens moraux qui conviennent à chacun des malades. » Et la *matière médicale*, en psychothérapie, est inépuisable (Krafft-Ebing).

La thérapeutique systématique est une forme nouvelle de

l'empirisme, et rien n'est plus fâcheux que l'esprit de système, surtout en psychiatrie. Les malades réagissent différemment contre l'influence morbide du délire, des hallucinations, suivant la richesse cellulaire de leur cerveau et suivant leur degré d'instruction. Il en résulte des impressions et des conceptions multiples, des combinaisons indéfinies qui impriment à la psychose un grand nombre de nuances et réclament un traitement psychique individuel.

Avant d'entreprendre ce traitement, il est indispensable de connaître, non seulement la maladie, l'intensité du délire, mais le caractère, les habitudes de l'individu, son éducation et son milieu social. C'est à l'aide de ces éléments que le médecin pourra diriger son traitement et l'approprier aux sentiments et aux aptitudes de chacun.

Dans les cas aigus de folie : manie, mélancolie, etc., les conceptions multiples, les idées délirantes, les hallucinations se succèdent avec une telle rapidité, dans l'esprit du patient, qu'elles absorbent toute son attention et qu'on ne peut entreprendre, dès le premier jour, le traitement psychique.

C'est vers le déclin, quand le cerveau tend à reprendre ses fonctions normales, qu'il faut redoubler de soins. C'est à cette période que le traitement agit en toute sa plénitude. « Quand l'intelligence recommence à fonctionner, dit Sauze (1), quand arrivent les rémissions, il faut activer sans relâche les opérations cérébrales ; il faut interroger les malades, fixer leur attention, insister quand leur réponse est trop lente ou peu précise. On doit s'attacher à leur faire comprendre qu'ils sortent d'une maladie grave ; on les voit presque toujours étonnés, ne se rendant pas compte des diverses circonstances de leur maladie, ni du changement qui s'est opéré en eux. Ils ressemblent à l'individu qui, pendant son sommeil, transporté en des lieux inconnus, mettrait un certain temps à reprendre ses sens. A ces malades, *qui se réveillent*, il faut tout expli-

(1) Sauze, *De la stupidité*, etc., Thèse de Paris, 1852.

UNIVERSITY OF LEEDS.

quer en détail ; il faut les éclairer sur la situation, guider leur mémoire, leur poser de petits problèmes et leur en demander plus tard la solution. »

Le moment d'entreprendre le traitement moral est donc subordonné aux différents degrés de l'affection.

Le médecin et ses aides. — Le rôle du médecin aliéniste est considérable. « Il n'y a pas de chef, a dit un grand écrivain russe, — Garchine, — qui eut le malheur d'être interné dans une maison d'aliénés, — il n'y a pas de chef qui jouisse d'une plus grande estime de la part de ses subordonnés que l'aliéniste de la part de ses malades. »

Un aliéniste doit posséder des qualités assez grandes pour être à la hauteur de sa mission (Richardson) (1). En dehors de son savoir médical spécial, il faut qu'il ait, encore, des connaissances multiples, qu'il soit au courant des progrès généraux de la science, afin de pouvoir causer avec les malades doués d'une certaine culture, sans paraître inférieur à la haute idée qu'ils se font de lui. Il aura des vues très larges et très libérales sur l'humanité, respectera les idées et les convictions des infortunés dont il a mission de redresser la raison ; il doit être charitable, patient, d'humeur égale, aimable, droit et simple, sans cesser d'être ferme ; il lui faut une main d'acier dans un gant de velours. Bon, affable, il saura témoigner un affectueux intérêt à ses malades. Observateur perspicace, capable de s'orienter dans tous les milieux, il devra être prêt à toute éventualité, qu'il saura voir venir d'un œil calme et courageux.

Le médecin ne sera pas brusque dans ses déterminations ; par le sang-froid qu'il apporte dans sa décision, il agit plus sûrement sur l'esprit des malades.

A l'asile, il doit faire des visites à toute heure du jour et de la nuit. Ses aides passeront, chaque soir, dans le service.

(1) Richardson, *American Journal of Insanity*, 1888, I.

La présence constante du médecin dans les salles rassure, console et soulage. L'effet en est très appréciable : les malades qui aperçoivent la blouse de l'interne, se sentent plus en sûreté, comprennent qu'on ne les délaisse pas. Les infirmiers, toujours sur le qui-vive, exécutent ponctuellement les ordres donnés.

Ces visites n'ont pas pour seul but d'assurer le bon ordre et de veiller à l'exécution des prescriptions. Il faut s'approcher, causer, donner des médicaments à l'un, rassurer l'autre, faire accepter des aliments à celui-ci, une potion à celui-là, etc.

Tout cela prend évidemment bien des heures : aussi peut-on dire que le médecin ne s'appartient pas ; il est à ses malades et doit sacrifier son temps à leur guérison.

L'intelligence et le cœur le guideront dans l'accomplissement de sa tâche, qui n'est ni gaie ni facile, mais qu'adoucit la conviction d'être utile et de faire le bien.

L'infirmier. — Le choix des infirmiers est fort délicat. Un bon surveillant est un agent précieux dans un service d'aliénés; intelligent, attentif, d'humeur douce, il doit être d'un caractère ferme, se montrer inflexible avec ses subordonnés et juste avec tous. Placé entre les médecins et les malades, il doit exécuter et faire exécuter les prescriptions, veiller à tout, avoir l'œil sur tout. Il connaîtra ses malades, leur caractère, leurs aptitudes, pour leur créer des occupations dans le service, si les médecins leur en ordonnent.

Le choix des infirmiers est ardu. Il faut des hommes valides, dévoués, qui sachent comprendre leur devoir et le remplir avec délicatesse. Ce n'est pas un métier quelconque, certes; il exige une persévérance à toute épreuve; aussi, ne trouve-t-on pas toujours de bons infirmiers. La douceur et la patience ne sont pas toujours, hélas, le trait distinctif du caractère de l'homme; subir passivement une violence est vertu assez rare et c'est presque une action réflexe de rendre le coup reçu.

Jamais les infirmiers, — et c'est malheureusement une tendance fréquente chez eux, — ne doivent tutoyer les aliénés ; le ton amical ne dépassera pas les limites de la courtoisie ; les pensionnaires de nos asiles ont droit à tous les égards et se froissent justement de toute familiarité grossière.

La tenue des infirmiers sera correcte, propre ; le costume ne doit pas donner l'air sinistre de gardiens de prisons. C'est même pour écarter toute ressemblance de ce genre qu'on interdira le port des clefs à la ceinture.

Ces détails, presque insignifiants en apparence, agissent fortement sur l'esprit des malades : ils ont leur importance dans le traitement moral. L'aliéné, se voyant entouré de gens convenables, dans lesquels il reconnaît des infirmiers, se rassure, prend confiance. A quoi servent les paroles réconfortantes du médecin, si, à peine sorti, l'infirmier brutal paraît en bras de chemise, muni de ses lourdes clefs, tel un garde-chiourme, effrayant à voir, la bouche pleine de jurons et d'invectives !

L'examen de l'aliéné. — Le traitement moral ne se borne pas là. Nous avons rappelé les qualités que les circonstances spéciales exigent du médecin et du personnel d'un asile. Comment ces qualités trouvent-elles leur application ?

Appelés auprès d'un patient ordinaire, nous nous sentons entourés de bonnes dispositions ; le malade nous éclaire lui-même ; il a confiance en nous ; il nous révèle ses sensations physiques et morales. La famille, l'entourage nous fournissent d'utiles renseignements.

Il n'en est pas ainsi, le plus souvent, auprès de l'aliéné ; le sujet se méfie de tous, du médecin, de sa propre famille ; les parents eux-mêmes, loin de faciliter la tâche, cherchent fréquemment à dissimuler la vérité.

L'une des plus sérieuses difficultés est l'interrogatoire. Il n'y a pas de règles absolues ; il faut agir selon le cas, suivant

l'aspect extérieur, l'âge, etc. Ce n'est pas tant le savoir qui importe ici, que le flair, le tact médical.

Le médecin fera tout son possible pour gagner la confiance du sujet, et ce résultat est parfois vite obtenu s'il sait agir. Le malade se sentant entre des mains franches et loyales, dévoile son âme, conte son histoire avec assurance. Il ne faut pas l'interrompre d'interrogations oiseuses qui l'irritent et font perdre l'enchaînement des idées. S'il s'égare, on s'applique seulement à le ramener au point de départ. Lorsqu'il a fini d'exposer tout au long ses idées, on reprend l'interrogatoire, méthodiquement, en l'entrecoupant de courtes réflexions qui peuvent déjà influer sur le délire.

Quand on connaît, enfin, tous les détails utiles, qu'on *possède* le cas en cause, qu'on sent que l'aliéné a repris confiance, on commence le traitement proprement dit. Le jour même de son entrée, ou deux ou trois jours plus tard, on lui démontre ce que son délire contient d'absurde et d'illogique.

Durant cette conversation, il ne faut jamais se montrer trop pressant ; il faut éviter avec soin ce qui blesserait les sentiments du malade et l'affligerait.

On s'attachera, surtout, à lui faire comprendre qu'il est souffrant, que ses erreurs sont la conséquence de troubles nerveux, dont il n'est pas toujours maître, etc. Il faut lui persuader qu'il sera bientôt guéri.

Puis, on le laisse à ses réflexions, on l'invite à écrire son histoire.

« Mais, pour avoir cette action directe sur ses malades, le médecin est contraint de les bien connaître, d'être quotidiennement en contact avec eux. Il faut convenir qu'avec notre organisation actuelle, attribuant cinq à six cents malades à tel ou tel service médical — quand ce n'est pas davantage — le traitement moral ne porte pas, si je puis ainsi dire, la multiplicité des cas mettant le médecin trop loin de chacun d'eux (1). »

(1) Paul Garnier, *Internement des aliénés*, 1898.

Dans un récent article sur ce sujet (1), nous avons expliqué le rôle que joue la psychothérapie dans le traitement des maladies mentales par l'alitement; nous sommes persuadés que les résultats de l'alitement seraient considérables si le traitement moral était mis en vigueur méthodiquement, minutieusement.

B. Traitement moral des névroses. — Il y a longtemps qu'on a compris la nécessité d'un traitement psychologique des névroses. Beauchête, dans son curieux petit livre sur « l'influence des affections de l'âme dans les maladies nerveuses des femmes », réclamait déjà un traitement moral, une « médecine de l'âme, *medicina mentis* ». Lasègue demandait aussi une thérapeutique morale pour les maladies nerveuses.

Dans l'*hystérie*, le traitement moral agit surtout par la suggestion, et les méthodes physiques de thérapeutique vantées jadis, telles que la métallothérapie, certaines gymnastiques, etc., n'agissaient, en réalité, que de cette façon.

Le traitement moral a de l'influence sur les *épileptiques*, qui ont souvent une tendance à la mélancolie, s'inquiètent et s'attristent chaque jour davantage.

Mais une névrose où le traitement moral a une action vraiment thérapeutique, c'est la *neurasthénie*. Ici, la psychothérapie est tout à fait à sa place. On connaît le rôle que jouent les peines morales dans cette maladie et dans son évolution. Les neurasthéniques sont des êtres maladivement impressionnables, préoccupés des moindres symptômes, découragés, déchus dans leur énergie psychique, obéissant facilement aux incitations externes. Leur cerveau est très suggestion-

(1) Paul Garnier et Paul Cololian, *Le traitement moral dans l'alitement* (*Gaz. des Hôp.* sept. 1900).

nable, et cette disposition, qui est d'un utile secours pour le médecin, nuit aux malades en les livrant à toutes les excitations du dehors ; ils subissent l'influence du premier venu, changent de médecin et de traitement aussi facilement que d'idées. Le rôle du thérapeute est délicat ; s'il veut guérir son sujet, il doit acquérir sa confiance, de telle façon qu'aucune autre influence ne puisse l'ébranler. Dès la première entrevue, il montrera qu'il s'intéresse à l'affection ; pendant l'examen, que le malade aime à prolonger, tant il a de symptômes à révéler, on ne raillera pas tel ou tel signe fictif, que le malade met sur le compte d'une affection grave.

Les neurasthéniques croient être atteints d'une maladie bizarre, inconnue ; aussi, aiment-ils à faire voir qu'ils s'observent et consignent-ils, dans un carnet, toutes leurs petites indispositions. L'étalage de ces « petits papiers » ne doit pas faire sourire. On risquerait de froisser le malade et de perdre sa confiance.

Après avoir écouté, attentivement et par le menu, la narration de toutes ses souffrances, on procédera à l'examen complet et méthodique ; les différents organes seront explorés soigneusement, les urines analysées ; l'examen de la langue ne sera pas négligé ; les malades y attachent beaucoup d'importance.

La première visite a une grande influence sur l'avenir du traitement. Si le médecin, sans examen approfondi, affirmait qu'il n'y a rien de grave, les neurasthéniques ne le croiraient pas. Mais, après un examen patient et minutieux, quand on arrive au chapitre du traitement, le malade est tout *disposé* à écouter et le médecin est *autorisé* à intervenir.

L'examen est suivi de l'indication des moyens thérapeutiques : la seconde partie du traitement moral commence.

Il faut dire la vérité, c'est le plus habile. Déclarer aux neurasthéniques qu'ils seront guéris en quinze jours ou en un mois, c'est risquer de perdre leur confiance ; la neurasthénie la plus légère est souvent rebelle. Il vaut mieux affirmer simplement la guérison, insister sur ce fait vrai qu'il n'y a pas

UNIVERSITY OF LEEDS.

de maladie grave, qu'il ne se trouve aucune lésion et qu'un traitement méthodique fera disparaître les troubles observés. Il est préférable de ne pas fixer de date, parce qu'on ne peut savoir le moment précis de la guérison. En avouant aux malades qu'il est impossible d'assigner un terme à l'affection, mais que la guérison la plus prompte dépendra d'eux-mêmes, de leurs efforts, on aura tenu le langage le plus rationnel et aussi le plus sage.

Le médecin gardera cette attitude durant tout le cours du traitement. Les neurasthéniques se décourageant vite, il s'efforcera d'entretenir leur confiance et leur persévérance. On y parvient avec un peu d'autorité. Bouveret rappelle ce que Legrand du Saulle disait pour les folies douces : « Si le malade ne reçoit que des consolations banales et s'il transige avec vous sur un ou plusieurs points, il s'éloigne désappointé et ne revient jamais. Ce qu'il a tenu essentiellement à rencontrer chez le médecin, c'est une autorité qui commande à sa volonté et la subjugue, et non pas une affabilité raisonneuse qui discute et qui capitule. »

Pour conserver cette autorité, deux choses sont nécessaires : des entrevues assez éloignées et un ton amical mêlé de fermeté ; on bannira toute familiarité trop grande.

Quand le médecin aura constaté une amélioration, ou la disparition d'un symptôme, avouées par le malade lui-même, il en prendra note et en fera remarquer l'importance à ce dernier. Tous les neurasthéniques, au début de leur affection, malgré les changements favorables, continuent à se plaindre. Si les progrès ne sont pas assez tangibles pour les leur faire admettre, sans accepter leur pronostic grave, il faut déclarer qu'en effet ils ne sont pas guéris, mais que cette guérison viendra. Les étapes vers la guérison seront marquées soigneusement pour raffermir la confiance du malade et lui rendre l'espoir.

Telle est l'attitude générale du médecin en face d'un neurasthénique. Mais, comme nous l'avons dit pour les aliénés,

chaque malade réclame un traitement individuel, approprié à son intelligence, à son éducation, à son rang social. On ne peut se conduire invariablement de même avec un homme avisé, d'esprit profond, lettré, observateur, et avec un ouvrier de moyenne intelligence. L'intellectuel cherche à s'examiner, fait son observation psychique détaillée ; il ne s'analyse que trop. Le médecin se montrera disposé à écouter ses longues condoléances ; il ne le raillera pas, ne le traitera pas de malade imaginaire, attendu qu'il comprend, d'ailleurs, l'étendue de sa souffrance. A celui-ci, il dira toute la vérité ; il lui expliquera les symptômes de façon à lui prouver qu'il comprend son mal.

Avec l'individu qui ne cherche pas à approfondir, qui ne fait pas d'examen psychique, qui se contente de signaler ce qu'il ressent, l'attitude est moins compliquée. Tout en disant le vrai, à savoir qu'il s'agit seulement d'une maladie nerveuse et non organique, on n'entrera pas dans l'explication des phénomènes, en énonçant des termes scientifiques qui effrayeraient plutôt le malade.

Article II. — *La suggestion hypnotique.*

A. Hypnotisme et folie. — Après les travaux et les observations de Charcot sur l'hypnotisme, on peut encore se demander si la suggestion, agissant sur les signes physiques, saurait avoir une influence égale sur le cerveau en délire ou en proie à des hallucinations.

Les difficultés étaient nombreuses pour arriver à fixer l'attention des malades, mais elles n'étaient pas insurmontables. A. Voisin, médecin de la Salpêtrière (1), rapporta en 1884, l'observation d'une hystérique ayant des paroxysmes d'excitation maniaque, dont il transforma complètement le caractère et les instincts. Elle devint douce et polie, après s'être toujours montrée grossière, ingouvernable et profondé-

(1) A. Voisin, *Congrès de Blois, Association française pour l'avancement des sciences,* 1884.

ment perverse. Le premier essai d'hypnotisation fut tenté en pleine crise maniaque, et, malgré cela, couronné de succès. Un an après, au Congrès de Grenoble (1885), encouragé par son premier succès, A. Voisin rapportait quelques observations de réelle amélioration. Enfin, en 1886, il signala de nouveaux cas de guérison, par l'hypnotisme, à la Société médico-psychologique.

Malheureusement pour la valeur de cette méthode, tous les sujets de A. Voisin étaient atteints d'hystérie, ainsi que le fit remarquer l'un de nous (1). L'observation de Séglas (2), très détaillée, concerne également une hystérique.

C'est encore une hystérique qui fait l'objet de l'observation de Lombroso et Castelli (3).

Il faudrait enfin citer Luys (4), qui s'est occupé de l'hypnotisme chez les aliénés, et aussi le travail de Robertson (5).

De toutes ces expériences, il résulterait que, chez quelques aliénés, la suggestion hypnotique, malgré la grande agitation, peut modifier favorablement les troubles hallucinatoires. « Mais, d'autre part, il semble, jusqu'à présent du moins, que parmi les aliénés, les seuls hypnotisables sont les hystériques. Il est bien certain, en tous les cas, que la folie hystérique est un terrain absolument de choix pour le succès de semblables tentatives. Si intéressante et remarquable que soit l'influence de la suggestion hypnotique, même renfermée dans ce domaine relativement restreint, il n'en est pas moins vrai qu'il est indispensable d'éviter toute confusion, et, à cet effet, de déterminer d'une façon précise la nature des phénomènes délirants sur lesquels on expérimente. Pour apprécier la véritable valeur de la thérapeutique suggestive dans ses

(1) Paul Garnier, *Soc. méd.-psych.*, 1886.

(2) Séglas, *Arch. de neurologie*, novembre 1885.

(3) Lombroso et Castelli, *Un cas de folie hystérique guéri par l'hypnotisme* (*Lo Sperimentale*, nov. 1885).

(4) Luys, *Leçons cliniques sur les principaux phénomènes de l'hypnotisme*, 1890, p. 243.

(5) J. Robertson, *Emploi de l'hypnotisme chez les aliénés* (*The Journ. of mental Science*, janvier 1893).

applications aux maladies mentales, il serait nécessaire d'en faire l'épreuve sur des aliénés aux allures moins mobiles et changeantes et indemnes de tout stigmate hystérique (1). »

Depuis, ces expériences ont été continuées en France et à l'étranger; mais, de nulle part n'est venue la confirmation absolue de la guérison des aliénés exempts de stigmates d'hystérie.

Ce qui, théoriquement, paraît simple, se heurte en clinique à des difficultés presque insurmontables. La suggestion hypnotique s'obtient chez l'individu dont l'attention peut être fixée; chez l'aliéné, la fixité de l'attention, cette chose nécessaire, primordiale, est d'ordinaire, impossible à obtenir.

« Tout médecin, dit Von Krafft-Ebing (2), versé dans la psychiatrie et l'hypnotisme, aura, dès le premier abord, des doutes sur la possibilité d'un pareil résultat: 1° parce que les aliénés ne sont qu'exceptionnellement dans cet état intellectuel d'attention, d'ingénuité, de calme moral et de force de volonté qui est nécessaire, en général, pour les besoins de l'hypnose; 2° parce que beaucoup de maladies psychiques sont causées par des altérations organiques du cerveau et que le traitement suggestif ne peut supprimer que des troubles fonctionnels; 3° parce que certains symptômes, comme bien des idées délirantes et des hallucinations, sont sinon la conséquence démontrée de changements organiques, mais la conséquence de phénomènes si compliqués et si solidement établis dans le mécanisme psychique, qu'ils ne paraissent guère attaquables par la suggestion et que le choix des suggestions à diriger contre eux serait excessivement difficile. »

B. Hypnotisme et névroses. — Depuis que Liébault (3) a donné la description complète des moyens qu'il employait,

(1) Paul Garnier, *L'hypnotisme et la folie* (*La France médicale*, 1886, p. 557).

(2) V. Krafft-Ebing, *Wiener klin. Wochenschr.*, 1891, n° 43 et *Traité de psychiatrie*, 1897, trad.

(3) Liébault, *Du sommeil et des états analogues*, Paris, 1866.

nombre de travaux ont paru. Ch. Richet (1), en 1875, publia un intéressant mémoire, puis une série d'articles. En 1882, le professeur Bernheim (2), de la faculté de Nancy, commença l'étude de l'hypnotisme. L'élan était donné ; Beaunis (3), et Liégeois (4), de Nancy, Sigard (5), de Bordeaux, en France ; Delbœuf (6), de Liége ; Forel, de Zurich ; Van Renthergem et Van Elden, d'Amsterdam ; Watterstrad, de Stockholm ; Schrenck-Notzing, de Munich, et bien d'autres, à l'étranger, ont étendu le champ des expériences.

Charcot et son école vulgarisèrent la méthode ; et il fut un temps où l'on prétendait guérir toutes les maladies par l'hypnotisme. Luys essaya de traiter la tuberculose pulmonaire par l'hypnose et déclara avoir obtenu des résultats !

« Il faut admettre, dit le professeur Ch. Richet, que certains individus peuvent être plongés dans un état nerveux spécial, appelé somnambulisme, hypnotisme ou magnétisme. Il faut l'admettre, car il est déraisonnable de supposer partout et toujours la fraude et la fourberie. L'identité des phénomènes observés en divers pays et à diverses époques, et l'impossibilité de certaines simulations, rendent absurde l'hypothèse d'une mystification prolongée et universelle : jamais ceux qui nient le somnambulisme n'ont daigné répéter les expériences de ceux qui en ont affirmé l'existence (7) »

Personne aujourd'hui ne songe sans doute à nier l'hypnotisme. Mais en obtient-on des résultats thérapeutiques ? « La suggestion guérit souvent, dit le professeur Bernheim (8),

(1) Ch. Richet, *Journ. d'anatomie et de physiol.*, 1875. — *Revue des Deux Mondes*, 1880.

(2) Bernheim, *De la suggestion et de ses applications à la thérapeutique*, Paris, 2e édit., 1887. — *Hypnotisme, suggestion, psychothérapie*, Paris, 1891.

(3) Beaunis, *Du somnambulisme provoqué*, Paris, 1886.

(4) Liégeois, *De la suggestion et du somnambulisme dans leurs rapports avec la médecine légale*, Paris, 1888.

(5) Sigard, *Éléments de médecine suggestive*, Paris, 1887.

(6) Delbœuf, *De l'origine des effets curatifs de l'hypnotisme*, Paris, 1887.

(7) Ch. Richet, *L'homme et l'intelligence*, Paris, 1887, p. 257.

(8) Bernheim, *L'hypnotisme*, 1891, p. 505.

soulage lorsqu'elle ne guérit pas, est inoffensive lorsqu'elle ne peut soulager. » Nous pensons qu'elle n'est pas toujours si inoffensive. Quant à sa valeur thérapeutique, en dehors des phénomènes de l'hystérie, elle ne va guère au delà de ce que peut donner un traitement moral poursuivi avec habileté et dévouement et, de plus, ce n'est qu'exceptionnellement qu'elle est applicable.

a) Dans l'*épilepsie* vraie, l'hypnotisme est absolument incapable de modifier soit la crise, soit les suites psychiques.

b) Dans la *neurasthénie* sans hystérie, l'hypnotisme n'a pu apporter aucun soulagement. Les neurasthéniques ne sont pas hypnotisables, en général, parce que la neurasthénie n'est pas un rétrécissement du champ de la conscience, mais un affaiblissement fonctionnel de toutes les facultés mentales.

La *suggestion à l'état de veille* peut-être d'une réelle utilité ; mais la suggestion hypnotique doit être l'objet de bien des réserves. Tel est aussi l'avis de Proust et Ballet : « Assurément, disent ces auteurs, le trouble intime des centres nerveux, d'où procèdent les syndromes neurasthéniques, ne saurait être supprimé d'une manière durable et complète par quelques séances d'hypnotisme. C'est pourquoi « la méthode hypnotique », que quelques auteurs ont tant prônée dans le traitement des maladies du système nerveux et notamment des névroses, ne peut être raisonnablement proposée comme méthode de traitement général des états neurasthéniques ; tous les médecins qui ont suivi des neurasthéniques et constaté la ténacité habituelle de l'épuisement nerveux s'accorderont à le reconnaître (1) ».

Il existe une grande différence entre le sommeil hypnotique d'un hystérique et celui d'un neurasthénique. Les neurasthéniques, sans mélange d'hystérie, ne sont pas *hypnotisables*. « Les états de sommeil que l'on provoque, chez eux, par les divers procédés usités en pareil cas, ne présentent nullement les caractères essentiels du somnambulisme, l'incons-

(1) Proust et Ballet, *L'hygiène du neurasthénique*, 1897.

cience, l'oubli au réveil, etc., et, de même, les suggestions communiquées dans les états de sommeil ne se développent pas avec cet automatisme complet, cette inconscience, cette indépendance des autres idées personnelles, dont la collection constitue le moi conscient, qui sont les traits distinctifs et les caractères nécessaires de la suggestion proprement dite (Proust et Ballet). »

Quand on observe attentivement le neurasthénique hypnotisé, on voit qu'il ne dort pas comme l'hystérique, que sa conscience n'est pas abolie, et, qu'en réalité, c'est la suggestion à l'état de veille qui agit, la seule qui puisse modifier le cours des idées morbides. Et, à tout prendre, ce n'est là qu'un aspect du traitement moral. D'ailleurs, nous ne sommes pas très partisans de l'hypnotisme, même pour les hystéro-neurasthéniques. Chez beaucoup, la prédisposition à l'hystérie aurait pu rester longtemps latente, s'ils n'avaient pas été hypnotisés, car l'hypnotisme, réputé à tort inoffensif, est un agent provocateur des phénomènes hystériques, qui n'existaient pas jusqu'alors : convulsions, contractures, somnambulisme spontané, etc.

c) Dans l'*hystérie*, l'hypnotisme a pu donner des résultats satisfaisants, surtout dans les cas rebelles. Nous ne proclamerons pas cependant qu'il y soit souverain.

« Quelle que soit l'opinion que l'on ait sur l'hypnotisme, dit P. Janet, il faut reconnaître que c'est, là, un modificateur puissant des phénomènes psychologiques, capable de déterminer dans l'esprit, dans les souvenirs, dans les actes, des bouleversements remarquables ; or, il faut avouer que nous ne possédons guère d'autres agents ayant un pouvoir semblable (1). »

Nous ne sommes pas absolument de cet avis. Tout en acceptant que l'hypnose fait disparaître, parfois, pour un temps plus ou moins long, des symptômes hystériques, para-

(1) Pierre Janet, *Traitement des maladies nerveuses*, fasc. XV, in *Traité de thérapeutique* de Robin.

lysie, contractures, etc., nous ne croyons guère à son efficacité, quant à la guérison de la maladie elle-même, l'hystérie.

Et nous ne sommes pas seuls de cette opinion. Gilles de la Tourette écrit : « Voilà un sujet porteur d'une paralysie, nous l'endormons ; pendant le sommeil, nous lui suggérons que sa paralysie doit disparaître ; elle disparaît, en effet, et l'hypnotisme a triomphé ! Ce sont les théoriciens de l'hypnose qui parlent ainsi, et les observateurs sincères qui ont la pratique du traitement des hystériques sont loin de partager leur enthousiasme. L'hypnotisme n'est pas autre chose qu'un paroxysme hystérique provoqué au lieu d'être spontané ; il agit comme les paroxysmes, en modifiant profondément le terrain hystérique. Or, ce que le médecin, qui essaye de déterminer le sommeil artificiel, doit avoir constamment présent à l'esprit, c'est qu'il ne peut savoir à l'avance si les effets qu'il va produire, au lieu d'être curatifs, ne seront pas simplement désastreux. »

Utiles conseils en ce temps où l'on pratique l'hypnotisme à tort et à travers, sous prétexte qu'il est inoffensif. Ce que nous disions à propos des neurasthéniques, nous le répétons encore, sans crainte de trop insister. Avant d'endormir un sujet, il faut l'étudier, contrôler les accidents qu'on veut faire disparaître et prévoir les désordres qu'on peut susciter. Il vaut mieux laisser le malade supporter quelques légères manifestations hystériques que de l'exposer, par l'hypnotisme, à des attaques convulsives ; car, l'hypnotisme a été fréquemment le point de départ de crises convulsives et la première éclate ordinairement en pleine séance.

On hypnotisera seulement le sujet quand tous les autres moyens thérapeutiques auront échoué, et lorsque les conséquences éventuelles du somnambulisme provoqué seront inférieures à l'importance des troubles hystériques.

Article III. — *Occupations intellectuelles et physiques.*

Le *travail* est une des indications importantes dans le traitement des maladies mentales et nerveuses.

Dans les folies en particulier, il est nécessaire comme moyen de traitement et comme mesure sociale.

Un aliéné, pendant sa longue convalescence, se déprimerait, tomberait dans la mélancolie, si l'on ne lui trouvait pas une occupation intellectuelle ou physique conforme à ses aptitudes. La vie réglée et monotone de l'asile serait susceptible de provoquer, dans l'inactivité, des préoccupations tristes, en rapport avec la maladie. Le convalescent qui travaille, dont l'esprit est occupé, se montre plus gai, il a plus de courage et d'espoir. Nous en avons vu qui s'obstinaient à ne pas travailler, parce qu'ils n'en avaient pas le courage, déclaraient-ils ; dès que sur nos instances, ils se mettaient à la besogne, la gaieté, l'entrain revenaient avec l'espérance.

Ainsi, le travail est un moyen thérapeutique précieux, qui, en activant la vie, en stimulant la volonté et l'énergie, raffermit la solidité cérébrale et tend à faire disparaître les vestiges du délire.

Ce n'est évidemment pas les maniaques ou les stupides qu'on doit envoyer à l'atelier, mais ceux qui ne présentent pas de troubles aigus, qui sont sans énergie, comme les abouliques. Entraînés par l'imitation, l'activité des compagnons les gagne, et, peu à peu, ils prennent goût au travail.

Le côté social n'est pas à dédaigner. Le traitement dans un asile est toujours prolongé; la convalescence peut durer de longs mois. Si, durant cet intervalle, le travailleur délaisse ses outils, à sa sortie il est *rouillé* et il a toutes les peines du monde à se remettre à la besogne; la vie oisive de l'asile en aura fait un paresseux, un inhabile; tandis qu'en travaillant dans les conditions de liberté que nous avons exposées, il ne cesse pas d'être l'ouvrier actif et adroit qu'il était avant sa maladie.

Ceux qui, par nonchalance, ne trouvaient pas à s'employer, à l'asile apprennent un métier, acquièrent le goût du travail et cherchent une place à leur sortie.

En considération de tous ces avantages, le travail ne doit pas être négligé dans les asiles publics; il n'est pas salutaire seulement à l'homme sain d'esprit, il transporte jusque dans la folie ses effets bienfaisants.

A chaque malade, selon la richesse du cerveau et la culture mentale, le médecin doit trouver une occupation. L'ouvrier ira aux ateliers de construction ou de réparations, le comptable au bureau; il faut à tous trouver un emploi, dans le jardin, dans la bibliothèque....

C'est pourquoi un asile d'aliénés doit avoir des jardins, une bibliothèque avec des livres choisis, des ateliers de toutes sortes, etc.

UNIVERSITY OF LEEDS.

CINQUIÈME PARTIE

TRAITEMENT DES MALADIES MENTALES ET NERVEUSES

SECTION I. — Traitement des maladies mentales.

CHAPITRE PREMIER

TRAITEMENT DES PSYCHOSES

ARTICLE Ier. — *Manie et états maniaques.*

A. CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SÉMÉIOLOGIQUES. — L'étude clinique de la manie et des états d'excitation, que la pathologie spéciale décrit dans telle ou telle forme de folie, appelle une revue d'ensemble des troubles élémentaires psychiques et physiques de l'agitation en général (1).

I. **Troubles psychiques.** — L'observation journalière des maladies nous montre que les troubles intellectuels à leur début se manifestent, généralement, par un changement d'humeur, par des émotions morbides et non tout de suite par du délire et des hallucinations. Il est donc naturel de commencer par énumérer les symptômes qui caractérisent, en premier lieu, un trouble de l'esprit.

L'état maniaque peut débuter assez brusquement par de l'expansion, mais, il s'annonce, d'ordinaire, par une dépression, par une douleur psychique, un état de malaise. Puis, d'après

(1) P. Cololian, *Etude séméiologique de l'agitation* (*Annales méd.-psych.*, 1898).

Emminghaus (1), une gaieté morbide succède qui est la marque principale des états d'agitation ; le caractère devient exubérant. Les perceptions ne produisent que des impressions gaies et le malade, qui a conscience de cet état, en éprouve autant de sensations de joie que le mélancolique trouve de sources de douleur dans ses propres sensations. « Plus tard, il devient impatient, irritable, colère » ainsi que le dit Esquirol (2); mais, comme le mode d'émotion dépend surtout de la disposition de l'état de conscience, l'emportement se termine, en général, par des sensations joyeuses, et le malade vit, ainsi, dans un sentiment de plaisir continuel (3).

a) *Troubles intellectuels.* — Dans le domaine intellectuel, c'est surtout l'accélération des représentations psychiques qui est caractéristique ; l'exaltation de la mémoire, de l'imagination, des conceptions, etc., se manifeste par une grande richesse d'expressions et d'images, par des paroles, des saillies, une loquacité et une verve extraordinaires ; et l'on est frappé de l'originalité de ces conceptions, chez des malades d'une éducation sommaire. On a vu des paysans s'exprimer en leur patois avec une véritable éloquence (Ball) (4). Un fait surprenant est la facilité avec laquelle le malade peut évoquer les souvenirs, les images qui semblaient perdus pour toujours.

La production imaginative (5) est tellement accélérée, qu'elle frise parfois l'illusion (6); le malade a des images de souvenirs travesties et faussées, trouble que produit, à la longue, un défaut de fidélité dans la reproduction.

b) *Troubles du langage.* — Puis, lentement et imperceptiblement, l'enchaînement des idées, d'abord simplement accéléré et encore régulier, finit par devenir inintelligible, par suite de la marche effrénée des idées ; les anneaux intermé-

(1) Emminghaus, *Allg. Psychopathologie*, p. 62, 102.
(2) Esquirol, *Des maladies mentales*, 1838, t. II, p. 145.
(3) Neumann, *Lehrb. der Psych.*
(4) Ball, *Leçons sur les maladies mentales*, 1890, p. 280.
(5) Emminghaus, *Psycho-Path.*, p. 133, 176.
(6) Sully, *Illusions* (*Bibliothèque scient. intern.*).

diaires de l'enchaînement n'ont plus le temps d'être exprimés par la parole, et l'incohérence en résulte. Quelques phrases restent encore compréhensibles, mais leur ensemble n'a plus de lien logique. La pensée court, dirait-on, et la parole fait des efforts pour la suivre (Ballet) (1) ; ainsi, le malade fait des ellipses, ou bien supprime les propositions intermédiaires. Les idées sont décousues, les phrases disparates ; c'est une course folle, une *fuite* de la pensée. Et le malade ne peut plus coordonner, ne peut plus refréner le cours de ses idées ; il dit des choses inintelligibles, prononce des mots isolés, des syllabes dénuées de sens. Dans ce flot de paroles décousues, avec attention on découvre encore un lien d'enchaînement, grâce aux contrastes, aux consonances : ce n'est point le langage d'un dément (Foville). Le clinicien expérimenté se gardera bien de conclure de cette incohérence de langage, à une incohérence correspondante des idées (2).

Les troubles du langage écrit ressemblent à ceux du langage parlé. Au début, le maniaque écrit, convenablement, des phrases correctes, des vers, des poèmes ; mais, dès que l'enchaînement logique des idées disparaît, les mots ne semblent plus tracés qu'au hasard de la plume. L'instant vient même où le malade se trouve dans l'incapacité d'écrire, de tenir la plume.

c) Troubles moteurs. — C'est toujours en vertu de l'hyperactivité des idées que les mouvements et la mimique sont extrêmement mobiles. Tant que les idées conservent un enchaînement plus ou moins logique, les malades n'ont qu'un besoin de déplacement continuel, ils font des courses inutiles, ils opèrent des changements dans leur vie, dans leur ménage, entreprennent des voyages ; leurs gestes sont exubérants, brusques, tumultueux. Plus tard, avec l'incohérence, les mouvements cessent d'être coordonnés et s'exécutent sans motif, sans but. Ils peuvent se systématiser, devenir uniformes

(1) Ballet, *Traité de médecine* de Charcot-Bouchard, t. VI, p. 1067.
(2) Paul Garnier, *La folie à Paris*, 1890.

et quasi automatiques : on a vu des maniaques exécuter les mêmes mouvements (culbute, promenade autour d'un banc, d'un arbre) pendant plusieurs jours consécutifs.

d) Troubles de la volonté. — Dans le domaine de la volonté, on trouve une hyperboulie (Emminghaus), une accélération, *une impétuosité du vouloir* qui est le résultat :

1° De la confiance exagérée que le malade a de lui-même, confiance entretenue par le sentiment d'augmentation des capacités psychiques et physiques ;

2° De la suppression du contrôle et de l'incoordination des idées ;

3° De l'accélération et de la variation des représentations imaginatives.

Par suite de ces troubles, le malade ne voit aucun obstacle, se sent de force à surmonter toutes les difficultés. Aussi, ses actes sont-ils souvent irréfléchis et téméraires.

e) Troubles de l'attention. — L'aptitude que l'esprit possède de s'arrêter à une idée ou à une impression, fait défaut, en partie ou en totalité, aux agités. L'attention, dans la vie psychique normale, « draine à son profit, du moins dans la mesure possible, toute l'activité cérébrale » (Ribot)(1) ; elle diminue le nombre des objets à connaître, éclaircit nos impressions ; or, chez l'agité, les idées se suivent sans interruption, chevauchant les unes sur les autres ; le malade ne peut s'arrêter à aucune impression en raison de leur multiplicité. Il ne peut prêter une suffisante attention ni aucune réflexion au moindre objet. Il regarde sans voir, entend sans comprendre, si ce n'est que très superficiellement. Ce trouble, quoique consécutif à l'accélération des opérations psychiques, a une grande importance au point de vue clinique. Il n'est cependant pas toujours si complet qu'il le paraît.

II. **Troubles physiques.** — Des troubles physiques existent dans les états d'agitation ; c'est ainsi qu'on observe une

(1) Ribot, *Psychologie de l'attention*, 1889.

accélération des fonctions digestives, une légère exaltation des appétits génésiques, etc.

Le pouls, la température, les mouvements respiratoires restent à peu près normaux, avec une légère augmentation, aux moments du paroxysme de l'agitation.

La manie et les états maniaques. — Tel est l'état général du maniaque. Quelle est la cause de ce désordre ? Le maniaque agit-il sous la terreur d'hallucinations effrayantes, réagit-il sous l'empire de conceptions délirantes ? Ce sont là des questions que l'étude séméiologique permet plus ou moins de résoudre.

Cet agité est peut-être atteint de *délire aigu*, de *manie* ; c'est peut-être un *dégénéré*. Est-il un *paralytique général*, un *dément* ou un *épileptique* ? Dominant ces entités pathologiques, l'état maniaque paraît s'imposer à première vue ; l'analyse des symptômes, seule, fournit le moyen de le classer nosologiquement.

Ainsi, dans un premier cas, l'état maniaque fait suite à une période de dépression. L'agitation est au paroxysme, compliquée d'illusions et d'hallucinations. Le thermomètre indique 39° et 40°. A l'examen des organes internes on ne découvre rien qui puisse expliquer la pyrexie, et le malade tombe dans le coma au bout de six à huit jours...

Prenons un second exemple : un sujet, sans passer par la période prodromique habituelle, s'agite progressivement ; il a des idées délirantes de grandeur, de persécution, de mysticisme, d'hypocondrie ; des hallucinations apparaissent. L'ensemble des conceptions est fugace, mobile, confus...

Enfin, ou se trouve en présence d'un agité avec idées enfantines et bavardage futile. Aucune trace de jugement, même faussé ou perverti, n'est saisissable. La parole est embarrassée, les pupilles sont inégales...

Nous voici en présence de trois malades, atteints d'agitation maniaque. Mais, si l'agitation est identique au point de

vue moteur, elle diffère singulièrement au point de vue psychique. Dans le premier cas, l'état maniaque est dû à une maladie générale, au *délire aigu*, dont la cause, microbienne ou infectieuse, est encore incertaine ; il existe pourtant un état général caractéristique, avec pyrexie, qui le différencie des autres états maniaques.

Dans le second cas, il s'agit d'un accès d'excitation maniaque chez un prédisposé psychique. Les images projetées au dehors et les conceptions polymorphes résultent de l'état intellectuel de l'individu. Malgré l'incohérence et l'agitation physique, on voit que le jugement n'est pas foncièrement atteint. Chez ce malade, la manie présente un caractère de psychose régulière, avec un début presque brusque.

Le troisième est un *paralytique général* dont l'intelligence est atteinte en premier lieu et en totalité.

Ces différents sujets, non dégénérés, frappés d'excitation maniaque, réagissent différemment. Le pronostic change parce que les causes sont très dissemblables.

Voici maintenant un cerveau taré, un *dégénéré*. La manie évolue autrement. C'est toujours l'extrême agitation, l'incohérence de la pensée, mais l'accès est irrégulier et « tend à devenir intellectuel ».

S'il s'agit d'un *épileptique*, d'un *hystérique*, l'état maniaque suit, en général, l'attaque convulsive et même la remplace. Le délire est plus coordonné, la pensée moins incohérente, et l'on suit, à travers l'agitation, la trame d'un délire ambitieux, érotique ou mystique.

Il existe un état d'agitation dans les *folies toxiques*, dans l'alcoolisme surtout ; mais, l'excitation y est due presque uniquement aux hallucinations terrifiantes fort nombreuses ; la zoopsie tient la première place sur la scène hallucinatoire. Cette agitation est prédominante dans les accès de *delirium tremens*. Elle cesse dès que le malade est libéré de l'excitant nerveux : l'alcool.

L'état maniaque peut apparaître dans la *démence sénile*, soit

passagèrement, coïncidant avec une congestion des centres, soit comme une sorte d'entité morbide constituant la manie sénile. Le pronostic dépend, bien entendu, de l'âge, de la vigueur du sujet et du degré d'excitation mentale.

B. Traitement de la manie et des états maniaques. — I. **Manie aiguë.** — Les états maniaques, ainsi que nous venons de le voir, existent dans beaucoup d'espèces nosologiques. Mais, que l'agitation soit due à la manie franche ou à un état maniaque symptomatique, le médecin doit agir promptement. Il préviendra les dangers que le malade fait courir à son entourage ou à lui-même, et, par des moyens appropriés, lui permettra de supporter la fatigue et les déperditions que provoque l'excitation très prolongée.

Un agité, quel qu'il soit, ne saurait être convenablement soigné qu'à l'asile. C'est là seulement qu'il sera entouré de toutes les conditions hygiéniques modernes qui favorisent la guérison.

Dans la famille, on ne peut convenablement isoler l'excité maniaque, et il n'est pas possible de pratiquer l'*alitement*, tel que nous l'avons défini.

Les parents, les amis, sont souvent de bien médiocres infirmiers. Il faut de la douceur et aussi de la fermeté pour agir sur le malade et ce sont des qualités difficiles à rencontrer dans l'entourage.

C'est donc dans une maison de santé qu'il convient de traiter le maniaque.

A l'asile, les premiers jours, le patient est quelque peu désorienté ; l'*isolement* ne va pas tarder à agir sur lui ; sa volonté et ses caprices, jusque-là développés par les soins familiaux, trouvent un frein salutaire et sont subordonnés aux règlements de l'établissement. A heure fixe, il reçoit ses aliments, des soins de propreté, etc. Personne ne l'exaspère par une contradiction maladroite, opposée à ses conceptions morbides.

Il voit autour de lui des infirmiers, le médecin et ses aides

qui examinent ses voisins et, tout à l'heure, l'examineront à son tour. Si agité, si distrait qu'il soit, il comprend, à la longue, qu'il se trouve dans un hôpital; sa confiance renaît, l'agitation diminue.

Les effets de l'alitement et de l'isolement à l'asile ou dans la maison de santé spéciale, sont très appréciables et constituent les premières indications thérapeutiques. Les autres moyens viennent ensuite; l'hydrothérapie, le traitement pharmaceutique complètent et achèvent le traitement.

L'hydrothérapie. — Les bains tièdes et prolongés sont couramment ordonnés aux agités et à juste titre. Le bain tiède d'une heure et, au plus, de trois heures, d'une température de 32° à 33°, est un sédatif inoffensif, à la condition de surveiller le sujet.

Le maniaque prendra son bain, tous les jours, et, de préférence, le soir, s'il a de l'insomnie. Dans les grands asiles, pour gagner du temps, on peut donner à déjeuner au malade dans le bain.

Les baignoires ne doivent pas être garnies de tablier. Le couvercle en cuir a été imaginé pour empêcher le malade de sortir du bain, de projeter l'eau au dehors, ou de s'asphyxier par immersion. Une surveillance assidue doit suffire pour empêcher les accidents graves.

Les bains tièdes sont ordonnés au début, dans la période aiguë. Quelques auteurs ont proposé des bains de 20°,17° et même 15°, et d'une durée de cinq à dix minutes dans les formes chroniques, pour obtenir une réaction psychique.

Les bains tièdes conviennent à toutes les formes d'agitation; l'état général, la température, les complications viscérales serviront de point de repère pour les contre-indications.

Dans les formes graves d'agitation, si l'état général le permet, c'est au *drap mouillé* qu'on aura recours. Mais ce moyen énergique est débilitant. Il faut, pour l'appliquer, se trouver en présence d'un sujet jeune et vigoureux, auquel les bains aient échoué.

Dans la majorité des cas, l'alitement et l'hydrothérapie doivent suffire pour calmer l'agitation. Malheureusement, l'observation clinique démontre que tous les agités ne réagissent pas de façon identique, que les bains tièdes ne ramènent pas toujours le sommeil réparateur, que le lit ne refrène pas sensiblement l'excitation psycho-motrice. C'est le moment de faire intervenir la matière médicale.

Après avoir examiné le pouls, le cœur, les poumons, on doit prescrire à l'agité un sédatif ou un narcotique. Si le malade est seulement agité, sans que son sommeil soit troublé, c'est aux *bromures* qu'il faut s'adresser. C'est le médicament le moins dangereux qui puisse être administré.

Si l'agitation ne cède pas, si l'insomnie persiste, on augmentera la dose, ou bien, l'on prescrira du *chloral* (de 1 à 3 grammes), du *trional* (de 1 à 2 grammes) ou de la *paraldéhyde* (de 2 à 4 grammes).

L'*hyoscine* est employée dans les seuls cas où l'on ne pourrait organiser la surveillance voulue, en face d'une agitation extrême. On n'en fera généralement pas usage à l'asile, car il est rare que l'agitation la plus intense ne cède pas à l'ensemble des moyens cités : alitement, bains, sédatifs.

On pourra user de la *duboisine*; c'est un médicament énergique, dont l'emploi ne doit pas être prolongé.

D'autres hypnotiques ont été essayés : le *méthylal*, l'*hypnal*; mais on a rarement besoin d'épuiser tous ces produits pour apaiser la surexcitation.

Un médicament souvent proposé et souvent employé c'est l'*opium*. On le prescrit avec trop de facilité, à notre avis; on devrait s'en abstenir dans les cas d'agitation. Outre les perturbations qu'il produit dans les voies digestives, il favorise le mouvement congestif vers le cerveau.

Dans l'excitation psycho-motrice, nous ne le conseillons pas. Au contraire, l'opium est indiqué dans la mélancolie. Le processus n'est évidemment point le même dans les deux affections. Dans les états maniaques, il y a tendance aux

congestions cérébrales et aux ictus apoplectiformes et épileptiformes ; ce serait augmenter cette tendance et provoquer la congestion que de prescrire l'opium.

La *digitale*, l'*ergotine* ont été jadis vantées comme sédatifs dans la manie. Elles n'ont pu soutenir cette renommée et sont aujourd'hui abandonnées.

Nous ne parlerons pas des *saignées*, des *sangsues*, des *ventouses*, des *révulsifs*, couramment employés, autrefois, dans la manie. On peut les prescrire comme on prescrit l'opium dans une maladie générale, non pas en visant l'agitation ni pour la combattre, mais parce que l'état général du malade réclame tel ou tel mode de traitement.

Les *purgatifs* trouvent leur application quand l'état saburral de la langue en démontre la nécessité.

L'*alimentation* du maniaque agité doit être surveillée ; il la faut abondante et de digestion facile, riche en albumine et en hydrocarbure. Le lait doit être abondamment donné et doit constituer le régime, en cas de complication.

Les boissons ne seront pas excitantes ; il faut exclure le thé, le café, l'alcool et ne prescrire que des tisanes légères, des infusions agréables à boire. Pour un atonique, dont l'estomac fonctionne mal, une infusion de houblon, de gentiane ou de quassia-amara conviendra surtout.

Le malade étant soigné dans la salle d'alitement, il n'est pas besoin d'indiquer la forme et la nature d'un vêtement.

La journée du maniaque peut donc être ainsi distribuée : après l'avoir nettoyé le matin, on le laisse au lit jusqu'à la visite ; puis, il prend son bain et retourne au lit où il déjeune. Après le déjeuner, la salle d'alitement est évacuée pendant une ou deux heures. Les agités se promènent dans la cour, en attendant que les infirmiers aient fini le nettoyage de la salle et la préparation des lits.

La promenade au grand air agit très favorablement sur l'exci-

tation. On a remarqué que l'exercice musculaire supprime rapidement le besoin qu'éprouvent les malades de faire du tapage.

Au déclin de l'accès, on redoublera de soins. C'est le moment d'essayer de persuader au sujet qu'il est malade, mais que son affection guérira. Il faut alors lui trouver une occupation intellectuelle ou physique, d'après ses aptitudes.

Les idées que nous exposons, ici, ne sont pas seulement théoriques : elles sont le résultat de très nombreuses observations personnelles. Sans songer à relater des faits cliniques qui ne seraient guère à leur place ici, nous estimons pourtant utile de citer, à titre d'exemples, à chaque article respectif, quelques observations extrêmement résumées, démontrant l'efficacité du traitement préconisé.

O... Eugène, quarante-quatre ans, employé de commerce, est entré à l'asile, le 3 novembre 1897, pour une manie aigüe ; l'agitation extrême, la loquacité bruyante, l'excitation motrice étaient des indications précises en faveur de l'alitement. Dès la première journée, le malade reste au lit sans grande difficulté. Après un examen très complet et analyse des urines, nous lui faisons prendre des bains de 33° c. puis, 3 grammes de bromure lui sont administrés, le soir, au moment du dîner. Au bout de trente jours de ce traitement, O... est calme, il dort et mange bien. Malheureusement, une rechute se produit, sans cause connue, crise moins violente que le premier accès de manie, mais de durée plus longue. Néanmoins, O... est suffisamment rétabli après quelques mois, pour cesser l'alitement. Il sort tout à fait guéri le 1er juin 1899.

Le traitement comprenait donc : l'alitement, l'administration du bromure de potassium, des bains d'une heure, deux à trois fois par semaine. L'alitement a été appliqué d'une façon suivie le premier mois ; il a été efficace, puisque le malade a conservé un bon état général et qu'on a pu constater un accroissement régulier et continu de l'embonpoint.

De toutes nos observations, et il nous eût été facile d'en rapporter un très grand nombre, il ressort que les maniaques ont toujours tiré avantage du régime auquel nous les avons soumis, même quand la manie prend une forme chronique, et qu'on tend déjà à désespérer de la guérison, comme dans le cas de O... Cette observation est rapportée à dessein ; la guérison définitive fut obtenue au bout de deux ans. Nous verrons plus loin qu'on peut l'obtenir en quelques mois, dans les cas de manie suraigüe, de délire hallucinatoire aigu, quand les malades sont soignés par l'alitement et les divers moyens adjuvants que nous avons énumérés.

II. **Délire aigu.** — Le malade sera soigné au lit, non seulement à cause de la fièvre, mais aussi à cause de l'agitation.

Les causes de cette folie sont mal connues; les probabilités sont en faveur d'une auto-intoxication. A défaut de traitement étiologique précis, il faut recommander une hygiène sévère et méthodique.

L'*hydrothérapie* est indiquée. Contrairement à ce qui a été dit pour les maniaques, les délirants aigus doivent prendre leur *bain froid*. Le but thérapeutique est double; il s'agit d'abaisser la température et de calmer l'agitation.

Les bains froids dans la fièvre typhoïde, avec ou sans troubles psychiques, avec ou sans agitation, constituent aujourd'hui le traitement spécifique, ainsi que le remarque le professeur Dieulafoy (1). Dans la méningite cérébro-spinale, ou la méningite tuberculeuse, les bains tièdes, presque froids, sont du meilleur effet. S'ils ne guérissent pas, ils soulagent, et c'est déjà un résultat.

Dans le délire aigu, il n'existe aucune contre-indication relative aux bains froids; même si une complication pulmonaire vient aggraver la situation, il faut encore les prescrire. N'en a-t-on pas obtenu des résultats satisfaisants dans

(1) Dieulafoy, *Manuel de pathologie interne*, 1897, t. IV.

les bronchites et la congestion broncho-pulmonaire dothiénentérique?

Seuls, l'affaiblissement du cœur et du pouls, les irrégularités des battements cardiaques, enfin les signes de myocardite sont un obstacle.

On baignera donc les délirants aigus toutes les deux ou trois heures, chaque fois que la température montera au-dessus de 38°,5. Inutile d'ajouter que les précautions dont on use dans ces cas pour les typhiques seront respectées. Le malade ne restera pas plus de cinq minutes dans l'eau ; la température ne dépassera pas, pour la première fois, 25° c, et ne baissera pas au-dessous de 18° c. Au sortir du bain, le malade sera essuyé, mis dans une couverture de coton; on lui fera prendre une tasse de lait chaud.

Lait. — L'hydrothérapie n'est pas le seul traitement du délire aigu. Une autre indication, sur laquelle on n'insiste pas assez, est l'alimentation. Dans les asiles, les malades mangent un peu de tout. Il faut supprimer les aliments solides ou liquides et mettre le délirant aigu au régime lacté absolu. Le lait doit être donné en quantité suffisante, de 3 à 4 litres. Rien ne saurait remplacer cet aliment par excellence, boisson et diurétique tout à la fois. Pour en faciliter l'absorption et la digestion, les eaux de Vals ou de Vichy seront ordonnées; on y ajoutera des tisanes légères, diurétiques (chiendent, queues de cerises, etc.).

Tout médicament est généralement nuisible ; on ne donnera ni quinine pour la fièvre, ni hypnotiques, ni sédatifs.

Bien entendu, les purgatifs, les lavements, n'entrent pas dans cette restriction. Les grands lavements d'eau bouillie sont utiles, et les purgatifs viendront, en leur temps, surtout si le lait constipe. La diarrhée sera également combattue.

III. **États maniaques épileptiques et hystériques.** — Si le diagnostic d'épilepsie a été porté avec sûreté, dans un cas d'excitation, si tout montre que l'agitation

maniaque est due à l'attaque épileptique, les indications sont fort nettes. Le premier point est de savoir si le malade peut être soigné au lit, sinon, il faut l'isoler momentanément dans une chambre. Les épileptiques ont des excitations extrêmes, furieuses, nécessitant l'isolement absolu.

Le lait sera donné en abondance pour faciliter l'élimination des toxines.

Le bromure est tout indiqué ; il faut le prescrire à haute dose : de 6 à 8 grammes dans les vingt-quatre heures.

Les autres indications sont celles que nous avons exposées pour la manie.

Les *hystériques*, atteints d'excitation maniaque, seront soignés de la même façon ; toutefois le bromure est moins utile, et on ne le prescrira que momentanément, à dose plus faible.

L..., âgé de trente ans, est épileptique depuis l'enfance. Les crises étaient espacées et peu intenses pendant l'adolescence. Avec les excès de boissons, elles se multiplièrent, et devinrent plus fortes. Nous avons eu l'occasion de le soigner deux fois ; d'abord, dans une chambre d'isolement, l'alitement n'étant pas encore vulgarisé ; il avait été amené à l'asile pour excitation maniaque, avec refus d'aliments. L'isolement, l'alimentation artificielle et 6 grammes de bromure de potassium, par jour, ont rétabli le calme progressivement, en dix ou douze jours. L... a été ramené dans le service, trois mois après, toujours pour excitation maniaque d'origine épileptique. Cette fois, l'alitement a été appliqué et le régime lacté a été combiné avec l'administration du bromure. L'excitation a cédé au bout de six jours ; le septième jour, le malade avait repris son état normal.

Nous pouvons également signaler le cas de cette hystérique qui, aux approches des menstrues, avait de fortes attaques convulsives suivies d'excitation psycho-motrice. Les accès d'excitation duraient plusieurs jours, parfois deux semaines. En l'alitant au moment de ses époques, nous avons pu refré-

UNIVERSITY OF LEEDS.

ner l'excitation, l'abréger, et même la supprimer une fois sur trois. Les attaques ont aussi subi l'influence de l'alitement; elles perdirent de leur intensité.

IV. **Délire hallucinatoire aigu.** — Le délire hallucinatoire aigu, dont on cherche à faire une entité morbide, se traduit par une grande agitation ou par de la dépression, du désordre dans les actes et de l'incohérence dans les idées, selon le jeu des hallucinations qui tiennent, ici, le premier rang. Le malade est triste ou gai, peureux ou emporté, d'après l'hallucination du moment. Les mouvements, les actes liés au délire qui les provoque, sont violents et désordonnés. Le malade entend des voix confuses, des gémissements, des prières, des coups de fusil, de canon, etc.; il voit des flammes, des monstres. Sous la mobilité incessante de ces apparitions, les délires naissent et disparaissent, déprimant ou agitant le sujet.

Le délire hallucinatoire paraît être surtout, en dernière analyse, la manifestation psychique de l'alcoolisme aigu ou subaigu. On l'observe aussi après les attaques d'épilepsie et d'hystérie. Il éclate quelquefois brusquement chez un sujet qui paraît indemne de toute tare, n'ayant eu aucune affection psychique antérieure. Les auteurs allemands, pour ces raisons, en ont fait une entité morbide, à laquelle ils ont donné le nom de *Wahnsinn*. Pour nous, cette variété de délire hallucinatoire n'est qu'une forme de manie, avec prédominance des hallucinations.

Le délire hallucinatoire aigu, qu'il soit idiopathique ou symptomatique, sera traité comme la manie franche. Mais, tandis que le maniaque bénéficie de son séjour dans une grande salle d'alitement à plusieurs lits, le sujet atteint de délire hallucinatoire aigu sera isolé dans une pièce au besoin avec un ou deux compagnons; il s'agit d'obtenir le calme absolu. La suractivité cérébrale met ces malades en état d'excitation perpétuelle. Dans une chambre tranquille, l'état

émotif, la tristesse, l'angoisse s'atténuent, parce que les hallucinations elles-mêmes diminuent d'intensité.

L'alimentation doit être abondante en laitage, en œufs, en légumes verts et féculents, en boissons diurétiques, etc.

Contre les symptômes agitation, hallucinations et insomnie, les bains chauds sont indiqués ; il ne faut pas abuser des sédatifs et des hypnotiques, surtout de l'opium. On ordonnera, tout au plus, 2 à 3 grammes de bromure de potassium les premiers jours.

Avec la disparition des hallucinations, l'agitation diminue et le malade entre en convalescence. C'est le moment de prendre des mesures d'hygiène rigoureuse et de se souvenir des préceptes du traitement moral.

Voici un cas de délire hallucinatoire aigu qui céda à un traitement de quelques jours.

Pierre V..., jeune homme de dix-sept ans, dégénéré héréditaire, est atteint de *délire hallucinatoire aigu*. Il arrive dans le service avec une agitation extrême ; le visage est rouge, les yeux sont brillants ; les traits contractés expriment une vive irritation ; il a des hallucinations multiples. Mis au lit, il n'y est maintenu que difficilement. Après examen, un bain de deux heures est ordonné. Cette grande excitation motrice cède à quelques jours d'alitement ; à ce moyen nous avions associé des bains de 33° c. et du bromure à petites doses. Au bout de peu de temps, V... est envoyé en convalescence dans un autre service. Citons également, au passage, le cas d'un autre jeune homme de vingt ans, exempt celui-là de tare héréditaire et de signes de dégénérescence mentale. Il fut pris subitement d'un accès de délire hallucinatoire aigu caractéristique, marqué par une telle agitation, qu'il fallut, les bains étant impossibles, appliquer le drap mouillé, une première fois, pendant cinq heures, une deuxième fois, pendant trois heures, à quelques jours d'intervalle. Ce malade fut guéri en quelques semaines par l'alite-

ment, les bains et le régime lacté mixte; il put quitter le service au bout de trois mois.

Article II. — *Mélancolie et états mélancoliques.*

A. Considérations générales. — Actuellement, certains aliénistes hésitent et se demandent si la mélancolie constitue bien une entité morbide distincte. Foville fils (1) l'admet, on le sait, comme type pathologique.

La dépression, de même que l'agitation, peut exister dans plusieurs espèces de folies, comme symptôme accessoire ; mais, en d'autres cas, au lieu d'être secondaire, elle forme l'essence même de la maladie. Telle est l'opinion de Magnan et de ses élèves (2). Pour Joffroy (3), au contraire, il n'y a pas de mélancolie essentielle, il n'y a que des mélancolies symptomatiques.

I. **Troubles psychiques.** — La mélancolie est caractérisée par une tristesse non motivée, par un sentiment plus ou moins conscient d'oppression, d'anxiété, d'abattement, d'impuissance. La douleur morale est le symptôme fondamental ; il s'y joint un ralentissement des processus psychiques.

a) La *douleur morale*, contre laquelle le malade ne peut lutter, parce qu'il est persuadé de ne pouvoir jamais la vaincre, envahit lentement toute la conscience. Cette douleur dépasse toutes les autres en intensité. Le mélancolique se sent *impuissant* à réagir ; c'est un résigné fataliste qui se laisse écraser par la souffrance morale.

A ce double sentiment de douleur et d'impuissance se rattachent d'autres phénomènes. Les perceptions externes semblent incapables de réveiller les divers états émotifs ; d'où, chez le mélancolique, une sorte de dégoût, une indifférence marquée pour les personnes et les choses vers lesquelles, à l'état

(1) A. Foville, article *Lypémanie*, in *Nouveau Dict. de méd. et chir. prat.*, t. XXI, 1875, p. 105 et suiv.
(2) Magnan, *Leçons cliniques sur les maladies mentales*, 1893, p. 204.
(3) Joffroy, *Leçons faites à Sainte-Anne*, 1895.

normal, ses tendances, ses affections et ses goûts le portaient. Cette indifférence, quoique passive, est consciente et afflige le malade.

Le mélancolique, déprimé, inquiet, se sent inférieur à ce qu'il était, il se juge un être vil, déchu. Ce sentiment d'humiliation, joint à la douleur morale, le pousse parfois au suicide. On observe, en outre, des troubles sensoriels (visuels, auditifs, etc.). Les déprimés mélancoliques ne voient pas le monde extérieur tel qu'il est, mais transformé; c'est ce que Griesinger (1) appelle de la *dysesthésie psychique*.

Ces sujets s'attristent en constatant qu'ils ne peuvent plus réfléchir comme jadis, que leur mémoire est affaiblie.

b) *Le ralentissement intellectuel* s'étend à tous les processus psychiques, les perceptions, la mémoire, l'idéation, l'attention, le jugement, l'imagination et la volition.

Certains mélancoliques éprouvent une sensation de *vide* dans la tête, une sorte de torpeur cérébrale due, d'après Lange (2), à l'anémie encéphalique, produite par la contraction des capillaires du tissu nerveux.

L'affaiblissement de la mémoire, surtout exagéré par la direction exclusive des préoccupations, influe sur l'idéation; les images emmagasinées sont difficilement éveillées, la sensation de *vide psychique* est le résultat de ce ralentissement.

Le processus de ralentissement agit aussi sur les images sensorielles. Cotard (3) a observé la perte de la vision mentale.

C'est par l'affaiblissement de la reproduction des images sensorielles qu'on explique, également, certaines formes d'aphasie, de surdité, de cécité verbale plus ou moins complètes. L'articulation des mots est encore plus souvent troublée. Les malades cherchent leurs mots; les images verbales motrices sont quelque peu effacées, la parole est hésitante et lente.

(1) Griesinger, *Traité des maladies mentales*, trad. française de Doumic, Paris, 1875, p. 265.

(2) Lange, *Les émotions*, trad. G. Dumas, 1895, p. 43.

(3) Cotard, *Arch. de neurologie*, 1884, et *Études sur les maladies cérébrales et mentales*, Paris, 1892.

La *volonté* est diminuée ou abolie ; les conceptions restent sous forme d'idées flottantes, indécises, elles ne sont pas accompagnées de cette énergie qui les transforme en actes. Le ralentissement des fonctions psychiques peut aller jusqu'à l'arrêt complet; c'est alors la mélancolie avec stupeur, la *mélancolie attonita* des auteurs allemands.

II. **Symptômes physiques.** — Tous les troubles intellectuels ou volitionnels, dont nous venons de parler, augmentent la douleur morale et déprimment de plus en plus le malade. Ils modifient l'expression de la physionomie; les traits du visage traduisent la tristesse ou une douleur intense.

L'attitude est affaissée; le déprimé se tient accroupi, le menton sur les genoux. Tous les muscles extenseurs sont relâchés par l'affaiblissement du tonus musculaire. Les mouvements sont ralentis ; ils s'exécutent avec hésitation et difficulté ; le malade a peine à contracter ses membres, à causer, à manger, etc... Le moindre mouvement lui coûte un gros effort. Parmi les troubles physiques du début, on note l'insomnie rebelle, le sommeil pénible, entrecoupé de rêves, de cauchemars. La céphalalgie est assez fréquente, intense quelquefois. La respiration est ralentie [Marcé (1)] ; dans la stupeur, elle est peu fréquente et superficielle [Marcé (2)] ; l'hématose se fait mal; le sang, arrivé aux poumons, ne s'oxygène pas suffisamment; il en résulte la cyanose du nez, des lèvres, des extrémités et l'abaissement de la température avec ralentissement des fonctions organiques.

Les battements cardiaques sont généralement affaiblis; le pouls est diminué, surtout dans la stupeur. La tension artérielle est faible dans les états de dépression.

L'innervation vaso-motrice est troublée; la peau est sèche, squameuse. Les troubles digestifs sont constants ; ils sont accompagnés de dyspepsie, d'inappétence, de constipation opi-

(1) Marcé, *Arch. de méd.*, 1855.
(2) Marcé, *Traité pratique des maladies mentales*, Paris, 1862, p. 319 et suiv.

niâtre. Les sueurs et les larmes sont, non pas taries, mais diminuées, de même que la quantité des urines.

Les fonctions menstruelles sont souvent interrompues.

Il existe, aussi, des troubles de la sensibilité générale. La sensibilité sensorielle est affaiblie ; il y a quelquefois des hyperesthésies cutanées qui donnent lieu à des névralgies. La sensibilité réflexe subit la même altération.

III. **Les formes de mélancolie.** — Tel est l'état mélancolique type que l'on rencontre chez les sujets dont le cerveau était antérieurement valide, ou bien chez les simples prédisposés. Mais cet état peut aussi se développer chez les *dégénérés*.

Chez les *prédisposés simples*, la mélancolie a un début long, mal délimité, avec des sensations d'épuisement nerveux, des symptômes de neurasthénie. Puis, elle suit une marche régulière, passe par des étapes fixes jusqu'à la guérison. Les causes qui l'ont provoquée sont réelles, apparentes, tangibles.

Chez les *dégénérés*, la mélancolie apparaît souvent sans cause bien appréciable, parfois très brusquement. Elle est irrégulière, anormale ; le délire hypocondriaque y domine. La guérison est lente ; les rechutes pendant la convalescence sont fréquentes.

Il existe, bien entendu, entre ces deux types, des formes intermédiaires que le clinicien sait reconnaître.

Quelques auteurs ont distingué les formes *hypocondriaques*, *mystiques* de la mélancolie, d'après la prédominance de telle ou telle idée ; en réalité, toutes ces formes se combinent et sont corrélatives à la mélancolie dégénérative.

Les *idées de négation* dont l'évolution a été bien étudiée par Cotard entrent dans cette catégorie ; elles augmentent la dépression douloureuse et entraînent parfois le refus de nourriture.

Le malade, après des alternatives de dépression et de calme relatif, tombe souvent dans la *mélancolie stupide*. La dépression atteint alors son plus haut degré ; le sujet est semblable à un

individu endormi sous l'action du chloroforme. La physionomie n'a aucune expression, les traits sont détendus; les yeux, s'ils sont ouverts, ne regardent pas et ne semblent pas voir; la bouche reste entr'ouverte et la salive s'écoule au dehors. Les membres sont en résolution, les bras pendent, les jambes fléchissent et ne peuvent plus porter le malade; indifférent à tout, celui-ci laisse échapper ses urines et ses matières; souvent, il y a refus d'alimentation.

Sous cette physionomie torpide, une tempête morale se déchaîne pourtant; des hallucinations terrifiantes se succèdent, sans trêve, dans l'imagination du mélancolique stupide, ainsi que l'a signalé Baillarger (1). Le malade en est comme paralysé. Ce *torrent hallucinatoire*, envahissant brusquement le champ de sa conscience, désorganise la pensée, la vie psychique, et donne au mélancolique cet aspect taciturne et inerte, si différent de sa vie intérieure. Faute d'un examen approfondi, on pourrait confondre la mélancolie stupide avec les états d'hébétude, dont les causes sont toutes différentes et qu'on rencontre dans l'épilepsie, après une forte crise, dans le *délire hallucinatoire aigu* avec *confusion mentale*, ou bien dans la *paralysie générale*.

IV. **Les états mélancoliques.** — Les psychoses débutent très fréquemment par une phase de dépression, de malaise vague, de tristesse. Guislain professait que les folies s'annoncent d'ordinaire par de la dépression.

La *paralysie générale* débute souvent par un stade dépressif.

L'état mélancolique peut présenter, dans ces cas, tous les degrés, depuis la simple dépression jusqu'à la mélancolie anxieuse et stupide. Ces symptômes s'observent au début,

(1) Baillarger, *Des états désignés chez les aliénés sous le nom de stupidité*, 1840. — *Recherches sur les maladies mentales*, 1890, t. I, p. 85.

quand le cerveau peut encore coordonner ses conceptions. Le paralytique offre, alors, l'aspect d'un véritable mélancolique ; sa douleur est à peu près raisonnée, elle repose sur un fait ou sur une apparence. Il faut rechercher attentivement les troubles somatiques de la paralysie générale pour porter le diagnostic.

Plus tard, avec la marche progressive du processus inflammatoire, les idées deviennent mobiles, multiples, non motivées et contradictoires (Falret). Dès lors, « la conscience, suivant le mot heureux de Marillier (1), est cloisonnée en un nombre infini de compartiments qui ne peuvent communiquer, et les idées ne se heurtent pas, parce que, à vrai dire, elles ne se touchent point ».

Dans la *démence sénile*, on trouve aussi des états mélancoliques, directement liés à l'amoindrissement des forces intellectuelles.

Chez les déments, comme chez les dégénérés, toutes les variations des états mélancoliques se présentent, depuis la simple tristesse non motivée, jusqu'à la stupeur, mêlée d'idées hypocondriaques, de persécution et de suicide.

Dans les *psychoses toxiques*, alcoolisme, morphinisme, etc., il y a, également, des états de dépression mélancolique. Mais l'alcoolisme imprime son cachet particulier et facilite le diagnostic. Quelques éventualités peuvent se produire dont nous ne devons pas omettre de parler.

L'état mélancolique, dans l'*intoxication alcoolique*, offre deux périodes bien distinctes, avec une symptomatologie qui diffère suivant la validité du cerveau. Quand il s'agit d'un dégénéré, une faible dose d'alcool peut suffire pour la transformation du caractère, qui prend une teinte mélancolique, s'affirmant bientôt en un état mélancolique défini. L'individu est alors considéré comme un mélancolique. On portera le

(1) Marillier, *Du rôle de la pathologie mentale dans les recherches psychologiques* (*Revue philosoph.*, 1893).

diagnostic : *dégénéré mélancolique avec appoint alcoolique.* Dans le second cas, c'est un buveur d'habitude qui, après avoir résisté quelque temps à l'empoisonnement, est enfin victime de l'intoxication et tombe dans la mélancolie. Il se montre triste, abattu, inquiet. Il a conscience du changement survenu dans son individualité psychique et ressent une douleur morale angoissante, dont la cause lui échappe. L'accès d'alcoolisme avec hallucinations éclate. C'est au déclin du délire que le malade se déprime quelquefois. La stupeur alcoolique a été signalée par l'un de nous (1).

Dans le *morphinisme*, à la période d'abstinence, on observe des états de mélancolie. Mais les commémoratifs suffisent pour éviter toute erreur sur l'étiologie et le diagnostic.

Les *épileptiques* peuvent tomber dans un état de dépression. En dehors de l'état mental fréquemment triste, coïncidant avec le début de l'attaque, il existe un état de confusion mentale qui est l'équivalent psychique de l'attaque. Cet état est caractérisé par une sorte de stupeur, d'hébétude mentale avec vide cérébral, arrêt psychique et amnésie ; il peut être accompagné d'hallucinations terrifiantes.

Cette demi-stupeur, qui est de courte durée, apparaît chez l'individu avec la même régularité que les autres équivalents psychiques et les attaques convulsives.

Ou bien, c'est après une attaque que le malade devient taciturne et sombre : « Presque tous les épileptiques, disait Esquirol (2), en sortant de la somnolence qui suit l'accsè complet, ou après le vertige, sont dans un état de démence qui se dissipe peu à peu. » Delasiauve (3) avait noté que les épileptiques, au sortir d'une attaque, sont la proie d'un accablement profond.

(1) Paul Garnier, *La folie à Paris*, 1890, p. 138.
(2) Esquirol, *Des maladies mentales*, 1838, t. I, p. 286.
(3) Delasiauve, *Traité de l'épilepsie*, 1854, p. 159.

B. Traitement de la mélancolie. — *Traitement général de la mélancolie.* — La première indication du traitement de la mélancolie est de préciser l'endroit où le malade sera soigné. L'asile est-il fatalement nécessaire? Non, en général, quand l'individu conserve assez de conscience pour se rendre compte de son état. C'est le cas des neurasthéniques mélancoliques. De toutes façons, on doit mettre le malade au calme, hors de son milieu habituel, hors des lieux qui ont vu naître son mal.

Dans les cas bénins, on le placera dans un établissement d'hydrothérapie, sous une surveillance assidue. Mais si le délire est actif, s'il y a tendance au suicide, l'asile seul convient.

Dans l'une comme dans l'autre forme, il faut isoler le sujet.

L'isolement doit-il être complet ? Le mélancolique doit-il être absolument séparé du monde, de sa famille, de ses amis?

Jadis, on abusait du mot « isolement » ; le malade restait des semaines, des mois entiers sans voir une personne amie, une figure de connaissance. Pour les mélancoliques, dont l'esprit s'effraie des moindres choses et forge des conceptions dépressives erronées, l'isolement ne doit pas être total. On doit autoriser, assez rapidement, les visites des parents, des amis, afin de donner l'assurance aux malades qu'ils ne sont pas délaissés. A moins de contre-indication, le médecin doit les favoriser ; non seulement, sous ces réserves, elles n'entravent pas la guérison, mais, au contraire, elles la hâtent.

Il ne faut pas étendre cette mesure à tous les mélancoliques indistinctement. Il y en a dont l'état demande l'isolement absolu, pour quelque temps au moins. Les visites, les rapports avec les familles, redoublent l'angoisse et augmentent l'anxiété. L'intérêt du malade réclame alors l'isolement complet et on ne doit pas hésiter à l'exiger.

Quand le mélancolique est isolé, il faut chercher : 1° à combattre la dépression ; 2° à améliorer l'état général ; 3° à surveiller et prévenir les complications.

La première indication est l'*alitement*. Ce mode de traitement, avons-nous déjà dit, combat la dépression physique et

morale. On doit aliter les mélancoliques en prenant toutes les mesures que leur état exige.

On évitera de les mettre dans une salle commune avec les agités. Il y a avantage à les soigner dans une salle particulière, à l'écart des malades excités. Les mélancoliques, il est vrai, ne paraissent pas s'intéresser à ce qui se passe autour d'eux ; mais, il est sage de les isoler pour leur procurer le plus de tranquillité possible.

Si l'isolement et l'alitement ne suffisent pas à calmer l'état nerveux, on donnera, tous les jours, ou tous les deux jours, un bain tiède d'une demi-heure à deux heures, suivant l'anxiété. De courtes douches froides seront très favorables, surtout pendant la convalescence.

Le *massage* est un peu délaissé dans les asiles ; il rend pourtant des services très sensibles. Un mélancolique stupide, qui ne bouge pas de son lit, et dont la circulation périphérique est très lente, très paresseuse, se trouvera bien d'un massage journalier de dix à quinze minutes.

Les *frictions* ont aussi leur utilité.

On ne doit pas négliger ces trois modes de traitement, chaque fois que le besoin s'en fait sentir.

A ces moyens mécaniques et physiques, il convient d'adjoindre les agents hygiéniques, l'alimentation, les agents pharmaceutiques.

La salle où l'on soigne le mélancolique, doit être bien aérée. Chaque jour, l'après-midi, le malade fera une promenade d'une demi-heure à une heure, dans le jardin.

Il faut surveiller l'*alimentation* ; c'est d'une importance capitale. Les mélancoliques mangent peu, ou ne mangent pas. Il faut chercher la cause de cette abstinence et la combattre. La nourriture doit être facile à digérer, non excitante, et pourtant substantielle ; les œufs, le lait en formeront la base, les viandes blanches et les légumes viendront ensuite.

Dans les cas de *refus d'aliments*, on découvre souvent un état saburral des voies digestives, d'où résulte une véritable anesthésie stomacale annihilant toute sensation de faim. Un purgatif ou un léger vomitif réussissent, parfois, à vaincre le refus du malade. En cas de refus systématique, on aura recours à la sonde (1).

Certains *médicaments* ont aussi leur utilité ; à l'alimentation il faut joindre les *toniques*, le fer, l'arsenic, le quinquina, les glycéro-phosphates, les injections de sérum, etc. Il faut, en d'autres occasions, recourir aux *amers*, à la noix vomique.

Autant que possible, il est bon d'éviter l'excès dans l'administration des produits pharmaceutiques. Les éliminations se font mal chez les mélancoliques ; à cette cause de toxicité, il ne faut pas ajouter la toxicité des médicaments.

Si malgré l'alitement, les bains, les douches, le malade ne dort pas, on peut prescrire soit le *chloral* (de 1 à 3 grammes), soit le *sulfonal* (de 0,50 à 2 grammes), le *trional* (de 1 à 2 grammes) ou la *paraldéhyde* (de 2 à 4 grammes).

L'*opium* a été employé dans les états mélancoliques, presque toujours avec des résultats satisfaisants : « Le secret des succès de la thérapeutique par l'opium, dit Schüle, sont dans l'emploi méthodique de ce médicament. »

L'opium et ses alcaloïdes, surtout la morphine en injections sous-cutanées, calment le malade, diminuent l'éréthisme psychique et l'angoisse précordiale. Outre ces résultats mentaux, l'opium produit l'excitation des nerfs vaso-moteurs, et, consécutivement, le rétrécissement des vaisseaux sanguins, d'où il résulte une augmentation de la tension artérielle et de l'activité circulatoire.

On a vu des mélancoliques prendre de l'embonpoint grâce à l'opium. Les inconvénients ne sont pas en rapport des avantages et sont presque négligeables. Ainsi, la constipation

(1) Voir *Traitement du refus d'aliments.*

qu'entraîne l'administration de l'opium est facile à combattre; il en est de même des vomissements.

La morphinisation du malade est une crainte plutôt théorique dans ces cas. Les mélancoliques, qui reçoivent quotidiennement une ou deux injections, ne deviendront pas morphiniques, car le médecin saura, nous l'espérons, suspendre à temps la médication et permettre à la convalescence de se faire dans le calme, sans morphine ni opium.

Autant l'opium est nuisible dans les états maniaques, autant il a d'utilité dans la dépression mentale avec insomnie. Mais il faut se souvenir que, ayant une action directe sur les vaisseaux et congestionnant le cerveau, l'opium est néfaste aux paralytiques généraux, même déprimés. Il faut, en toute occasion, établir le diagnostic avant de recourir à une médication quelconque. Il vaut mieux ne pas prescrire l'opium, si le diagnostic de paralysie générale reste en suspens.

Quand la mélancolie engendre l'inertie du malade, il faut, autant que possible, lui procurer une occupation qui puisse faire dévier le cours morbide de ses pensées. On le laissera au lit jusqu'à midi, et dans l'après-midi, on l'enverra travailler une heure ou deux dans le jardin ou dans les champs; il fera un peu de gymnastique, modérément et sans se fatiguer.

Les révulsifs et les émissions sanguines ont été jadis employés, mais sans résultat. Dans la stupeur, tout au plus, pourrait-on appliquer des pointes de feu sur la nuque. Nous nous abstenons de cette pratique.

Tels sont les moyens thérapeutiques employés pour combattre la dépression mélancolique.

De nouvelles méthodes ont été essayées en ces dernières années. Brown-Séquard a eu l'idée, en 1889, d'injecter le liquide *testiculaire* aux sujets affaiblis. En 1890, on a appliqué ce nouveau traitement aux mélancoliques. Les résultats ne furent point encourageants. L'injection du liquide testiculaire produisait une surexcitation du système nerveux et principale-

ment sur les centres psycho-moteurs ; mais, cet effet était passager, l'action toxique, seule, était durable. On a délaissé les injections testiculaires, elles étaient plus dangereuses qu'utiles.

En 1894, Cullerre injecta à ses malades de la substance grise au cinquième, à la dose de 4 grammes. C'était la *transfusion nerveuse* de Constantin Paul; la dépression mélancolique n'était pas améliorée, l'état mental ne subissait aucun changement; seul l'état général en profitait par le retour de l'embonpoint.

Récemment, et avec plus de succès réel, on a expérimenté la *sérothérapie* artificielle. Lorsqu'on découvrit qu'avec certains organes d'animaux on pouvait obtenir un effet tonique, on se demanda si l'injection sous-cutanée du sérum artificiel n'arriverait pas au même résultat. L'injection intraveineuse du sérum artificiel n'est pas une nouvelle méthode. Le professeur Landouzy (1) déclare que ce n'est pas une nouveauté scientifique. Ce qui est une innovation, c'est son usage chez les mélancoliques neurasthéniques. Mais, il en est du sérum artificiel comme du liquide testiculaire et de la transfusion nerveuse, bien qu'il leur soit préférable; il ne guérit pas la dépression et ne modifie pas l'état psychique, il relève seulement la nutrition et l'état physique; c'est un tonique.

Les formules le plus souvent employées sont :

Formule de Luton, de Reims.

Phosphate de soude cristallisé.....	4	grammes.
Sulfate de soude.....	10	—
Eau distillée.....	100	—

De 1 à 5 grammes tous les huit jours.

Formule de Hayem.

Chlorure de sodium.....	5	grammes.
Sulfate de soude cristallisé.....	10	—
Eau distillée.....	1000	—

(1) Landouzy, *Les sérothérapies*, 1898.

On peut injecter de 500 grammes à plusieurs litres dans les vingt-quatre heures dans les cas d'hémorragies.

Formule de Crocq, de Bruxelles.

Phosphate de soude	2 grammes.
Eau distillée	100 —

Formule de Chéron.

Phosphate de soude	4 grammes.
Sulfate de soude	8 —
Chlorure de sodium	2 —
Acide phénique pur	1 gramme.
Eau distillée	Q. s. pour 100 c. c.

De 5 à 6 grammes tous les jours ou tous les deux jours.

L'eau distillée doit toujours être bouillie.

Quant au mode d'application, on sait qu'il y a deux méthodes pour la sérothérapie : la *minima* et la *maxima*, suivant la dose employée. La quantité minima du sérum de Luton, 1 gramme par exemple, suffit pour obtenir des résultats très satisfaisants. « Vous serez étonnés, dit Landouzy (1), des résultats objectifs et subjectifs que ces injections (*minima*) vous donneront parfois chez les malades en hypotension artérielle, chez des asthéniques, chez les sujets déprimés par une diarrhée abondante, une métrorragie, des sueurs profuses, une vive émotion, un surmenage, une nuit d'insomnie, etc. Sous l'influence d'une injection de 1 à 2 centimètres cubes de sérum, vous constaterez que, d'ordinaire, la tension artérielle se relève, que l'état général des forces augmente et que l'activité cérébrale reprend; il peut se produire aussi, momentanément, une véritable diurèse, tout comme si vous aviez administré à votre malade de la digitaline ou de la caféine. »

En résumé, sans constituer un mode de traitement spécifique, la sérothérapie doit être considérée comme un adjuvant et doit être employée pour améliorer la santé physique du malade.

Le traitement moral sera appliqué dans toute sa rigueur

(1) Landouzy, *Les sérothérapies*, Paris, 1898, p. 386.

dans la dépression mélancolique; il faut entourer le patient de soins et de sollicitude et lui témoigner de l'intérêt. Au début, à la période aiguë, il ne faut pas discuter avec lui, pour lui démontrer la fausseté de ses idées ; on perdrait sa confiance, et Schüle disait : « Acquérir la confiance du malade, c'est le grand point ».

Plus tard, pendant la convalescence, on doit occuper le malade et le distraire le plus possible sans le fatiguer.

Quant au moment opportun de la mise en liberté, c'est là un point fort délicat. On a vu des mélancoliques quitter l'asile à peine améliorés, et se rétablir complètement après peu de temps. Mais on en a vu d'autres sortir à peu près guéris et retomber bientôt dans la mélancolie.

Ce sont surtout les mélancoliques à idées de suicide qui provoquent les plus grosses préoccupations; on n'autorisera, autant que possible, leur sortie qu'après avoir acquis la certitude qu'aucune idée morbide ne se dissimule sous l'aspect florissant de la santé. A vrai dire il n'y a rien d'absolu, peut-on jamais être sûr d'un dégénéré dont la dépression mélancolique et les idées de suicide semblent avoir disparu à l'asile et vont renaître avec plus d'intensité dans la vie ordinaire, au milieu des luttes et des difficultés? Il faut prévenir la famille du retour possible des accidents et l'engager à une surveillance rigoureuse durant toute la convalescence.

Les sociétés de patronage sont appelées à rendre les plus grands services à ces malades qui, désœuvrés, délaissés, sont voués à une rechute s'ils ne sont pas secourus, encouragés.

Traitement des variétés de la mélancolie. — Après l'exposé des indications du traitement général de la mélancolie, il y a lieu de passer en revue les particularités afférentes à chaque variété du type nosologique.

I. *Mélancolie simple.* — C'est l'atténuation de la forme que nous avons prise pour type. La dépression psychique en est le symptôme capital, et c'est elle que le médecin doit

s'ingénier à combattre. La volonté est très ébranlée. « Ils veulent et ne veulent pas », dit Falret ; en parlant de cette catégorie de malades. « Ils se sentent poussés à agir, mais ils n'ont la force de se décider à rien. Ils sont, en un mot, sans initiative et sans énergie et restent le plus souvent dans l'immobilité, faute de mobiles d'action. »

C'est pour eux que la question de l'internement devient épineuse. Quand les idées de suicide existent, il faut y songer sérieusement, quoique certains auteurs prétendent que, même dans ces cas, la séquestration n'est pas nécessaire.

Un point sur lequel tout le monde est d'accord, c'est la nécessité absolue de l'éloignement et de l'isolement. Le mélancolique sera éloigné de sa résidence habituelle, de son entourage, il sera placé dans une maison de campagne ou dans un établissement d'hydrothérapie et soumis à une extrême surveillance. On a quelquefois ordonné les voyages pour distraire les malades et les guérir ; c'est un moyen sans efficacité dans la phase aiguë et qui peut être nuisible, car, loin de procurer le calme auquel aspirent les mélancoliques, les voyages les fatiguent, les énervent le plus souvent.

Le repos absolu, moral et physique, est obligatoire ; il a produit des effets merveilleux dans la neurasthénie, pourquoi n'en produirait-il pas dans la mélancolie simple, qui n'est, après tout, qu'une forme mentale de neurasthénie?

Le traitement moral joue ici un rôle prépondérant, si le médecin sait en tirer parti. Par son prestige, son influence, il doit guider le malade en l'entourant de soins et de bienveillance.

Les mélancoliques simples sont très sensibles à ces égards et leur état mental s'en ressent. Il ne faut pas insister sur les interprétations morbides, dès les premiers jours, ni chercher ardemment à les combattre. Les troubles psychiques, incrustés depuis quelque temps, ne disparaissent pas si rapidement. Il importe de savoir atténuer le ton et les expressions du langage pour convaincre les malades et ne faire naître chez eux aucune méfiance.

Le traitement physique consistera en massage, frictions; on ordonnera des bains, s'il y a de l'anxiété, des douches s'il y a de l'asthénie neuro-musculaire.

Les médicaments seront écartés autant que possible, sauf le bromure et l'opium.

L'hygiène et l'alimentation devront être rigoureusement surveillées.

B..., jeune homme de vingt-huit ans, employé de commerce, entre dans le service pour une mélancolie simple avec idées de suicide. Il se trouve si malheureux, si misérable, que la mort seule peut le délivrer. Il mange à contre-cœur; l'insomnie, une sensation de fatigue générale, des maux de tête achèvent de caractériser l'ensemble de son état moral et physique. Il est peu communicatif et recherche la solitude. On ne constate aucune affection organique. — L'alitement, appliqué dès le premier jour, ramène bientôt le calme. Le traitement moral a, sur ce mélancolique, une influence considérable. Au début, B... ne voulait rien concéder; avec de la patience et de la persévérance, on arrive à lui faire admettre que ses idées tristes dérivent de son état maladif. Il reste néanmoins déprimé pendant trois mois, après lesquels il est sorti guéri. — En dehors de l'alitement et du traitement moral, qui ont été les deux principaux agents de sa guérison, on lui avait prescrit 2 à 3 grammes de bromure de potassium, et, les nuits d'insomnie, 1gr,50 de chloral. L'alimentation était surveillée particulièrement. Les douches froides ont été données pendant la convalescence, pour activer la circulation et la nutrition générale. Elles complétaient l'heureux effet du massage, également indiqué dans la période de l'alitement absolu.

II. *Mélancolie délirante.* — Elle est constituée par des idées de persécution surajoutées au fond de dépression morale. C'est le délire mélancolique avec ses angoisses, ses terreurs, ses troubles sensoriels, ses idées de culpabilité, de ruine, de damnation... L'*auto-accusation* est la note générale de ce délire,

UNIVERSITY OF LEEDS.

alors que dans la mélancolie simple ce n'était encore que de l'*auto-dépréciation*. A l'encontre du vrai persécuté, le délirant mélancolique n'accuse pas les autres; il n'accuse que lui.

Pour ce genre de malades, l'isolement dans un établissement spécial est nécessaire. Malgré la forme dépressive de leur affection, ils réagissent violemment et sont un danger pour les autres et pour eux-mêmes. Les idées de suicide sont fréquentes ; la surveillance doit être de tous les instants. Quelques-uns nourrissent des idées homicides s'ils n'ont pas, par eux-mêmes, l'énergie d'agir, pourtant ils peuvent céder tout à coup à l'empire d'une hallucination.

Si l'asthénie neuro-musculaire n'est pas accentuée et la nutrition générale pas trop défectueuse, l'alitement ne s'impose pas, car ces malades présentent peu d'agitation motrice. Ils seront laissés au lit jusqu'à midi, et, après le déjeuner, ils iront dans le jardin faire une promenade ou un peu de jardinage.

Contre l'agitation et l'insomnie, les bains tièdes sont indiqués.

Il arrive, fréquemment, que ces malades refusent de se nourrir. On essaiera, d'abord, d'agir par la persuasion. On tentera de leur faire accepter du lait et des œufs, en leur représentant plusieurs fois ces aliments. S'il y a refus systématique, on aura recours après quarante-huit heures d'une insistance inutile, à l'alimentation artificielle.

Quant aux *médicaments*, il ne faut en prescrire que fort peu, et seulement en cas de nécessité absolue. L'intervention pharmaceutique ayant pour seul but d'apaiser les symptômes, il n'y faut recourir que s'il y a obligation évidente. Ainsi, on pourra prescrire contre la constipation des laxatifs légers, des eaux minérales purgatives, et, contre l'affaiblissement général, des toniques (arsenic, quinquina, etc.).

Le *traitement moral* peut avoir une sérieuse influence. Il ne faut pas contredire énergiquement les malades, mais les écouter, les calmer en leur montrant, avec délicatesse, le côté absurde de leur délire.

Parmi les mélancolies délirantes, la *mélancolie anxieuse* tient le premier rang. Dès le début de l'affection, les malades éprouvent une angoisse que rien ne calme et que tout exaspère. Sortant par instants de leur état de demi-stupeur, ils accusent bruyamment, et d'un air attéré, une sensation d'angoisse précordiale ou épigastrique; des gémissements, des cris, une agitation motrice complètent la scène. Ce sont les mélancoliques *actifs* d'Esquirol, les *gémisseurs* de Guislain et de Morel.

A l'encontre des autres mélancoliques qui se concentrent en eux-mêmes, les anxieux ne tarissent pas sur le chapitre de leurs douleurs et de leurs craintes ; des gestes de désespoir accompagnent leurs plaintes. A ce degré d'exaspération, ils sont capables de se tuer ou de commettre un acte grave. C'est le *raptus melancolicus*.

Cette forme de mélancolie est guérissable. Il faut surveiller le malade de très près et intervenir énergiquement.

Le *repos au lit* est indiqué pour diminuer l'anxiété, calmer l'agitation et faciliter la surveillance. Les *bains tièdes prolongés* de deux ou trois heures apportent un grand soulagement.

Mais c'est surtout l'*opium* qui donne des résultats fort appréciables. Il agit sur l'anxiété, sur la douleur et facilite le sommeil. Le mode d'administration dépend des cas. L'extrait d'opium, sous forme de pilules, peut être donné à ceux qui avalent facilement. On peut aussi prescrire, comme Pierret, Belle et Lemoine, le laudanum à l'intérieur, en commençant par cinq gouttes, et en augmentant, chaque jour, de cinq gouttes pour arriver progressivement aux doses énormes de 100 et 200 gouttes.

Le véritable inconvénient de l'opium et de ses dérivés, c'est la constipation. Pour la combattre, les moyens ordinaires, les laxatifs et les lavements suffisent souvent.

A l'opium, il faut joindre, parfois, le *bromure*; on veillera à l'alimentation et l'on surveillera l'hygiène.

Le traitement moral est applicable dans son ensemble,

mais non individuellement; car à cette période aiguë, la grande anxiété détourne l'attention des sujets; plus tard, lorsque la convalescence s'annoncera le médecin saura en tirer tous les avantages réels.

La *mélancolie avec stupeur* est aussi une forme délirante de la mélancolie. Ces dernières années, on a voulu faire de la lypémanie stupide (Baillarger) une maladie distincte qu'on a nommée la *confusion mentale*. A tout bien examiner, la confusion mentale n'est autre qu'un symptôme se rapportant à la forme décrite par Baillarger : « Les malades ont la figure triste, mais en même temps un peu étonnée; leurs traits ne sont pas contractés, leur regard est incertain ; rien n'indique chez eux la contention douloureuse de l'intelligence, ils semblent au contraire dans un état tout passif. Ces aliénés répondent lentement et brièvement aux questions qu'on leur fait ; ils cherchent ce qu'ils ont à dire ; il n'y a point chez eux de silence obstiné. S'ils ne parlent pas, ce n'est pas par suite d'un projet arrêté ou de la fixité d'une idée qui absorbent leur attention : c'est par une sorte d'apathie, de paresse, d'*embarras intellectuel* (1). » Cet état, qui est la première étape de la mélancolie stupide, peut, plus tard, produire un ralentissement psychique considérable et quelquefois l'arrêt complet de l'idéation.

Pour les auteurs qui admettent la confusion mentale comme une entite clinique, la mélancolie stupide décrite par Baillarger en est le type, tandis que la description d'Esquirol, ne viserait que la véritable mélancolie stupide. Esquirol s'exprime ainsi : « La sensibilité, concentrée sur un objet, semble avoir abandonné tous les organes ; le corps est impassible à toute impression, tandis que l'esprit ne s'exerce plus que sur un sujet unique qui absorbe toute l'attention et suspend l'exercice de toutes les fonctions intellectuelles. L'immobilité du corps, la fixité des traits de la face, le silence obstiné, trahissent la contention douloureuse de l'in-

(1) Baillarger, *Recherches sur les maladies mentales*, 1890, t. I, p. 667.

telligence et des affections. Ce n'est pas une douleur qui s'agite, qui crie, c'est une douleur qui se tait, qui n'a plus de larmes, qui est impassible (1). »

On paraît vraiment vouloir faire, malgré tout, deux maladies différentes de deux phases d'une seule et même affection, quand on décrit la confusion mentale comme une entité morbide. Nous ne pouvons considérer comme une maladie à part ce qui n'est qu'un des symptômes ordinaires de la mélancolie stupide.

Il existe, aussi, un état de confusion mentale dans d'autres affections (la manie, l'alcoolisme aigu, etc.). Il s'agit d'une rupture dans l'enchaînement des idées, ou plutôt d'une entrave dans le fonctionnement mental normal. La confusion mentale se manifeste par une sorte d'hébétude, de torpeur psychique. Les hallucinations n'y sont pas rares (Baillarger).

Sans entrer plus avant dans la discussion dogmatique, nous pouvons dire que cet état résulte parfois d'un surmenage intellectuel ou physique, d'une grande misère physiologique, d'affections pyrétiques, de convalescences pénibles, etc. Dans ces cas, la confusion est ordinairement un état mélancolique révélateur d'une auto-intoxication, d'un état infectieux.

Traitement de la mélancolie stupide. — La première indication dans la mélancolie stupide, c'est d'*isoler* absolument le malade de son milieu habituel.

Une surveillance assidue est de rigueur, afin de prévenir toute tentative de suicide.

L'isolement et la surveillance seront donc combinés avec l'*alitement.* Ces malades tirent surtout profit de la position horizontale qui facilite l'irrigation cérébrale.

Les agents physiques et mécaniques viendront en aide au traitement.

L'*électricité* galvanique ou statique pourra être essayée. Les bains ne sont pas toujours favorables, mais les douches activeront la convalescence.

(1) Esquirol, *Maladies mentales*, t. I, p. 414.

Le *massage* général est indiqué pour activer les échanges nutritifs et la circulation.

On a préconisé, pour stimuler les malades, les *révulsifs* et les *dérivatifs*. Les vésicatoires et les sétons ont été employés, tour à tour, et des purgatifs énergiques ont été donnés abondamment. Tout cela est d'un temps presque oublié. Le bain sinapisé peut combattre l'anesthésie ou l'analgésie.

L'alimentation sera particulièrement surveillée. Le lait, les œufs, les féculents en formeront la base. Les toniques et même le vin seront prescrits.

Pendant la période d'état, l'indifférence du malade rend à peu près inutile tout traitement moral. Mais, aux premiers signes de la convalescence, avec tous les ménagements que réclament les circonstances, le médecin s'efforcera d'être un guide, à cet instant précieux où l'intelligence se dégage de l'étreinte du délire.

Léon M..., chapelier, trente-trois ans, entré dans le service le 9 novembre 1897, est atteint de mélancolie avec stupeur. La période d'incubation a duré quelques jours, pendant lesquels M... paraissait un peu déprimé, taciturne ; puis, l'accès a éclaté assez violemment deux jours avant son entrée. Ce n'est pourtant ni un héréditaire, ni un dégénéré, d'après les renseignements. Durant la première semaine, le malade est resté dans la stupeur absolue, avec inertie, résolution complète et refus d'aliments. Le repos au lit est ordonné; l'alimentation artificielle est pratiquée deux fois par jour; on masse le malade une demi-heure chaque matin. Des lavements sont prescrits pour combattre la constipation, ainsi qu'un peu de chloral (2 à 3 grammes) contre l'insomnie. Après quelques jours, à force d'insister, on réussit à lui faire prendre du lait. — Deux semaines après son entrée, M... commençait à s'intéresser à la vie extérieure. Au bout d'un mois, il entrait en convalescence et se rendait compte du milieu où il se trouvait. Le traitement moral le soutint au réveil de son intelligence et l'encouragea. Les douches froides, une alimen-

tation très nutritive le rétablirent complètement. Il sortit guéri le 15 janvier 1898, soit après deux mois de traitement.

Article III. — *Folie intermittente.*

A. Considérations générales. — Depuis longtemps, on avait observé cette particularité que, parfois, l'excitation maniaque faisait suite à la mélancolie, ou *vice versa*... Morgagni (1) disait : « La manie est si voisine de la mélancolie, que souvent ces deux affections se remplacent mutuellement, et l'une prend le caractère de l'autre. » Lorry (2), Pinel (3), Dubuisson (4) remarquent que la mélancolie et la manie peuvent se succéder. « Il n'est pas rare de voir la manie alterner d'une manière très régulière avec la phtisie, l'hypocondrie et la lypémanie », disait Esquirol (5).

Baillarger (6) fit faire un grand pas à cette question ; il groupa les malades qui présentent la forme maniaque pendant quelque temps et deviennent ensuite mélancoliques. Ces malades étaient atteints, selon lui, de la *folie à double forme.*

Falret (7) sous le nom de *folie circulaire*, Foville (8), Kirn (9), Ritti (10), Magnan (11), étudièrent, de leur côté,

(1) J.-B. Morgagni, *Recherches anatomiques sur le siège et les causes des maladies*, trad. Destouet, lettre VIII^{e}, t. I, p. 133.

(2) Lorry, *De Melancholia et morbis melancholicis*, Paris, 1765, t. I, p. 164.

(3) Pinel, *Traité médico-philosoph. sur l'aliénation mentale.* 2^{e} édit., p. 23, 167, 186.

(4) Jacquelin Dubuisson, *Des vésanies*, Paris, 1816, p. 128, 132, 187.

(5) Esquirol, *Des maladies mentales*, 1838, t. II, p. 170.

(6) Baillarger, *Leçons sur la folie à double forme* (*Ann. méd.-psych.*, 1854, p. 373).

(7) Falret, *Mémoire sur la folie circulaire* (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 1854, t. XIX, p. 382).

(8) Foville, article *Folie à double forme* (*Dict. de méd. et de chir. prat.*, 1872).

(9) Kirn, *Die periodischen Psychosen; Eine klinische Abhandlung*, Stuttgart, 1876.

(10) Ritti, article *Folie à double forme*, in *Dict. encyclopéd. des sciences méd.*, Paris, 1876,et *Traité clinique de la folie à double forme.*

(11) Magnan, *De la folie intermittente;* Congrès de Berlin, 1890, et *Recherches sur les centres nerveux*, Paris, 1893.

cette évolution spéciale ; aujourd'hui, la folie intermittente est à peu près classée parmi les entités morbides.

Il y a, cependant, des auteurs qui ne voient dans la distribution de ces accès qu'une modalité évolutive de la folie des dégénérés. Ils font remarquer, d'abord, qu'entre tous les aliénés, ce sont les intermittents et les circulaires qui ont les antécédents héréditaires les plus chargés. Ils mettent, ensuite, en avant cet argument dont on ne saurait méconnaître la valeur : les individus chez lesquels une prédisposition héréditaire ramène ainsi, fatalement, les mêmes accès, suivant tel ou tel ordre, sont bien de vrais aliénés héréditaires, toujours en puissance d'une *diathèse vésanique*.

Ils sont comparables aux épileptiques pour la permanence de la disposition morbide préparant le retour des accès. De même qu'un comitial n'est pas guéri quand l'accès est terminé, de même, un intermittent, un circulaire, dans un intervalle lucide, n'est pas un homme normal, dès l'instant que demeure et persiste, dans son évolution, la diathèse vésanique assurant le retour d'un nouvel accès. Dès lors, ne paraît-il pas logique de faire rentrer les intermittents, les circulaires dans la grande famille des dégénérés? Ils méritent, il est vrai, une description à part, en raison de cette évolution si spéciale. Mais les obsédés ont droit, aussi, à cette distinction et l'on ne les sépare pas, pour cela, des dégénérés (1).

La folie intermittente se caractérise plutôt par son évolution que par ses symptômes.

L'invasion s'observe généralement dans l'âge adulte, chez un individu psychiquement normal et sain, en *apparence*. Le premier accès débute soit par la manie, soit par la mélancolie. Le malade guérit de cette crise ; puis, quelque temps après, il est repris de mélancolie ou de manie. Les accès maniaques peuvent alterner avec les accès mélancoliques, c'est la *folie alterne* (Legrand du Saulle) ; ou bien, réapparaître tous les ans,

(1) Paul Garnier, *Soc. méd.-psych.*, 1886.

à la même époque, c'est la *folie périodique*. L'accès maniaque, à peine disparu, l'accès mélancolique peut survenir sans qu'un intervalle de lucidité sépare les deux accès, c'est la *folie à double forme*. Les accès se succèdent-ils, en accomplissant chacun un cycle, c'est la *folie circulaire*. Enfin, il arrive qu'ils sont séparés par des intervalles lucides, c'est la *folie intermittente*.

Mais toutes ces variétés, schématisées pour la clarté de la description, se confondent souvent, en clinique, et produisent des formes intermédiaires.

Les premiers accès sont fréquemment isolés, plutôt mélancoliques que maniaques.

L'invasion est très rapide, contrairement à ce qui se produit pour la manie ou pour la mélancolie franche; la maladie, sans passer par la phase prémonitoire, entre d'emblée dans la période d'état. Un peu avant l'accès, le sujet a une hallucination, ou bien il prononce un mot, un juron, toujours le même; puis, la crise éclate. Chaque accès se renouvelle, avec les mêmes signes précurseurs qu'on a comparés à l'aura des épileptiques.

Accès. — Les accès isolés de mélancolie ou de manie, n'offrent rien de bien particulier.

a) L'*accès maniaque* peut présenter tous les degrés d'agitation, depuis l'exaltation maniaque jusqu'à la manie aiguë.

Ce qui caractérise l'exaltation maniaque, « c'est la surexcitation générale de toutes les facultés, l'activité exagérée et maladive de la sensibilité, de l'intelligence et de la volonté, ainsi que le désordre des actes, sans troubles de l'intelligence » (J. Falret).

Les sentiments sont faussés; les êtres, auparavant doux, sociables, deviennent méchants, emportés. Ils ont un langage qui, jadis, les aurait fait rougir.

Un délire de contentement, de satisfaction, peut accompagner l'éréthisme cérébral; les malades se croient artistes, poètes, compositeurs. Cette folie des grandeurs les fait parfois confondre avec des paralytiques généraux.

Durant l'accès de manie aiguë, les patients ont l'aspect de maniaques ordinaires atteints d'extrême agitation, d'incohérence des actes et de la parole. Ils sont emportés, violents, brisent les objets et déchirent leurs vêtements.

L'accès d'excitation ou de manie est en lui-même régulier, sans paroxysmes et, le plus souvent, de courte durée.

b) L'*accès mélancolique* peut revêtir la forme d'une simple dépression ou la forme de la mélancolie stupide. L'attitude du malade est celle d'un déprimé, abattu, découragé. Il existe aussi une forme délirante. Comme les accès maniaques, les accès de dépression ont généralement une physionomie identique, surtout quand ils sont isolés.

Intervalles lucides. — Il y a, après chaque accès, des périodes de calme pendant lesquelles l'intelligence paraît intacte. Le sujet reprend ses occupations, comme si rien d'anormal ne s'était passé en lui.

Les accès se modifient, parfois, avec le temps, changent de caractère, diminuent ou augmentent d'intensité. Au début, chez quelques intermittents, ils éclatent régulièrement de la même façon et perdent ensuite cette régularité.

Les crises se rapprochent, les intervalles lucides sont moins longs et moins marqués ; les accès arrivent à se succéder presque sans trêve aucune. Avec le progrès de la maladie, l'intelligence se modifie et la période lucide, de très courte durée, est assombrie par l'affaiblissement intellectuel, présage de la démence finale.

B. Traitement de la folie intermittente. — La folie intermittente est une des affections mentales les plus rebelles au traitement.

L'intervention du médecin doit néanmoins être très active.

Trois éventualités se présentent qui exigent trois lignes de conduites différentes.

1. *Le malade est dans la période lucide.* — Le rôle de l'aliéniste est alors assez effacé ; car, à part les quelques règles

générales d'hygiène physique et morale on ne connaît point un traitement préventif des accès.

Le *sulfate de quinine*, l'antipériodique par excellence, n'a pas donné les résultats qu'on en attendait. Pourtant, dans quelques cas, administré à la dose de 30 centigrammes à 2 grammes, pendant les intervalles lucides de la folie intermittente à accès courts et rapprochés, le sulfate de quinine a pu retarder l'accès ou en atténuer l'intensité.

Quand la *saignée* était en faveur, on recommandait les émissions sanguines générales ; Baillarger aurait, par la saignée, transformé en mélancolie intermittente une folie à double forme. Il aurait ainsi supprimé l'accès maniaque ; mais la mélancolie persista ; « la maladie, dit Marcé, se réduisit à des accès intermittents de mélancolie profonde, survenant à des intervalles à peu près réguliers et resta, malgré tout, incurable ».

Burkhard administrait des injections sous-cutanées de *strychnine* aux malades chez qui le tracé du pouls annonçait le retour probable des accès ; dans deux cas, il obtint de bons résultats.

L'*arsenic* ne réussit pas mieux que la quinine.

Le *haschich* a été employé par Brière de Boismont, l'*opium* par Krafft-Ebing et le *bromure de potassium* par Kraepelin.

Bien d'autres médicaments ont été préconisés pour prévenir le retour des accès, sans qu'on ait pu constater leur action curative.

Devant leur inefficacité, le médecin ne doit pourtant pas désarmer. L'hygiène, la vie calme, la sobriété, l'exercice en plein air, l'hydrothérapie seront conseillés. Si l'on ne peut enrayer le mal, au moins doit-on essayer de donner au malade la force de résistance qui pourrait lui faire défaut.

II. *Le malade est en accès maniaque.* — La séquestration s'impose, alors, dans la majorité des cas, surtout s'il y a du délire, des impulsions et de l'agitation. Les autres soins sont ceux que nous avons indiqués précédemment.

UNIVERSITY OF LEEDS.

Le *séjour au lit* est nécessaire. L'agitation s'y calme vite. Si elle persiste la nuit et si le malade est bruyant, il faut l'isoler dans une chambre, dont la porte, munie d'un large vasistas, facilitera la surveillance.

Les *bains* seront prescrits (entre 32° et 35° c.). La durée pourra varier de une à trois heures. Ils seront donnés tous les jours ou tous les deux jours, suivant l'âge, la vigueur, l'excitation du sujet, plutôt le soir, afin de produire la sédation pendant la nuit et procurer le sommeil. Le *drap mouillé* sera employé dans les cas où le bain ne calmerait pas l'agitation.

Parmi les médicaments qui ont eu quelques résultats contre l'agitation psycho-motrice, le *bromure* tient la première place. S'il y a de l'insomnie, on ajoutera, le soir, au bromure du *chloral*, à la dose de 1 à 3 grammes.

L'alimentation sera surveillée. On supprimera les excitants, vin, liqueurs, bière, café, thé, qu'on remplacera par du lait et des tisanes rafraîchissantes et adoucissantes (limonade, infusion de feuilles d'orangers, tilleul, etc.).

III. Dans l'*accès de mélancolie*, la conduite à tenir est celle que nous avons tracée antérieurement ; l'*alitement*, le *régime diététique* seront appliqués comme dans un cas de mélancolie franche.

Pour prévenir la dénutrition, des *toniques* seront adjoints à l'alimentation (*quinquina*, *arsenic*, *fer*, etc.).

La constipation sera combattue par des laxatifs légers, des eaux minérales purgatives (Hunyadi Janos, Carabaña, etc.). Des lavements d'eau bouillie additionnée de borax nettoieront les intestins.

C'est surtout contre ces formes de mélancolie qu'on a préconisé les médications révulsives. Les lotions *froides vinaigrées*, les *frictions stimulantes* de baume de Fioravanti et d'alcool, les *frictions sèches* avec un gant de crin ont été et sont encore employées. Les *bains sulfureux*, les *bains de Pennès* seront conseillés. Le *bain sinapisé* est d'un très bon

effet : on le prépare avec 2 ou 3 kilogrammes de farine de moutarde. Le malade y reste de cinq à dix minutes. Il faut garnir les parties génitales pour les préserver d'une irritation.

Les bains d'air chaud ont réussi quelquefois. Voici comment on les prépare : « Des copeaux de pin Mugho sont placés sur une grille, reposant elle-même sur une plaque fortement chauffée et couverte de sable, pour empêcher la résine de brûler et de donner des vapeurs irritantes. Le patient est assis ou couché dans la chambre où arrive l'air chargé de vapeurs résineuses, et à une température qui varie de 40 à 70° c. Cette température ne provoque aucun malaise, car une abondante transpiration ne tarde pas à recouvrir la surface du corps; le bain dure de quinze à vingt minutes; il est suivi d'une douche en éventail ou de l'immersion dans une piscine; puis, le malade est essuyé avec soin et soumis soit à une forte friction, soit à un massage (Magnan et Pécharman). »

Pendant la convalescence, le traitement moral achèvera la guérison.

Article IV. — *Délires de persécution.*

A. Considérations générales. — Avec le groupe des délires de persécution, nous entrons dans le domaine des vésanies pures, autour desquelles les discussions n'ont point cessé, depuis le jour où Lasègue donna le nom de *persécutés* à des aliénés particuliers, confondus jusqu'alors avec les lypémaniaques.

Kant (1) avait entrevu les délires partiels, mais Kant était un philosophe et non un clinicien. Pinel (2) publia d'intéressantes observations de persécutés. Esquirol (3) et Guislain (4) observèrent également le caractère particulier de ces malades.

(1) Kant, *Essai sur les maladies de l'esprit*, 1764, et *Anthropologie*, 1798.
(2) Pinel, *Traité médico-philos. sur l'aliénation mentale*. 2e édit., 1809, p. 81.
(3) Esquirol, *Des maladies mentales*, 1838, t. I, p. 205.
(4) Guislain, *Leçons orales*, Gand, 1852.

Mais ce fut Lasègue (1) qui eut le mérite, dans une monographie célèbre, de décrire comme entité morbide le *délire de persécution*.

Le persécuté est bien portant physiquement; c'est uniquement un malade d'esprit. Le caractère fondamental du délire de persécution, est l'exagération de la personnalité. Le persécuté s'imagine que tout le monde s'occupe de lui, que l'univers a l'œil sur lui, que ses moindres gestes sont épiés; une susceptibilité morbide extraordinaire en est la conséquence, les moindres événements lui apparaissent sous un aspect étrange. Le persécuté se croit une victime d'une malveillance systématique.

Dans les autres formes de folie, on trouve des troubles somatiques, amaigrissement, insomnie, etc. Ici, la santé physique ne présente rien de particulier.

Pour faciliter l'étude, on peut former deux groupes principaux : 1° un délire de persécution *symptomatique* (*a*) de la *dégénérescence mentale* (dont dépend le sous-genre des *persécutés persécuteurs*); (*b*) de l'*alcoolisme*.

2° Un délire de persécution *essentiel* ou *idiopathique* [délire chronique (Magnan) ou psychose systématique progressive (Paul Garnier)].

Les autres idées de persécution, surajoutées aux vésanies, ne sont que des épiphénomènes sans véritable importance.

I. **Délire de persécution chez les dégénérés.** — Ce qui caractérise les dégénérés, c'est la déséquilibration constitutionnelle du système nerveux.

Les dégénérés persécutés sont des êtres bizarres, qui ont été ainsi depuis leur enfance, dès les premières étapes de leur vie intellectuelle. Exaltés, impressionnables, soupçonneux, inquiets, ils montraient d'ores et déjà leur prédisposition aux troubles psychiques.

(1) Lasègue, *Arch. de méd. gén.*, 1852, p. 129.

a) *Chez les non-intoxiqués.* — Sur ce fonds pathologique viennent se greffer, parfois brusquement et sans préparation antérieure, des idées de persécution, au milieu d'un calme apparent. Le délire peut être purement intellectuel, c'est-à-dire sans complication de troubles sensoriels. Quand les hallucinations apparaissent, c'est subitement et par bouffées. Jusque-là, il n'y a pas de systématisation. Les délires de persécution, généralement mobiles, mal présentés par le malade, s'éteignent souvent aussi vite qu'ils sont apparus. Les bouffées délirantes, hallucinatoires ou non, peuvent se reproduire, plus tard, car la crise passée, le terrain dégénératif reste, avec la déséquilibration foncière de l'état mental.

Mais, en clinique, on rencontre d'autres dégénérés qu'un examen superficiel, au point de vue symptomatique, pourrait faire confondre avec les délirants persécutés systématiques chroniques.

Il faut, pour poser le diagnostic (et ici le diagnostic a une très grande importance, car si le délire de persécution, même fortement systématisé, des dégénérés est guérissable, le délire chronique ne l'est pas), il faut donc, pour avoir les éléments de ce diagnostic, remonter aux antécédents du sujet. Chez le dégénéré, on trouvera des tares qui expliqueront la genèse de la psychose.

Du reste, le mode de début, la nature et la teneur du délire seront des guides. Avant l'éclosion du délire, pendant *quelques jours*, le dégénéré paraît inquiet, absorbé, triste. Il se plaint qu'à son atelier ou au bureau, ses camarades sont malveillants ou le raillent ; dans la rue, les gens le regardent de travers, chuchotent en le voyant passer. Il se tient sur ses gardes, observe, cherche des causes à tant de tracasseries ; il a des soupçons, mais vagues ; il lui semble que les voisins l'épient, que ses actes sont commentés, etc.

Le délire peut s'arrêter là, ou bien évoluer vers une apparence de systématisation, suivant la déchéance du cerveau et

le terrain névropathique. A ce moment, on peut déjà se rendre compte de la base dégénérative du délire; les conceptions morbides ne s'enchaînent pas, n'ont pas de solidité et sont facilement ébranlées.

Le malade, isolé dès ce moment et traité dans un milieu convenable, peut guérir.

Mais, voici un délire qui se prolonge et tend à se systématiser; presque toujours les troubles de la sensibilité générale viennent alors l'alimenter. L'ouïe est atteinte la première, non seulement chez les dégénérés persécutés, mais aussi chez les alcooliques, les paralytiques généraux et les autres persécutés.

Les hallucinations de l'ouïe sont de nature injurieuse et visent les actes de la vie intime.

Celles de la vue sont plus rares, sauf le cas d'un appoint alcoolique; par contre, celles des autres sens sont fréquentes, et, avec leur apparition, les idées de persécution s'incrustent davantage.

Au délire de persécution, d'autres délires s'ajoutent souvent, donnant à l'ensemble le cachet dégénératif; ce sont les délires hypocondriaque, mystique, mélancolique.

Cette forme de délire de persécution est encore guérissable au bout de plusieurs semaines ou plusieurs mois de séjour à l'asile. Toutefois, les rechutes sont fréquentes et aboutissent généralement à la démence.

La troisième modalité du délire de persécution des dégénérés forme le groupe des *persécutés persécuteurs*; il s'agit, là, d'une psychose exclusivement intellectuelle, que les troubles sensoriels ne viennent que très exceptionnellement compliquer. L'apparente lucidité et la force de raisonnement ont fait appeler cette variété : *manie raisonnante*, *folie morale*.

Dès l'enfance, comme pour les autres dégénérés, on constate chez ces malades un défaut d'équilibre entre les facultés psychiques et morales. Ils sont intelligents, mais souvent dénués de jugement et de sens moral; pourtant, ils pro-

clament hautement leurs sentiments d'honnêteté, de justice, etc.

Éminemment égoïste, peu sociable, le persécuté persécuteur vit à l'écart, se méfiant de tous, cherchant à satisfaire ses fantaisies morbides.

Aux moindres difficultés de la vie il veut trouver une cause extraordinaire, et, au lieu de la chercher où elle peut être, il édifie un raisonnement selon lequel les obstacles proviennent de certaines personnalités. Il met tant d'intelligence dans ses arguments qu'il arrive fréquemment à convaincre son entourage et souvent à faire partager son délire. Bien des cas de délire familial appartiennent à ce type.

Un trait caractéristique est l'acharnement que mettent les persécutés à poursuivre leurs ennemis imaginaires.

Ils se figurent être des victimes de la jalousie, de la malveillance, de la haine et ils se croient injustement frustrés de leurs droits. Ils réclament des réparations, ils écrivent aux autorités, font procès sur procès. Cette activité sans résultat les exaspère et ces séries d'insuccès blessent profondément leur orgueil.

A bout de patience, ils emploient les grands moyens afin d'attirer l'attention des pouvoirs publics : esclandres, coups d'éclat, tentatives d'homicides....

Les arguments ne leur manquent pas pour se justifier; ils donnent des détails, des dates précises, des noms et des adresses. Il y a, souvent, au fond du roman pathologique qu'ils élaborent, quelque vérité, quelque exactitude, mais fort difficile à démêler, tellement tout a été transformé par les interprétations délirantes.

La presse est une arme pour eux. Libres, ils assiègent les bureaux de rédaction ; à l'asile, ils continuent à écrire aux journalistes.

Ce sont des êtres très dangereux, qui, fatigués par l'*injustice*, s'érigent en justiciers et frappent celui qu'ils considèrent comme l'auteur de leurs maux.

En général, le pronostic est grave, car le traitement est, ici, peu efficace.

b) *Chez les intoxiqués.* — L'*intoxication alcoolique* peut produire un délire de persécution, susceptible de revêtir des apparences de systématisation, chez les dégénérés, ou chez les alcooliques chroniques (1).

Chez les alcooliques dégénérés, chez les alcooliques chroniques, le délire se manifeste par des idées de jalousie, de persécution, des hallucinations multiples.

Parmi ces alcooliques, on trouve bon nombre d'auto-accusateurs (2), de même qu'on en rencontre aussi parmi les mélancoliques (3) (Ballet, Séglas).

II. **Délire chronique. Psychose systématique progressive.** — Le délire chronique débute insidieusement et s'observe principalement chez l'adulte. Le point de repère caractéristique, c'est l'état mental antérieur. Les délirants chroniques ne présentent pas, avant l'éclosion de l'affection, d'anomalies intellectuelles, morales ou affectives bien appréciables. Ce sont des hommes normaux; ils ne ressemblent en rien aux dégénérés.

A la période d'incubation, le malade est envahi par un sentiment vague de malaise, d'inquiétude. Il ressemble à un neurasthénique au début. Plus tard, il devient soupçonneux, méfiant et les malaises du début réveillent des interprétations; il en cherche la cause en dehors de lui et ne tarde pas à la trouver dans la malveillance d'autrui.

Le monde lui semble transformé. Il change souvent de profession, de domicile, mais ne trouve le calme nulle part; il croit qu'une hostilité le poursuit; décidément, *on* lui en veut.

Les hallucinations apparaissent alors, marquant la seconde période. Celles de l'ouïe se montrent les premières. Cette

(1) P. Cololian, *Les alcooliques persécutés*, 1898.
(2) Paul Garnier, *La folie à Paris*, 1890.
(3) Batailler, *Des persécutés auto-accusateurs*, 1897.

seconde période est constante et très caractéristique. Le *on* se précise ; ce sont les voisins qui l'insultent, les camarades, la police, les jésuites, les francs-maçons, les spirites, etc., qui ont juré sa perte.

Tout cela met des années à évoluer, tandis que chez les dégénérés, nous l'avons vu, le délire éclate, parfois, en coup de bourrasque, amenant sur la scène morbide les conceptions les plus diverses.

Les autres sens sont atteints à leur tour ; le malade a des hallucinations de la sensibilité générale, du goût, de l'odorat ; les hallucinations de la vue n'existent qu'exceptionnellement. L'aliéné déclare qu'on l'insulte, qu'on l'électrise, qu'on le viole, qu'on l'empoisonne, mais il ne dit pas qu'il voit son persécuteur. Cela ne l'empêche pas de le découvrir. A ce moment, il devient dangereux ; il se contentait de se plaindre et de fuir, tant qu'il ignorait le nom de son persécuteur imaginaire ; le jour où sa conviction est faite, il se défend et attaque.

Le délire chronique, qui a mis des années à franchir cette étape, se métamorphose, peu à peu, en délire de grandeur (Foville, Paul Garnier). Le malade se croit prince, roi, et il réclame la fortune colossale qui lui est due, les titres dont on l'a dépouillé.

Au bout de dix, quinze, vingt ans, après l'évolution systématique de la maladie que rien ne peut modifier, le sujet tombe dans la démence, lentement et progressivement, comme il a passé de la période des idées de persécution à celle du délire de grandeur. Et cet ordre d'évolution est ici invariable.

B. Traitement des délires de persécution. — Des considérations cliniques ci-dessus, il ressort que le délire de persécution n'est pas, sauf le délire chronique, une affection essentielle, mais seulement un symptôme d'une maladie primitive.

Traiter le symptôme sans s'occuper de la maladie qui le

conditionne ne serait guère rationnel, surtout quand il est question d'un symptôme psychique tel que l'idée de persécution.

I. **Traitement du délire de persécution chez les dégénérés.** — Le traitement des idées de persécution est fort complexe. Il faut combattre la cause et la cause est la dégénérescence sur laquelle l'intervention médicale n'a guère de prise. Il faut agir indirectement.

Si l'on se trouve en présence d'une personne vivant au milieu de sa famille et dont les idées de persécution ne sont pas encore bien nettes, on conseillera l'isolement à la campagne, loin de l'activité, du bruit. L'hygiène, le calme, la bonne et saine alimentation agiront sur le cerveau et pourront écarter, momentanément, la crise. Nous disons momentanément, car les dégénérés persécutés, en raison de la nature de leur dégénérescence, du caractère de leurs penchants morbides, recherchent l'activité, le bruit et ne tardent pas, le plus souvent, à revenir se mêler à l'agitation fiévreuse des villes.

Quand le malade ne se soumet à aucune hygiène et persiste à mener une vie fatigante, le médecin doit conseiller le placement dans une maison de santé libre.

Là, on arrivera peut-être à enrayer le mal. A chaque nouvel accès, on devra recourir à l'isolement, avant que le délire se systématise; c'est la chance de guérison la plus sûre.

Si le sujet est en pleine activité délirante, il n'y a plus à hésiter : on ordonnera catégoriquement l'internement qui est la seule mesure efficace.

L'internement doit se faire dans un asile ou dans une maison de santé. Il ne faut pas séquestrer le persécuté dans une maison de campagne; non seulement le malade ne s'y calmerait pas, mais il y nourrirait de nouvelles idées de persécution. Il se croirait emprisonné. A l'asile, au contraire, se voyant entouré de malades, il comprend mieux qu'on le traite en malade.

Avant de le soumettre à un traitement, on l'examinera, d'une façon particulière, en plusieurs séances, afin de parvenir à démêler le vrai du faux, à établir les faits ; de cet examen psychologique dérivera la conduite du médecin, dans l'application du traitement moral.

Tout d'abord, il faut bien étudier le persécuté, l'étendue de son intelligence, la nature de ses idées. Et quand on aura pénétré toute l'organisation du délire, on le combattra avec tact. Les persécutés sont très susceptibles, ils se froissent facilement, se méfient et ne disent plus rien.

La douceur, la patience font naître la confiance. Plus tard, quand le délire aura perdu de son activité, on essaiera de combattre les idées du malade en lui démontrant, avec bienveillance, la fausseté de ses préoccupations ; mais, il faut se garder de cette insistance qui ne fait que l'exciter.

Il y a, cependant, des persécutés très rusés qui font mine d'accepter les conseils et d'acquiescer, dans le but d'obtenir la liberté et de reprendre la lutte contre ceux qu'ils rendent responsables de leurs malheurs. Il faut être en garde contre cette dissimulation possible.

Le traitement pharmaceutique joue un rôle secondaire. Dans les cas d'urgence, quelques calmants peuvent être prescrits. Un peu de *bromure* est indiqué pour calmer l'éréthisme nerveux ; on pourra ordonner une petite dose de *chloral* pour faciliter le sommeil.

Il est prudent de ne recourir aux médicaments qu'après avoir épuisé tous les moyens *physiques* et *mécaniques*.

Les *bains tièdes*, dans les cas d'excitation, les *douches*, dans les cas de dépression, peuvent rendre des services.

Si l'état du malade le permet, et qu'il y consente, il faut lui procurer une petite occupation. Généralement orgueilleux, vindicatif, le persécuté ne veut pas travailler ; il demande plutôt du papier et de l'encre pour écrire. On peut lui donner satisfaction, mais avec mesure ; s'il demande à écrire, c'est pour parler de son délire, pour le revivre. Les premiers

temps, on lui accordera cette facilité ; plus tard, on lui donnera, de préférence, des livres à lire.

Les travaux en plein air ont un assez bon résultat. Quelques dissimulateurs les réclament dans le but de s'évader. Il faut les mettre à l'épreuve, être sûr d'eux avant de les envoyer aux champs.

Les troubles somatiques sont peu fréquents; dès qu'ils apparaissent, il faut les traiter.

X..., est un persécuté, qui en peu de temps, à l'asile, s'est, non pas rétabli, mais bien amélioré. C'était un homme de quarante-trois ans, maigre, au regard très vif et intelligent. Il racontait qu'un certain R... et toute sa famille le persécutaient pour accaparer une fortune colossale qui devait lui revenir. Cette histoire, dite d'un ton calme, semblait vraisemblable, et reposait en effet sur un fond de vérité qu'amplifiait et transformait seulement l'imagination maladive du sujet. Depuis deux ans, on cherchait à l'empoisonner, déclarait-il, en mêlant de l'arsenic à ses aliments. Il en était arrivé, les derniers six mois, à ne plus prendre que des œufs et de l'eau, qu'il allait chercher lui-même. Il avait des hallucinations de l'ouïe ; ses ennemis le suivaient partout et chuchotaient derrière les portes, derrière les murs. — Cet homme, d'après les renseignements, s'était toujours montré bizarre, déséquilibré, soupçonneux. Dans le service, dès les premiers jours, les hallucinations ont disparu; les aliments ont perdu leur mauvais goût. — Le traitement moral, joint à la vie calme et à l'hygiène, a eu beaucoup d'action sur ce malade; son délire se modifia, mais il resta méfiant, comme il l'avait été toute sa vie. Si ce délire avait été pris au début, avant la systématisation, il eût été possible de le déraciner totalement; malheureusement, ce persécuté n'arriva dans le service que trois ans après le début de l'affection. Néanmoins, l'ensemble du traitement, aussi bien moral que physique et hygiénique, a pu agir très favorablement.

II. **Traitement du délire chronique.** — Le délire chronique, nous l'avons déjà dit, est précédé d'une période indécise, dite d'incubation, pendant laquelle le médecin n'est pour ainsi dire jamais consulté. Les troubles vagues, l'irritabilité de l'humeur sont mis par l'entourage sur le compte de la fatigue, des soucis, des affaires, etc. On conseille les distractions, les voyages, les douches froides, etc.

Si, par hasard, on s'adressait, à ce moment, à l'homme de l'art, son devoir serait de prévenir le danger, en soumettant le malade à une vie calme autant que possible.

Mais, comme généralement c'est à la période d'état qu'on le consulte, il ne lui reste plus qu'à réclamer l'internement.

L'un de nous disait au Congrès de Nancy (1896) : « Les persécutés, soit qu'ils appartiennent au type nettement défini et circonscrit du délire chronique ou psychose systématique progressive, soit qu'ils relèvent, par la nature et le mode d'évolution de leurs conceptions délirantes, de la dégénérescence héréditaire, sont, entre tous les malades, ceux pour lesquels la mesure de l'internement est la plus particulièrement prescrite.

« C'est là une vérité depuis longtemps reconnue que le délire de persécution crée un danger permanent pour la sécurité publique. Et cependant, grâce à l'imprévoyance des uns, à l'indifférence des autres, combien grand est le nombre de ces persécutés actifs, de ces aliénés persécuteurs qui vont et viennent librement, un peu partout et alors que beaucoup d'entre eux tiennent toute prête l'arme avec laquelle ils frapperont un jour, convaincus qu'ils s'érigent en justiciers (1). »

A l'égard du délirant chronique, l'internement s'impose donc ; car, la maladie lente et insidieuse suit progressivement son évolution et le malade fait courir un danger permanent à la sécurité des personnes.

Le placement volontaire est rare, les familles ne voulant

(1) Paul Garnier, *Internement des aliénés*, 1898.

pas admettre que leur malade est un aliéné; dans son intérêt pourtant, c'est le parti le meilleur à prendre.

Ces malades arrivent, parfois, à attirer l'attention de la presse, en déclarant que leur séquestration a été arbitraire et a été imposée pour subtiliser leur fortune, etc. Avant de se prononcer pour l'internement, il est prudent de s'entourer des plus grandes précautions.

Quand l'isolement est opéré, le rôle du médecin ne se borne pas à se réfugier derrière la gravité du pronostic et à s'abstenir; il faut, au contraire, s'occuper activement du malade.

On a essayé de combattre les troubles spéciaux qui alimentent les idées de persécution : les *hallucinations*. Moreau (de Tours) a proposé le *datura stramonium*, le *haschich*, parce que ces médicaments produisent des hallucinations; il espérait que les nouvelles hallucinations chasseraient les autres. Il voulait substituer à l'hallucination tenace une hallucination éphémère, facile à détruire par la suppression du médicament. Le résultat dément l'espérance; on ne peut, à l'aide de médicaments, faire disparaître les hallucinations du délire chronique.

Dans le service de Baillarger, à la Salpêtrière, on expérimenta une autre méthode, la *méthode électrique d'Hiffelsheim*. Les deux pôles étant appliqués sur les oreilles du malade, on fait passer un courant voltaïque faible. L'appareil se compose d'une série de petites piles réunies en couronne, dont on entoure la tête, comme avec un bandeau; ce bandeau devait rester plusieurs semaines sur la tête du sujet. Or, imagine-t-on un délirant chronique, gardant, pendant des semaines, des piles électriques autour de sa tête! Cette méthode, ainsi que tant d'autres, n'a pas donné de résultats.

Un médecin étranger a été plus audacieux; il a proposé de trépaner le malade et d'exciser les centres corticaux auditifs !

Pour combattre les troubles de la sensibilité générale, on a

également essayé beaucoup de médicaments, mais, sans plus de succès.

Schüle conseille l'usage de l'*opium*, du *bromure de potassium*, de l'*électrisation*, de l'*hydrothérapie*. Krafft-Ebing préconise la *morphine*, les *bromures* à hautes doses. On a expérimenté les antipyrétiques et les antinévralgiques : *quinine*, *antipyrine*, *exalgine*; on en obtient, quelquefois, un peu de soulagement ; mais, les hallucinations réapparaissent.

Donc, les médicaments ne peuvent modifier l'évolution du délire chronique; à peine réussissent-ils à atténuer certains symptômes.

Aussi, convient-il d'être sobre au point de vue pharmaceutique. Il vaut mieux compter sur le traitement moral, l'hygiène, la bonne alimentation. Au besoin, on aura recours aux agents physiques, mécaniques, etc.

Ce qu'il faut, nous le répétons, c'est moins l'usage des drogues, qu'un repos cérébral aussi complet que possible. Dans le milieu nouveau, où la surveillance et l'hygiène écartent tout ce qui serait nuisible, le calme tend à renaître.

Quelquefois, poursuivis par des idées d'empoisonnement, les persécutés s'alimentent mal. Il faut les rassurer, surveiller les repas, ordonner des aliments faciles à digérer, pas trop épicés. Il faut proscrire le vin pur, l'alcool, le café et tous les excitants. Si le refus d'aliments persiste, il est nécessaire de recourir à la sonde œsophagienne.

Dans les moments d'excitation, on emploiera les moyens calmants que nous avons conseillés.

Les symptômes intercurrents que l'on peut rencontrer chez le délirant chronique, seront traités suivant l'indication qui s'en dégagera.

III. **Traitement des délires de persécution surajoutés.** — Nous n'avons rien de spécial à dire sur l'ensemble de ces cas complexes. Chaque maladie, mélancolie, alcoolisme, paralysie générale, sera soignée sans qu'on s'occupe

du délire de persécution, qui s'y associe d'une manière plus ou moins fixe.

Nous ne pouvons que renvoyer, par conséquent, au traitement respectif de chacune de ces affections, au sujet de la conduite à tenir.

CHAPITRE II

TRAITEMENT DES PSYCHOSES TOXIQUES

ARTICLE Ier. — *Alcoolisme.*

A. CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES. — I. **Alcoolisme aigu.** — L'intoxication alcoolique présente plusieurs formes et variétés. Le praticien doit les connaître, car, si le traitement de l'ensemble ne varie pas infiniment, il existe, dans le détail, des modifications importantes.

L'*ivresse* est l'intoxication aiguë. C'est un accident plutôt qu'une maladie, pour lequel l'avis du médecin n'est pas souvent demandé, encore moins celui de l'aliéniste.

A côté des formes simples de l'ivresse, il en existe d'autres, peu fréquentes, les *ivresses pathologiques* (1). Ce sont des formes insolites et compliquées, qui portent sur les phénomènes *moteurs*, *sensoriels* ou *psychiques*, d'après la constitution héréditaire ou la dégénérescence acquise de l'individu.

Le *délire alcoolique* n'apparaît pas d'emblée. L'alcoolique, suivant la résistance de son cerveau, peut mettre des mois et même des années à verser dans le délire. Les premiers changements observés du côté psychique de l'individu sont nombreux.

Ces modifications se montrent, d'abord, dans la sphère

(1) Paul Garnier, *La folie à Paris*, 1890.

morale. L'homme qui boit perd, à la longue, le sentiment exact de l'honneur, du bien et du mal. Il devient indifférent et apathique. C'est le premier pas vers la déchéance.

L'intoxication se poursuivant, ces phénomènes augmentent, s'affirment nettement pathologiques. Le caractère change, s'irrite ; le buveur a des moments de colère et de brutalité que la faiblesse des facultés éthiques ne peut refréner. La nuit, le sommeil est hanté de cauchemars. Dans la soirée, à la tombée de la nuit, l'alcoolique s'attriste, se déprime, il a des hallucinations passagères. Il recherche, alors, son stimulant habituel.

Et quand, à la suite de ces excès, une cause morale ou physique quelconque vient retentir sur l'écorce cérébrale, le délire éclate et prend, d'après l'individu, la forme aiguë ou subaiguë.

Le délire alcoolique est constitué par deux éléments qui s'enchaînent, l'un étant la cause de l'autre : les hallucinations et l'agitation.

Les *hallucinations* jouent le plus grand rôle. Celles de la vue sont prédominantes; elles sont presque toujours de nature terrifiante et se rapportent souvent à la profession de l'individu. Les troubles de la sensibilité générale sont également nombreux et donnent lieu à des interprétations délirantes extrêmement variées.

Toutes ces hallucinations sont fort mobiles : c'est, là, le caractère fondamental des hallucinations alcooliques avec prédominance de zoopsie (visions d'animaux qui courent, grouillent, s'approchent, fuient, etc.).

Cette grande mobilité des hallucinations produit des réactions différentes et des formes variées de délire.

L'*agitation* anxieuse se rencontre le plus souvent. Sous le stimulant des hallucinations multiples (voleurs armés, animaux fantastiques, etc.), le sujet s'excite, s'affole, crie au secours, fuit ses ennemis; ou dans l'angoisse de la peur, se jette, en aveugle, sur son adversaire imaginaire, qui est généralement

le premier venu. La forme nettement mélancolique est due aux hallucinations de nature déprimante ; le malade entend des voix qui le calomnient, qui l'accusent d'être un criminel ; il croit avoir assassiné des amis, des parents ; il a des impulsions au suicide pour fuir le châtiment. Il offre, en un mot, l'attitude d'un mélancolique anxieux, parfois d'un lypémaniaque stupide (catalepsie de la peur).

Ces phénomènes psychiques accompagnent des troubles physiques de moindre importance, des perturbations de la circulation dans le cerveau (vertiges, éblouissements, etc.).

Les tremblements existent dès le début et sont très accentués. Pendant le délire, le tremblement est généralisé.

Le délire alcoolique guérit généralement sans complication.

Il existe, cependant, une forme, décrite par Magnan, le *delirium tremens* fébrile, où, sans cause apparente, sans maladie intercurrente ou complications viscérales, la température monte jusqu'à 40°-41° c.

Ce délire alcoolique fébrile nous paraît dû à l'auto-intoxication du sujet, cause probable de la gravité de l'état et de l'hyperthermie. C'est une fièvre toxique, et si la température ne s'abaisse pas au bout de quarante-huit heures, on peut présager la mort.

II. **Alcoolisme chronique.** — Il y a deux sortes d'intoxiqués sous ce vocable d'alcoolisme chronique : ceux qui, après quelques accès de délire alcoolique, tombent dans la démence, et ceux qui s'y acheminent plus lentement, en s'intoxiquant jour par jour. Les uns se cérébralisent par grandes secousses, les autres, progressivement, sans accès aigus.

L'alcoolisme chronique se manifeste par un affaiblissement progressif de toutes les facultés physiques et psychiques ; c'est l'acheminement forcé vers la démence.

L'intelligence est amoindrie, les facultés éthiques sont presque éteintes, les sentiments émoussés ; la volonté est défaillante, le jugement enfantin.

L'alcoolique chronique, apathique et hébété, ne vit plus que pour assouvir ses appétits morbides.

Sur ce terrain ravagé, les idées délirantes prennent vite racine (idées de persécution ; préoccupations hypocondriaques, accès de jalousie et de mélancolie délirante, etc.). Incapable de raisonner, de comprendre que l'alcool est un poison, le vieux buveur continue ses libations jusqu'à la paralysie générale ou la démence absolue, aboutissant, ici, au processus sclérosique de l'encéphalite interstitielle diffuse, là, à l'athérome, à la dégénérescence graisseuse.

III. **Dipsomanie.** — Le dipsomane n'est pas un alcoolique, au vrai sens du mot, c'est un alcoolisé *secondaire*.

Chez lui, la passion de boire n'existe pas toujours; par moments, même, le dégoût de l'alcool est prononcé. C'est un dégénéré, au cerveau peu solide, chez lequel l'obsession de s'enivrer s'impose par accès.

Avant la crise, le malade est pris d'inquiétude; il est déprimé. Il sent à l'estomac une brûlure accompagnée d'une angoisse, et éprouve une soif spéciale qu'une boisson *forte* seule peut soulager. Aussi, boit-il tant que cette sensation persiste.

Quand l'accès est terminé, le dipsomane revient à son état normal, se rend compte de sa situation et regrette ses abus.

B. Traitement des diverses formes d'alcoolisme. — I. **Traitement du délire alcoolique aigu.** — Lors des premières manifestations des troubles hallucinatoires, il est prudent de se préoccuper de l'internement.

« Inquiet, effaré, anxieux, terrorisé, le délirant alcoolique est un panophobe, irrésistiblement sollicité par le besoin de fuir un danger *immédiatement* menaçant ; mais, si tout l'invite à la fuite et le pousse vers une issue quelconque, il arrive que, éperdu, affolé, il se jette aveuglément à travers les

obstacles, se rue sur un ennemi imaginaire et, dans une sorte de *convulsion de la peur*, frappe avec une invincible énergie (1). »

L'internement est une nécessité qu'impose l'obligation de mettre le malade dans l'impossibilité de nuire. Cet internement est, dans la grande majorité des cas, de courte durée ; les accidents psychiques et physiques d'origine alcoolique disparaissent au bout de quelques jours, et dès lors, les sujets ne présentent plus de phénomènes justifiant le maintien à l'asile, aux termes de la loi de 1838. Au bout d'un ou de deux mois, la sortie est donc autorisée. Mais, marque-t-elle la fin de l'alcoolisme? « Hélas ! ce n'est qu'un commencement le plus ordinairement, et, pour certains alcooliques, on ne compte plus, tellement il est grand, le nombre des séquestrations. En l'état actuel, on peut dire que nous n'avons pas de moyens vraiment pratiques de défendre la société contre les dangers si grands que les alcooliques font courir à sa sécurité (2). »

C'est justement à ce genre de malades que l'asile de Ville-Évrard rendra de grands services, parce que, sorti de l'asile ordinaire, l'alcoolique, guéri de son accès passager, n'est pas guéri de ses habitudes d'intempérance. Dans l'asile spécial, le côté moral sera traité avec autant d'importance que le côté physique, afin de tâcher de parachever la guérison.

Quant au traitement proprement dit du délire, il consiste surtout, dans le repos, la suppression des boissons alcooliques et l'absorption de boissons délayantes, diurétiques.

Le malade sera couché pendant les quelques jours d'agitation, puis laissé au grand air avant qu'on puisse lui procurer une occupation.

Il n'est pas nécessaire d'intervenir activement ; on risquerait d'ailleurs d'augmenter la toxicité du sang par la prescription de médicaments. Certains médecins ordonnent encore, d'une façon méthodique, de la *strychnine*, de l'*opium*. Si le premier de ces

(1) Paul Garnier, *La folie à Paris*, 1890.
(2) Paul Garnier, *Internement des aliénés*, 1898

médicaments est quelquefois bon dans les cas graves, le second est toujours dangereux.

On cherchera à calmer le malade par le repos au lit, les *bains tièdes* prolongés, avec application de compresses imbibées d'eau froide sur la tête.

Si l'insomnie est tenace, un peu de *bromure de potassium* peut être ordonné, ou bien encore du *chloral*.

On prescrira de deux à trois litres de lait. Le lait, en ce cas, est un médicament par ses propriétés antiseptiques et diurétiques et, surtout, parce qu'il facilite l'élimination des toxines. Les œufs, les légumes secs ou verts seront permis les premiers jours; la viande ne figurera dans le régime que les jours suivants. Au lait on peut adjoindre des boissons délayantes, diurétiques et rafraîchissantes comme le chiendent, la limonade citrique, etc. Plus tard, les tisanes amères conviendront mieux.

Les malades ont fréquemment un état saburral des voies digestives : un laxatif suffit pour y remédier. Les grands lavements combattront la constipation et nettoieront les intestins.

Pendant la convalescence, le médecin insistera, auprès du malade, sur les dangers de l'alcoolisme et prêchera l'abstinence.

Sébastien R..., cinquante-deux ans, plumassier, est un alcoolique chronique, qui doit à des libations copieuses successives un accès aigu d'alcoolisme. Il arrive dans le service extrêmement agité, halluciné. Aussitôt, on le fait coucher dans la salle d'alitement, on lui donne le lait en abondance, avec une alimentation légère ; pour nettoyer les intestins, on lui administre une petite purgation. Trois jours après l'admission, R... est bien mieux, il ne semble plus avoir d'hallucinations. Le quatrième jour, l'agitation reparaît, avec une élévation de température (38°,1). Il reste toujours au lit et boit deux litres de lait. On y ajoute un peu de quinquina pour com-

UNIVERSITY OF LEEDS.

battre la fièvre. — R... est complètement rétabli au bout d'une semaine.

Nous avons choisi à dessein son observation, bien que son cas pathologique n'offre rien de bien particulier, son délire ressemblant à celui de tous les alcooliques. Ce qui motive l'intérêt, c'est l'élévation de la température survenue dans le service même et, malgré cela, la guérison rapide. Avant l'application de l'alitement, les alcooliques étaient soignés en cellules, ou dans le quartier des agités. On n'aurait sans doute pas pris, dès ce moment, deux fois par jour, la température et la fièvre serait passée inaperçue. Cet homme de cinquante-deux ans, usé par l'alcool, aurait probablement succombé à un accès de délire aigu. — Les avantages de l'alitement et les bienfaits de la surveillance et de l'hygiène sont tous les jours démontrés par des faits analogues.

Dans le *délire alcoolique fébrile*, le *delirium tremens* fébrile, la conduite à tenir est la même, avec l'indication d'une intervention plus pressante, plus énergique.

Pour combattre la fièvre, le moyen le plus efficace est encore le bain froid. Willis, Grisolle citaient l'eau froide comme traitement du *delirium tremens*. La première observation précise appartient à Féréol, du moins à notre connaissance ; en 1877, il guérit un alcoolique délirant par des bains froids. Rousseau (1880) traita un alcoolique très gravement atteint par la même méthode.

A l'étranger, on continue cette tradition, mais en France, s'il en faut croire Molinié (1), la balnéation froide n'est pas d'une application courante. Telle est aussi l'opinion de Maurice Letulle (2).

Si les bains froids ont donné de bons résultats dans l'alcoo-

(1) H. Molinié, *Traitement du delirium tremens subaigu par les bains froids*, Thèse de Paris, 1899.

(2) M. Letulle, *Les bains froids dans le delirium tremens* (*Presse médicale*, 1896, p. 20 et *ibid.*, 1899, 8 juillet).

lisme apyrétique, ils doivent en donner davantage dans les cas compliqués d'hyperthermie.

L'alcoolisme aigu, sans fièvre, guérit sans qu'on ait besoin d'intervenir. Mais nous avons vu que le pronostic est très grave dans le *delirium tremens* fébrile. Il ne faut donc pas hésiter à appliquer la méthode de balnéation froide, qui est sans danger et qui donne des résultats remarquables.

Il convient, par des moyens appropriés, de combattre l'épuisement provoqué par l'*insomnie* ou l'*asthénie neuro-musculaire*.

L'insomnie sera traitée par le *chloral* à petites doses. Bellamy a obtenu des résultats satisfaisants de l'emploi du *trional* qui produit le sommeil, et a, en outre, l'avantage d'abaisser la température. Avant l'administration du trional (2 grammes) on donne une petite dose de *calomel*, on fait prendre un bain chaud, progressivement refroidi, et l'on conduit ensuite le malade au lit.

Nous avons essayé le *trional* dans le cas de délire alcoolique fébrile et nous nous en sommes trouvés très bien. Nous le préférons, dans ce cas, au chloral.

Rose a eu des guérisons avec l'*acétate de zinc*, à la dose de 4 à 6 grammes par jour.

Bien entendu, les agents pharmaceutiques ne seront employés qu'après échec des autres moyens de traitement.

Contre l'épuisement, la bonne alimentation suffit généralement (lait, œufs, viandes). Au besoin, on aura recours aux toniques : quinquina, caféine, etc.

II. **Traitement de l'alcoolisme chronique.** — Y a-t-il un traitement de l'alcoolisme chronique? Devons-nous parler, sans sourire, du sérum anti-alcoolique? Avons-nous l'espoir qu'un nouveau Pasteur découvrira un jour le spécifique de cette peste sociale?

Quoi qu'il en soit, il ne faut pas se lasser d'affirmer que l'alcoolisme chronique est la déchéance morale de l'individu; il ne faut pas cesser de le combattre par tous les moyens moraux.

En attendant le médicament efficace et guérisseur, érigeons des *asiles spéciaux*, seuls établissements où peuvent être soignés les alcooliques chroniques.

S'il n'y a pas encore un médicament spécifique de l'alcoolisme, il y a l'hygiène physique du corps et l'hygiène morale de l'esprit, qui ont déjà fait leurs preuves et dont on peut attendre plus encore.

L'alcoolique chronique, guéri de son accès, ne demande qu'une chose : sortir de l'asile. Le médecin combattra ce désir prématuré en procurant des occupations au grand air, dans les champs. Il veillera à ce que le malade ne soit pas exposé au soleil ou au froid ; l'un et l'autre sont dangereux parce qu'ils peuvent provoquer la congestion cérébrale.

Les malades qui ont conservé suffisamment d'intelligence pour jouir d'une occupation intellectuelle seront placés dans les bureaux.

Les uns et les autres auront une alimentation saine, sans excitant et d'où seront exclues *toutes* les boissons alcooliques. Le lait et les tisanes amères seront les seules boissons permises.

III. **Traitement de la dipsomanie.** — Les accidents toxiques des dipsomanes ne nécessitent pas un traitement particulier. Ce qu'il faut soigner, c'est l'impulsion, épisode de l'état de dégénérescence.

Ces malades profitent beaucoup, au momentdes paroxysmes, de *l'isolement* dans une maison spéciale. L'hygiène, la vie régulière de l'asile, les soins moraux, atténuent l'intensité de l'impulsion et amènent la guérison.

Malheureusement, cette guérison n'est pas stable ; elle cède bientôt après la sortie, aux mêmes difficultés qui ont déjà amoindri la résistance cérébrale et diminué la volonté de l'individu. Au bout de quelque temps, les mêmes impulsions reviennent. Il faut, de nouveau, recourir à l'isolement, surtout pour les impulsions plus graves dont les dipsomanes accusent

les symptômes après les premiers internements. Nous voulons parler des idées de suicide. Quelques-uns ont même des impulsions homicides.

A l'asile, le rôle du médecin est de donner des conseils affectueux, de combattre la tristesse du malade par le traitement moral; il essaiera de le fortifier par des *bains sulfureux*, des *douches froides*, un peu de *strychnine* ou de *teinture de noix vomique*. Ces détails varient selon les individus. A l'un, la douche suffit; pour l'autre, l'électricité est plus efficace. Mais, chez tous, le traitement moral produit des effets réconfortants.

IV. **Mesures à prendre à l'égard des buveurs d'habitude.** — Cette catégorie de buveurs suscite des questions fort intéressantes, plus que jamais à l'ordre du jour, mais qui ne seraient pas tout à fait à leur place dans ce chapitre. Les buveurs d'habitude ne sont ni des aliénés ni des névropathes; ce sont des intempérants chez qui le bon sens manque souvent, et qui, surtout, n'ont pas de force de caractère.

On a proposé de les interner dans les asiles d'alcooliques.

Longtemps, les buveurs d'habitude ont été considérés comme des délinquants. On les livrait aux rigueurs de la loi, en cas d'ivresse publique. Mais l'expérience a démontré que les pénalités, dans ces cas, sont plus dangereuses qu'efficaces; les sujets sortent des établissements pénitentiaires avec les mêmes passions et, en plus, l'amoindrissement du sens moral.

Tout a été essayé, médicaments, régimes; la propagande a de l'influence sur ceux qui ne sont pas encore fortement alcoolisés.

Les *sociétés d'abstinence* ont une action favorable, mais ce qui est surtout indispensable, c'est un asile spécial, un asile de buveurs.

Les alcooliques délirants sont soignés, actuellement, dans les asiles d'aliénés de la Seine. Les buveurs non délirants ne peuvent y être reçus; la loi ne permet pas leur admission.

A l'étranger, en Suisse (sauf dans le canton de Saint-Gall), en Allemagne, en Angleterre, le buveur entre librement et volontairement à l'asile, où il a des chances de guérison.

Article II. — *Morphinisme.*

A. Considérations générales. — La morphine, médicament merveilleux, est aussi un poison intellectuel. Elle provoque un apaisement des douleurs les plus fortes et, chez les névropathes, une stimulation et, parfois, une sorte de béatitude.

Comme l'alcool, elle produit à la longue des troubles psychiques.

Généralement, la morphine est prescrite pour calmer une douleur tenace, rebelle à tout autre médicament.

Au bout de deux à trois mois, et quelquefois moins, le malade s'habitue au poison et le réclame. Les névropathes, dont la résistance psychique est souvent si faible, y trouvent un stimulant intellectuel qui, plus tard, leur semble nécessaire.

Les troubles provoqués par la morphine sont de deux sortes : ceux qu'on observe pendant l'intoxication et ceux qui appartiennent à la période d'abstinence.

I. **Période d'intoxication.** — La morphine n'attaque pas le cerveau aussi profondément que le fait l'alcool ; néanmoins, à l'examen du morphinique, on constate aisément que toutes les facultés psychiques ont baissé. Les sentiments éthiques survivent à peine ; le malade ne se fait pas scrupule de voler pour se procurer le poison dont il ne consent plus à se priver. Toute sa vie tourne autour de cette préoccupation : trouver la morphine qui lui est devenue indispensable. L'énergie intellectuelle, la volonté, la force de caractère sont diminuées, presque anéanties. Dans la forme grave, le morphinique est dans une sorte de torpeur ; sauf à l'instant des piqûres, où il se réveille un peu, il passe le temps à rêvasser. La mémoire est très affaiblie. Quelquefois, sortant tout à coup de cet état demi-mélancolique, le sujet se montre agité et anxieux.

Les symptômes physiques sont également accusés; les fonctions gastro-intestinales sont défectueuses, l'assimilation se fait mal ; la nutrition générale est très ralentie. Aussi, le malade maigrit-il beaucoup; il perd de ses forces; la peau jaunit et se sèche. Le tremblement est intense, les mouvements des membres sont incoordonnés. C'est la période de cachexie qui va s'affirmer de plus en plus.

Le marasme fait suite à cet état, et dans les cas les plus graves le morphinique meurt d'une complication cardiaque, ou succombe à la misère physiologique progressive.

II. **Effets de l'abstinence.** — Les effets de l'abstinence sont différents suivant que la suppression est graduée ou brusque.

Dans les cas légers, on observe un peu d'anxiété et d'angoisse avec des vomissements, de la diarrhée, des bâillements, etc. Mais, dans les formes graves, quand la dose de morphine, absorbée quotidiennement, est très élevée et lorsque la suppression est brusque, l'agitation est intense, entrecoupée de larmes, de réclamations, de supplications, de symptômes de détresse physique et morale. Il existe aussi des névralgies périphériques ou viscérales, des frissons, des transpirations abondantes avec fréquence et petitesse du pouls. Le malade réclame anxieusement la morphine qui, seule, peut mettre un terme à tous ces troubles.

Certains auteurs signalent des illusions, des hallucinations. La morphine pure ne provoque généralement pas d'hallucinations; il faut, pour que ces troubles sensoriels se produisent, qu'à l'action de la morphine s'associe celle de la cocaïne ou de l'alcool.

Parmi les effets de la suppression, il y a lieu aussi de citer, à titre de phénomènes assez rares, le délire, les attaques épileptiformes, hystériques, etc. (1).

B. Traitement du morphinisme. — Le traitement du mor-

(1) Paul Garnier, *Des attaques hystéro-épileptiques dans le morphinisme chronique* (*Congrès de psychietrie d'Anvers*, 1885).

phinisme qui paraît simple, en théorie, est pourtant fort difficile dans la pratique. Plusieurs questions se posent. Où faut-il soigner l'intoxiqué? Par quelle méthode faut-il supprimer la morphine?

I. **Isolement des morphiniques.** — Si quelques malades, dans les observations de Pichon, Biggs, Zambaco, ont pu guérir chez eux, la grande majorité n'a pas assez de volonté, d'énergie, pour subir un traitement décisif. Le placement dans une maison de santé est le seul moyen efficace, tous les médecins spécialistes sont d'accord sur ce point. Mais certains praticiens réclament la *maison fermée*, tandis que d'autres se contentent de la *maison ouverte*.

Si la surveillance est plus assidue dans une maison de santé qu'à domicile, il y a aussi la part à faire aux inconvénients. Dans une maison ouverte, le malade est libre de sortir quand il veut, bien avant la guérison, deux ou trois jours après le début du traitement.

Les morphiniques, qui ne délirent pas au point d'être sous le coup de la loi de 1838, ne sont pourtant pas en possession de toutes leurs facultés. L'internement ou un traitement méthodique assez prolongé fournissent seuls des chances de guérison. Malheureusement, les asiles d'aliénés ne conviennent pas. L'internement est une mesure grave à laquelle il ne faut recourir qu'après avoir essayé les autres moyens, et, autant que possible, avec le consentement du malade et sa signature d'engagement. Ce sont des précautions toujours utiles, et comme le nouveau projet de loi sur les aliénés prévoit un mode de placement sur la demande du malade lui-même. il ne peut pas sembler extraordinaire de compter pour valable cet engagement du morphinomane.

II. **Suppression de la morphine.** — Le traitement du morphinisme consiste avant tout, cela va sans dire, à supprimer le poison; mais il y a plusieurs méthodes pour parvenir à ce but et il faut savoir faire un choix.

La *suppression brusque*, préconisée par Eder (de Vienne) en 1864, a été surtout pratiquée par Levinstein ; on l'appelle la *méthode de Levinstein.*

La rapidité de la guérison, qui a lieu en quelques jours, plaide en faveur de cette méthode, qui demande pourtant une surveillance médicale assidue, parce que les accidents graves et le collapsus ne sont pas rares.

La *suppression rapide*, connue sous le nom de méthode d'*Erlenmeyer* (1883), a été, en réalité, pratiquée pour la première fois, en 1876, par Mattison (de New-York). Le sevrage n'est pas brusque, mais assez prompt, de sorte que les dangers sont moins sérieux.

Il faut plus de temps que par la méthode de Levinseint ; huit, dix, douze jours et plus, d'après la dose de morphine, l'âge et la constitution de l'individu. On commence à supprimer la dose dite de *luxe*, celle que prennent les malades afin de pouvoir continuer leurs occupations.

En permettant la dose absolument *nécessaire* on ne court pas de dangers ; les sujets supportent bien le sevrage.

La moitié de la dose est ainsi supprimée dès le premier jour et il faut se souvenir que pour arriver à un résultat, on doit aller le plus rapidement possible. Ensuite, on diminue progressivement jusqu'à la dose d'un centigramme et vers le dixième ou douzième jour, le malade est enfin sevré.

Les symptômes d'abstinence ne sont pas de longue durée et ils sont peu graves ; le collapsus n'est pas à redouter.

La *suppression lente* est la plus vieille et la plus mauvaise des méthodes. Les symptômes d'abstinence ne sont pas très marqués, mais durent en permanence. Et comme c'est cette méthode qu'on emploie généralement dans les familles, les malades, peu ou mal surveillés, ne guérissent pas. Le traitement, par sa longueur (un mois et davantage), décourage le morphinique, qui, fatigué, à bout de patience, réclame l'augmentation de la dose et ne veut plus entendre parler de traitement.

La suppression par cette méthode commence par 5 centigrammes pour un malade qui s'injecte, par exemple, un gramme de morphine par jour. On peut supprimer plus tard jusqu'à 2 et 3 centigrammes quotidiennement. Mais, quand la dose baisse jusqu'à 15 ou 20 centigrammes, Jemmigs conseille de suspendre un jour la diminution. Cela permet de donner au malade un peu de repos et de reprendre le traitement plus facilement. Cette méthode compte aujourd'hui peu de partisans.

En somme, les méthodes de choix sont, d'après le sujet, le degré de son intoxication, et sa constitution, le procédé de Levinstein, la suppression brusque, ou celui d'Erlenmeyer, la suppression rapide. La méthode de Levinstein sera préférée, quand la dose quotidienne n'est pas élevée et que l'âge et la constitution du sujet le permettent, et surtout s'il y consent. Une surveillance médicale sans relâche est alors indispensable. Nous avons pratiqué des centaines de fois la suppression totale et immédiate et nous n'avons jamais eu d'accidents graves, parce que nous nous entourions de toutes les précautions nécessaires.

Quant à la suppression lente, elle aura ses indications chez les affaiblis épuisés, les cardiaques ou les pulmonaires, chez lesquels la suppression rapide pourrait provoquer des accidents graves, du collapsus ou de l'agitation maniaque comme chez les nerveux très émotifs.

III. **Marche à suivre dans le traitement du morphinisme.** — Le malade sera soigné au lit pendant toute la durée de la suppression et une partie de la convalescence. Les avantages de l'alitement sont tellement considérables qu'il ne faut pas les négliger, même si l'on est contraint de recourir à la suppression lente.

Au lit, les symptômes d'abstinence sont à peine sensibles ou très amoindris. L'agitation n'existe plus. La surveillance est rendue très facile (Voir *Alitement*).

Plusieurs médications substitutives ont été proposées

pour remplacer la morphine, mais les médicaments employés n'arrivent jamais à leur but, et il faut s'en défier.

La *cocaïne* a été très fâcheusement préconisée, comme substance substitutive, par Bentley. Son action anesthésique suggéra l'idée d'en faire l'essai. Erlenmeyer, un des premiers, l'employa, mais n'obtint pas de résultats. Obersteiner, Schmidt et Rnka furent plus heureux, du moins en apparence. Combinant l'action des deux substances, à mesure qu'ils diminuaient la morphine, ils augmentaient la cocaïne, les doses croissantes de celle-ci aidant à supporter la diminution de celle-là.

En 1886, au moment où le traitement de la morphinomanie par la cocaïne était à la mode, l'un de nous écrivait : « Maintenant, ne faut-il pas appréhender que l'emploi de cet alcaloïde ne produise, à son tour, un entraînement de l'organisme à des abus non moins déplorables, enfin, que le *cocaïnisme* ne se substitue au morphinisme et qu'on n'échappe à un danger que pour retomber dans un autre (1)? »

Depuis longtemps, déjà, c'est chose faite et le cocaïnisme pur ou, le plus souvent, combiné au morphinisme, est devenu une intoxication fréquente et plus grave encore que la première.

Malgré ces inconvénients et ces dangers, certains médecins prescrivent encore, en pareil cas, la cocaïne ; nous ne conseillons pas de les imiter.

L'*opium* est le seul médicament dont l'effet sur les centres nerveux soit ici à considérer. Dans les cas où le malade supporte mal la suppression, où l'on craint la détente nerveuse, une petite dose d'extrait d'opium, en pilules, peut être ordonnée.

La *codéine* a été proposée par Lindenberger en 1885; mais elle n'a pas beaucoup de partisans en France, car ses effets ne ressemblent pas à ceux de la morphine et de l'opium.

Cependant, Lindenberger prétend avoir guéri vingt-quatre morphiniques par la substitution de la codéine.

(1) Paul Garnier, *De l'état mental et de la responsabilité pénale dans le morphinisme chronique* (*Ann. méd.-psych.*, 1886).

Dans ces derniers temps, on a essayé l'*héroïne*, un dérivé de la morphine. Nous ne l'avons pas employée, mais nous doutons qu'on puisse remplacer la morphine par un autre médicament moins toxique, sans produire des accidents. La médication substitutive ne peut pas guérir le morphinisme.

L'*eau pure* en *injections* a été tentée. C'est une mauvaise méthode qui ne peut guérir et qui enlève au médecin la confiance du malade, confiance dont il a tant besoin. Ceux qui l'ont essayée ont cru que le besoin de morphine n'était qu'une sensation fictive que la suggestion pouvait vaincre. Ils se sont trompés, car la piqûre de morphine soulage, satisfait un besoin réel, qu'elle seule peut calmer. Si des effets illusoires par l'emploi de l'eau simple ont été constatés, c'est qu'il s'agissait de névropathes très suggestionnables. Les malades sentent si bien la présence du poison dans le liquide de l'injection que quelques-uns, tel le morphinique de Zambaco, peuvent dire si la solution est concentrée ou non.

Les *médicaments spéciaux* pour prévenir certains symptômes sont en usage depuis fort longtemps. Il y en a de nécessaires, même d'urgents.

Le *sulfate de spartéine*, par exemple, est un tonique cardiaque, qu'il faut injecter à la dose de 2 à 5 centigrammes en une ou deux fois, sitôt que le cœur commence à faiblir ; on prescrit aussi la spartéine sous forme de potion ; la *digitale* rend également des services.

La *pyridine* (en capsules contenant 5 centigrammes), la *nitro-glycérine* sous forme de solution de trinitrine (de II à III gouttes de la solution au centième), peuvent être données en cas d'angoisse. L'effet de ce dernier médicament est rapide, mais éphémère.

Les *bromures* ont été prescrits pour apaiser la surexcitation nerveuse.

Mattison a employé le *bromure de sodium*, combiné à la *codéine* et au *trional*. Le bromure intervient comme sédatif, pour diminuer l'irritation produite par la suppression de la

morphine, la codéine sert à combattre l'excitation réflexe, et le trional s'adresse à l'insomnie.

L'*atropine* fut employée par Kochs afin de prévenir les symptômes graves de l'abstinence, parce que, dans l'idée de cet observateur, l'atropine est l'antagoniste de la morphine. Cette méthode n'a pas eu de succès.

Il en est de même de la *duboisine*, préconisée par Bernabei. Cet auteur a pourtant signalé la disparition de symptômes pénibles, qu'aucun autre médicament ne pouvait modifier.

La médication tonique rend d'incontestables services dans le traitement du morphinisme. Le *quinquina* et même un peu de vin généreux seront prescrits. Les *glycéro-phosphates* ont été donnés dans le même ordre d'idées, par Luys et Emmerich.

L'*hydrothérapie* est fort utile. Les malades doivent prendre des bains tièdes, les premiers jours, pour calmer la surexcitation cérébrale, et, plus tard, une douche froide quotidienne.

Le *massage* pendant la convalescence est indiqué.

Un point trop négligé est celui de l'alimentation. Les morphiniques en traitement ne doivent pas être soumis à un régime quelconque; les vomissements, les nausées, la diarrhée indiquent qu'il faut les mettre au régime pendant tout le temps de la suppression.

Le lait entrera, en première ligne, dans leur alimentation, puis, les œufs et les légumes secs. Les viandes seront permises dès que l'estomac pourra les supporter.

IV. **Traitement symptomatique.** — Quelques symptômes ordinaires, comme la diarrhée, les vomissements, l'insomnie ne présentent pas d'indications bien particulières. La diarrhée, tant qu'elle n'est pas exagérée, ne sera pas combattue; il en est de même des vomissements. On interviendra si le malade s'affaiblit. Le *bismuth*, le *tannin* dans le premier cas, l'eau *chloroformée* dans le second, sont les médicaments nécessaires.

L'*insomnie* disparaîtra par l'emploi des moyens que nous signalerons plus loin.

Le *collapsus* est l'accident le plus grave. Sitôt qu'il se produit, il faut injecter sous la peau 2 à 5 centigrammes de morphine. Dans les cas urgents, on recourra aux injections d'éther, de caféine, de sérum artificiel. Au bout de dix à quinze minutes, si l'état du malade ne s'améliore pas, il faut faire une nouvelle piqûre de morphine et donner du champagne, du todd, du café, etc.

Quand le malade est rétabli, on doit surveiller le cœur et la respiration, car le collapsus peut se reproduire.

D... Valentine, vingt-huit ans, institutrice, entrée dans le service, le 13 mai 1896, est devenue morphinique à la suite d'une maladie longue et douloureuse. Grande, forte, intelligente, elle accepte l'essai de la suppression brusque, jugée nécessaire, vu le bon état des organes internes, l'apparence de santé et la dose de morphine (1 gramme à 1gr,20 par jour). On la soigne au lit ; l'alimentation consiste, les premiers jours, en lait et en œufs. La surveillance est assidue, le cœur est examiné chaque jour. L'anxiété est très grande ; la malade réclame de la morphine à toutes les infirmières. Elle a de la diarrhée, qu'on combat par des pilules d'opium. Cet état d'angoisse et d'anxiété dure une semaine; puis, D... Valentine se calme. — Un mois après, elle est mise à l'épreuve ; un flacon de solution de quinine et une seringue sont placés près d'elle. La jeune femme ne peut résister à la tentation : elle se pique et remplit le flacon avec de l'eau ordinaire qui trouble la solution. Cette épreuve la désespère; la pensée d'avoir si vite succombé la tourmente. Le traitement moral, qui avait soutenu la malade au début, la réconforte encore. Elle sort guérie le 4 décembre 1896; depuis l'entrée, son poids avait augmenté de 20 kilos.

La suppression brusque ne peut s'appliquer à tous les malades et la méthode de choix, dans bien des cas, est la suppression rapide. C'est celle qu'on a employée dans les observations suivantes :

B... Georges, vingt-six ans, est un garçon intelligent, mais

paresseux. Il est devenu morphinique à la suite d'une cystite; depuis un an, il prend de la morphine combinée avec de la cocaïne (1gr,50 de morphine par jour, et 50 centigrammes de cocaïne). Depuis un mois, il a des hallucinations et des idées de persécution. — Il entre dans le service, le 26 mars 1897; le lendemain, on commence la suppression. Le malade reste au lit; le premier jour on lui accorde 10 centigrammes de morphine, en deux fois, par injections sous-cutanées. Les jours suivants, on diminue de 1 centigramme, en ayant soin de réserver pour le soir la dose élevée. Il a de la diarrhée; des pilules d'extrait d'opium sont alors prescrites. L'anxiété et l'angoisse sont modérées; elles augmentent trois ou quatre heures après la dernière injection. Le pouls est petit, mais ces inconvénients disparaissent après l'injection; le pouls redevient ample, la respiration régulière. Le dixième jour, B... prend, le soir, 1 centigramme de morphine. Le lendemain et le surlendemain, il est inquiet, déprimé, et réclame une prolongation de la cure et une petite injection de morphine. Le sommeil étant mauvais, nous donnons un peu de bromure. B... reste encore au lit; deux semaines après, la suppression est définitive, mais il est encore étroitement surveillé; l'appétit revient vite avec l'embonpoint. — Des douches froides en jet brisé, de courte durée, sont ordonnées pour rétablir la convalescence. Un mois après son entrée, B... s'occupe, dans le service, à des travaux de bureau; il quitte l'asile fin juin, guéri, du moins pour cette ois, de ses habitudes d'intoxication morphinique.

S... est un récidiviste; il a quarante-huit ans et deux fois, déjà, il est entré dans des asiles pour morphinisme. La première fois — il était jeune alors — on avait essayé la suppression brusque. Il ne put subir ce procédé « brutal », et quitta le service. Une seconde fois, dans un autre service, on tenta la méthode demi-lente. On commença par 50 centigrammes; le traitement dura trois semaines. S... sortit guéri; mais, trois mois après, il reprenait sa seringue et la solution de morphine. — Il entre dans le service au mois d'avril 1897, quelques

jours après B..., dont l'observation vient d'être donnée. Il refuse d'être soumis à la suppression rapide, craignant des symptômes d'angoisse graves; mais l'exemple de B... l'encourage. L'alitement lui est donc imposé ; toutefois, comme il est plus âgé, plus fatigué, moins résistant que son compagnon, on lui donne une potion tonique à base d'alcool. A mesure que diminue la dose de morphine, on redouble de surveillance ; les organes sont sans cesse examinés. Le dixième jour, S... prend, le soir, son dernier centigramme de chlorhydrate de morphine ; l'anxiété a été plus forte chez lui que chez B... ; il se plaignait de bâillements ; la diarrhée a persisté plusieurs jours, et l'appétit a été long à revenir. S... a guéri, néanmoins, sans aucun accident et sans trop de difficulté pour un homme de son âge. L'alimentation abondante, les exercices en plein air, les douches froides l'ont, en dernier lieu, complètement rétabli.

CHAPITRE III

TRAITEMENT DES FOLIES ORGANIQUES

ARTICLE Ier. — *Paralysie générale.*

A. CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES. — La paralysie générale occupe une place à part dans les affections de l'esprit. La déchéance totale de l'intelligence, c'est-à-dire la démence en est le trait caractéristique, tandis que, dans les autres psychoses, c'est surtout la déviation de l'activité mentale qu'on observe.

Il est fréquent de rencontrer des paralytiques généraux sans délire, atteints seulement d'un affaiblissement psychique.

Le délire, dans la paralysie générale, est d'ailleurs un élément surajouté.

Lente et insidieuse dans son invasion, la paralysie générale remonte souvent au delà de la date assignée par les parents.

Bien avant que l'intelligence paraisse profondément atteinte, des lacunes existent, trop faibles pour attirer l'attention, mais dénonciatrices à l'œil exercé du praticien. Le caractère s'irrite, la mobilité et l'activité désordonnée du malade étonnent l'entourage. Une sorte d'*ataxie psychique* fait croire, un moment, à une augmentation de la puissance intellectuelle ; une témérité de pensée et d'action donne l'illusion de la force ; mais cette activité est le résultat de l'excitation morbide.

L'instinctivité est caractéristique par sa prédominance ; le sens moral fait totalement défaut. Le malade va où son instinct le pousse, où l'idée du moment le conduit. D'humeur gaie, affable, il noue des relations avec le premier venu. A droite, à gauche, pris d'un excès de zèle, il prodigue ses offres de service, accumule les promesses, qu'il oublie un instant après.

Imprévoyant et inconscient, il fait des acquisitions inutiles, disproportionnées, qu'il omet de solder.

Le sentiment de la dignité, comme les autres sentiments moraux, est émoussé, et l'individu qui menait une vie régulière, s'affiche dans des lieux publics, avec des filles de débauche. Une excitation érotique apparaît, quelquefois, mais elle ne dénote pas l'augmentation de la puissance virile, pas plus que l'agitation psychique n'atteste l'acuité de l'intelligence.

Les aventures sont nombreuses dans la vie du paralytique : versatile, oublieux, imprévoyant, confiant, il fait des démarches incohérentes ; il est arrêté par un boutiquier à qui il vient de dérober, sans la moindre gêne, des menus objets, sans usage pour lui ; ou bien, il est conduit au poste par le cocher auquel il doit une demi-journée de courses.

A côté de cette démence, il y a des signes somatiques qui affirment le diagnostic : l'*inégalité pupillaire*, la mydriase ou le myosis, et, surtout, l'*embarras de la parole* si spécial et d'une valeur séméiologique si considérable.

Le tableau que nous venons de tracer est celui de la paralysie générale ordinaire, celle qu'on rencontre le plus communément.

UNIVERSITY OF LEEDS.

D'autres formes existent, qui, par la proportion des symptômes surajoutés, peuvent dérouter le diagnostic, au début, avant l'affirmation des signes somatiques.

Nous voulons parler de la forme mélancolique ; le paralytique ressemble alors à un lypémaniaque ; il en a l'attitude, le facies, les préoccupations délirantes, les idées hypocondriaques. Si la démence est assez avancée, on constate que ces idées ont un fond de débilité incohérente qui dénote beaucoup plus la démence paralytique que la dégénérescence mentale. Mais si les signes physiques sont peu distincts, le diagnostic est délicat et la conduite thérapeutique est épineuse. Il faut, avant d'entreprendre un traitement, attendre l'apparition des signes caractéristiques de la paralysie générale, ou bien essayer de reconstituer la maladie et d'établir le diagnostic à l'aide des commémoratifs. Dans la forme maniaque, l'agitation psycho-motrice fait hésiter entre la paralysie générale et l'état maniaque des dégénérés. Les antécédents personnels, ou l'absence des signes caractéristiques, inclineront le diagnostic d'un côté ou d'un autre. On veillera avant tout sur l'éventualité des complications, telles que la congestion cérébrale, les attaques apoplectiformes et épileptiformes.

B. Traitement. — Dans les traités et mémoires consacrés à la paralysie générale, le chapitre du traitement est le plus ordinairement si abrégé, qu'il se résume souvent en un seul mot : *internement.*

Pourtant, il y a bien des soins à donner aux paralytiques. On peut, cela est certain, par un traitement méthodique, provoquer une rémission souvent longue et un arrêt de la maladie. Les cas de guérison qu'on a cités ne sont sans doute que des rémissions, mais n'est-ce pas déjà un résultat appréciable ?

Les rémissions sont quelquefois si complètes, en apparence, que pour tout autre que le médecin il y a guérison. Nous avons vu des paralytiques généraux en rémission non seulement sortir de l'asile, mais reprendre leurs occupations, leur

place dans la vie et aider leur famille durant plusieurs mois et même quelques années.

Si grave, donc, que soit le pronostic, c'est un devoir de soigner le paralytique général ; car, ce sont ces soins assidus et éclairés qui prépareront sinon la guérison, du moins ces longues rémissions qui en empruntent les apparences.

I. **Hygiène du paralytique général.** — Deux cas peuvent être soumis aux soins du médecin : ou bien il s'agit d'un paralytique sans délire, que la famille voudra soigner elle-même ; ou bien, on a affaire à un délirant. Dans le premier, comme dans le second cas, après un examen complet des organes, on soumettra le sujet à une hygiène sévère et on exigera le calme le plus complet.

La vie tranquille est d'une absolue nécessité pour le paralytique. Aussi, le séjour dans une maison de santé offre-t-il le plus d'avantages.

En liberté, les paralytiques doivent être astreints aux mêmes mesures hygiéniques : autour d'eux, le calme régnera. Leur activité maladive, leur exubérance amènent rapidement la fatigue et produisent des poussées congestives. Toutes les distractions (le théâtre, les voyages, les grandes promenades) sont nuisibles, parce qu'elles augmentent l'agitation. Au contraire, et contre le désir des malades, le repos moral et physique est nécessaire, surtout au début. A cette hygiène morale, les autres mesures hygiéniques seront associées.

Les salles où les paralytiques séjournent ne doivent pas avoir une température au-dessus de 17° ; la chaleur excessive provoque des congestions. Dans le même dessein, il faut interdire les promenades l'été, en plein soleil.

On voit combien est délicate l'hygiène des paralytiques. C'est pourquoi nous insistons sur leur placement dans une maison de santé. Parmi les sujets soignés à l'asile beaucoup ont des rémissions longues ; parmi ceux qui sont soignés à domicile, il y en a peu qui bénéficient du traitement, et si

des rémissions se produisent, elles sont de courte durée.

On sait que les paralytiques généraux ont un appétit vorace et que les troubles gastro-intestinaux ne sont pas rares chez eux. L'hygiène de l'estomac les préviendra. Une alimentation simple, mais substantielle, sera donnée à des heures régulières ; la quantité sera mesurée. Le lait, les œufs, les légumes verts cuits, sont à recommander ; le vin, la bière et les autres boissons alcooliques seront écartés du régime comme excitants ainsi que le café et le thé.

Si, malgré toutes les précautions, des troubles se manifestent, on prescrira de légères *purgations*, des *amers*, des *toniques*, le *régime lacté*, etc. Il est bon d'employer les *antiseptiques intestinaux*, *le benzonaphtol*, *le bétol*, ou encore les lavements d'eau bouillie.

Le paralytique sera tenu très propre ; le bain tiède très court, avec savonnage, sera prescrit toutes les semaines. La bouche, les dents seront nettoyées journellement.

En rémission, le paralytique ne cessera pas d'être soigné. On le mettra à l'abri de toute occupation fatigante. Il ne faut pas oublier que l'intelligence est amoindrie et que des rechutes peuvent être occasionnées par la reprise de la vie ordinaire. Les familles, témoins de l'amélioration, réclament la sortie dans l'espoir d'une guérison prochaine. Le médecin fera comprendre que la maladie est, pour le moment, arrêtée dans sa marche, mais non pas éteinte, et qu'afin de prolonger cette accalmie, l'hygiène, le repos intellectuel doivent être maintenus. Ce sont des choses qu'on ne peut guère obtenir hors de la maison de santé. Le malade y sera donc gardé le plus possible. Des sorties provisoires de plusieurs jours pourront être accordées.

Et, si au bout de quelques mois de rémission complète, on songe à la mise en liberté, il faut recommander la campagne, un milieu tranquille, une vie paisible et régulière.

Un cas très intéressant de rémission dans la paralysie générale, est celui de B..., qui fut, pendant plus de trois ans,

le domestique des internes de l'asile de Vaucluse. C'était un homme de quarante-cinq ans, entré dans le service pour une paralysie générale au début. La vie calme, l'hygiène ont vite amené l'apaisement des centres. Quand nous avons connu B..., il était en pleine rémission, et, chose extraordinaire, sa mémoire était fort bonne. Sa parole était toujours caractéristique par son embarras; l'inégalité pupillaire était très nette; la logique et le jugement étaient amoindris, mais la mémoire, nous l'avons dit, était excellente. — B... faisait son service très correctement et vivait paisiblement à l'asile. Il n'aurait certainement pu vivre au dehors, malgré l'apparence de complète guérison, sans hâter la marche de la paralysie générale.

II. **Traitement de l'inflammation corticale.** — Pour combattre l'*inflammation* de l'écorce du cerveau, il faut recourir aux révulsifs. Le séton à la nuque, préconisé par Baillarger, est encore conseillé par Mairet. Les pointes de feu sur la région cervicale postérieure, ou le long de la colonne vertébrale, dans les cas où des complications apparaîtraient du côté de la moelle épinière, ont donné quelques résultats. Les vésicatoires, les pommades irritantes ont été appliquées. On ne peut dire que ces moyens guérissent; mais, en décongestionnant le cerveau, ils peuvent améliorer l'état du malade et prolonger la rémission.

L'*iodure de potassium* ou de *sodium*, à petites doses de 25 centigrammes à 1 gramme, dans les vingt-quatre heures, peut être essayé. Les *émissions sanguines* générales ont eu leur vogue ; mais, aujourd'hui, on ne les pratique plus et l'on se contente d'*émissions locales*, à l'aide de *sangsues* appliquées derrière les oreilles.

Pour faciliter la décongestion, les purgatifs, l'*aloès* surtout, seront conseillés, ainsi que les bains de pieds sinapisés.

Si des phénomènes de congestion passive surviennent, on prescrira la *digitale*, la *digitaline* (Bigot, Mickle), l'*ergot de seigle* ou l'*ergotine* (Mann, Toselli). Ce dernier médicament

a été employé pour combattre les attaques apoplectiformes et épileptiformes (Christian).

L'électricité a été expérimentée par Hitzig, Arndt et Newth. On fait passer un courant galvanique faible et l'on agit principalement sur la moelle épinière, en plaçant le pôle négatif sur la nuque, et le pôle positif sur l'une des extrémités.

Hitzig électrisa la portion cervicale de la moelle. Il prétend avoir obtenu des résultats satisfaisants. D'autres ont été moins heureux et n'ont pu constater la moindre amélioration. Nous déconseillons l'électricité qui aggrave souvent la maladie. Il en est de même des *douches froides*, dont on abuse. Les paralytiques ont une recrudescence de l'affection sous l'action de l'eau froide. Nous pourrions citer de nombreux cas empruntés à notre pratique personnelle où l'emploi de l'électricité ou des douches froides a manifestement accéléré la marche de la maladie.

La *chirurgie* est intervenue à son tour dans le traitement des psychoses. Nous avons vu qu'on trépanait pour guérir les hallucinations. Le Dr Claye-Shaw (1), de l'hôpital Saint-Bartholomew, fit trépaner un paralytique général, ayant de l'embarras de la parole, des idées de grandeur et de satisfaction, des réflexes exagérés avec ataxie de la marche, rétention d'urine. La dure-mère incisée donna passage à une quantité considérable de liquide cérébro-spinal. Et le résultat paraît-il, fut tel, que le malade « cessa d'être aliéné ».

Le Dr Batty Tuke (2) fit trépaner un paralytique général, à droite et à gauche de la ligne médiane, au niveau des bosses pariétales. Du côté gauche, la dure-mère fut incisée. Les effets furent satisfaisants, mais au point de vue chirurgical seulement ; car, au bout de quelques jours d'une amélioration apparente, les phénomènes réapparurent et la paralysie suivit son cours.

(1) Clay-Shaw, *British medical Journ.*, novembre 1889.
(2) Batty Tuke, *British medical Journ.*, janvier 1890.

En France, cette méthode n'a pas été essayée, que nous sachions.

Notre avis est que la chirurgie n'a pas à intervenir dans une maladie où l'inflammation est générale et non pas limitée à un point, où la main de l'opérateur pourrait atteindre.

III. **Traitement causal.** — Nous savons, aujourd'hui, que la paralysie générale a deux facteurs étiologiques principaux : la syphilis et l'alcoolisme, auxquels on pourrait ajouter le surmenage. Au début de l'affection, si l'on est sûr du diagnostic, un traitement spécifique est nécessaire, à moins de contre-indication. En partant de cette idée que la paralysie générale est toujours une lésion syphilitique, certains médecins ne craignent pas de soumettre, d'emblée, leurs malades à un traitement spécifique des plus sévères. Malheureusement, en clinique, parmi les paralytiques généraux syphilitiques, il y en a peu qui profitent, même momentanément, du traitement spécifique. Il y a plusieurs points à considérer avant d'instituer le traitement.

S'agit-il d'un paralytique chez qui la syphilis remonte à quinze ou vingt ans ? le traitement ne modifie en rien la marche de la maladie et peut, au contraire, l'accélérer. Si c'est un paralytique général en excitation ou en dépression, le traitement spécifique est dangereux, parce qu'il n'est pas de nature à calmer la surexcitation cérébrale.

Dans le seul cas d'une paralysie générale au début, avec syphilis récente (quatre à huit ans), le traitement approprié peut avoir des chances d'arrêter la marche de la maladie et de produire de longues rémissions.

Nous ne cherchons pas à discuter ces phénomènes ; l'observation de nombreux malades, bénéficiant d'une rémission, nous démontre que le traitement causal de la paralysie générale paraît réussir dans ces conditions. On peut essayer l'iodure de potassium (1 à 4 grammes), seul ou combiné au mercure. Le malade

sera surveillé : à la moindre aggravation des symptômes, il faut cesser le traitement.

Dans les cas de paralysie générale d'origine alcoolique, la conduite est simple. Le vin et les autres excitants seront supprimés ; c'est d'une nécessité absolue. Le *lait* convient très bien ; il facilite l'élimination des toxines, apaise l'excitation, régularise les fonctions gastro-intestinales. Le *quinquina* a été conseillé. On le prescrit en décoction ou en extrait.

On a expérimenté dernièrement les *glycérophosphates de chaux*, de *soude*, etc.

Quand toute trace de congestion a disparu et que la maladie est atonique, Mairet a obtenu des effets utiles : 1° de la *strychnine*, sous forme de granules ; 2° des injections de *liquide testiculaire*.

Le meilleur traitement de la paralysie générale est encore le traitement hygiénique ; le calme psychique, la régularité de la vie, la stimulation des fonctions de la peau et le bon état des voies digestives sont des éléments des plus importants.

IV. **Traitement des complications.** — Bien entendu, quand nous conseillons la sobriété pharmaceutique et l'abstention chirurgicale, il n'est pas dans notre esprit de restreindre le rôle du médecin ; on doit soigner assidûment les symptômes (*agitation*, *dépression*) et ne rien négliger pour obtenir la rémission.

Nous n'avons rien à ajouter à ce que nous disions au chapitre du traitement de la dépression mélancolique. Répétons qu'au cas douteux de paralysie générale dépressive, il ne faut pas prescrire l'opium.

Quant à l'agitation, il convient d'en dire deux mots.

Tous les agités profitent de l'alitement. Mais la position horizontale, qui facilite l'irrigation cérébrale, sera-t-elle avantageuse aux paralytiques chez qui il existe déjà une hypérémie du cerveau ? C'est un point qui mérite l'attention.

Certains auteurs ont proposé de faire coucher tous les

paralytiques. Il y a, là, une exagération. On peut les laisser au lit, plusieurs jours, en ayant soin qu'ils soient assis, plutôt qu'étendus ; au bout de ce temps, il est prudent de les faire lever.

La dépression ou l'état maniaque ne sont pas des complications proprement dites : ce sont simplement des formes de la paralysie générale. Les vraies complications sont les *convulsions épileptiformes* ou *apoplectiformes* dont nous parlerons plus loin.

La *paralysie des muscles de la déglutition* est une complication fâcheuse ; elle peut amener la mort par asphyxie. Pour la prévenir, il faut donner aux malades des aliments liquides ou, du moins, des aliments solides très divisés.

La *broncho-pneumonie* est fréquente dans la paralysie générale ; c'est pour prévenir, autant que possible, cette redoutable complication que la bouche et le nez seront fréquemment lavés avec une solution antiseptique, surtout en temps de grippe et d'épidémie.

Quant au *cœur*, il fléchit parfois ; la *caféine*, la *digitale* donneront, à temps, de l'énergie au muscle cardiaque.

Un autre accident, qui peut devenir grave, est la *rétention d'urine*, avec son cortège de phénomènes. Le sondage antiseptique, pratiqué plusieurs fois par jour, est alors nécessaire.

Quant aux *troubles trophiques*, on les prévient, dans la mesure du possible, en exigeant une extrême propreté. Mais, ainsi que l'un de nous l'a expliqué (1), ces accidents arrivent malgré tout, parce qu'ils sont dans la nature même de la maladie. Chaque trouble trophique exige un traitement approprié.

L'*escarre fessière* est la plus importante de ces lésions parce qu'elle est la cause des infections secondaires ; elle sera soignée énergiquement. Il faut nettoyer la plaie avec des solutions antiseptiques et faire des pansements fréquents.

(1) Cololian, *Les troubles trophiques de la paralysie générale* (*Arch. de neurologie*, 1898).

Brown-Séquard enseigne une méthode contre les escarres d'origine spinale ; il s'agit d'applications locales, alternativement chaudes et froides. On met sur la lésion un sac de glace durant huit à dix minutes ; puis, on le remplace par un cataplasme chaud, qu'on laisse en place une heure. Ce mode de traitement peut convenir pour l'escarre de la paralysie générale.

Cette lésion trophique est produite par le frottement et la compression. Pour diminuer le frottement, on a proposé de placer un foulard de soie au milieu du lit; nous avons essayé ce moyen qui n'a pas souvent réussi.

La poudre de *charbon* et de *quinquina* nous a donné de meilleurs résultats.

Article II. — *Démence.*

A. Considérations générales. — La démence est la déchéance complète des facultés mentales, avec ou sans délire, s'accompagnant, à la longue, d'un affaiblissement physique.

En clinique, le dément offre des aspects fort différents et chaque forme a des causes complexes. Pour la facilité de l'étude, nous distinguerons une *démence primitive* et une *démence secondaire.*

Dans la *démence primitive* se classent la *démence sénile* et la *démence précoce* des jeunes gens.

La *démence secondaire* comprend, dans un premier groupe, les *démences vésaniques*, consécutives au délire chronique à évolution systématique, à la folie intermittente et à la manie chronique, et les *démences névropathiques*, consécutives aux névroses convulsivantes : hystérie, épilepsie.

Dans un deuxième groupe se rencontrent les *démences organiques*, occasionnées par les lésions *généralisées* de la paralysie générale, de la pachyméningite, de l'alcoolisme chronique, ou bien, par des lésions *en foyer*, comme dans le

ramollissement ou l'hémorragie cérébrale ; c'est la démence apoplectique.

Si, au point de vue clinique, toutes ces divisions ont leur importance, au point de vue thérapeutique, beaucoup de frontières s'effacent et plusieurs formes de démence se confondent. Ainsi, il y a peu de différence entre le dément sénile, le dément alcoolique et même le dément vésanique.

L'homme qui tombe en démence perd progressivement les plus nobles attributs de sa personnalité. L'élément psychique s'altère, les conceptions se ralentissent ; l'imagination, la pensée perdent leur vivacité ; le raisonnement, la mémoire s'affaiblissent et l'assimilation psychique se réduit de plus en plus.

A cet ensemble d'affaiblissement démentiel, s'ajoutent souvent des troubles psychiques, des excitations intellectuelles, du délire même ; il y a alors, tout à la fois, *déficit* mental et *déviation* intellectuelle.

Dans la sphère de l'émotivité, les modifications sont nombreuses ; le caractère s'aigrit, devient irritable, défiant, égoïste. La gaieté fait place à la tristesse, aux pleurs, sans cause apparente. Cette tristesse prend, parfois, la forme dépressive mélancolique ; ou bien, le dément se montre apathique, insouciant. Dans cette déchéance des facultés, les sentiments éthiques sombrent plus ou moins. Aiguillonné par une excitation génésique confuse, le dément commet des actes immoraux, sur les enfants principalement, actes qui amènent aisément son arrestation, car il ne prend aucune précaution pour se soustraire aux conséquences de sa conduite.

Puis, l'altération des cellules nobles s'accentue, la ruine du cerveau s'accomplit, irrémédiable. On observe bien encore des préoccupations délirantes, mais toutes sont marquées du sceau de la sénilité.

L'*excitation maniaque* sénile existe, non comme entité morbide, mais comme forme assez distincte. C'est une complication grave qui mène rapidement à la consomption mentale et physique.

La *mélancolie sénile* est souvent constituée par des préoccupations hypocondriaques caractéristiques ; les hallucinations y sont assez communes.

Le *délire de persécution* est la complication la plus fréquente de la démence : les idées de vol dominent les préoccupations du malade ; la mémoire lui faisant défaut, il croit volontiers qu'on l'a spolié, que son entourage, ses enfants veulent se débarrasser de lui pour le dépouiller.

Des *idées de suicide* germent dans ce cerveau déchu ; elles découlent de la dépression mélancolique, ou résultent du désir d'échapper à d'imaginaires persécuteurs.

Démence vésanique. — Certaines aliénations chroniques (délire chronique, folie intermittente, manie et mélancolie chroniques) se terminent par la démence; les mêmes phénomènes, le même affaiblissement psychique, les mêmes modifications morales y apparaissent, avec un caractère pourtant moins enfantin que dans la démence organique.

Démence alcoolique. — Dans la démence alcoolique, les signes cliniques se rapprochent de ceux qu'on observe dans la paralysie générale à forme lente, ou de ceux de la démence sénile. L'observation démontre qu'il y a des alcooliques chroniques sur la frontière de la paralysie générale, ou qui s'y acheminent. Si les lésions ne sont pas irrémédiables, le processus peut être enrayé par le traitement ; si la paralysie générale est établie, les efforts du médecin seront dirigés vers la rémission possible.

La démence alcoolique simple, celle où aboutissent la majorité des buveurs d'habitude, des alcooliques chroniques, est surtout caractérisée par des hallucinations vespérales, des cauchemars nocturnes. Les sentiments éthiques sont très profondément atteints, bien avant les autres.

Démences organiques apoplectiques. — A côté de ces démences, on en reconnaît d'autres qu'on appelle *hémiplé-*

giques, et qui sont consécutives au ramollissement cérébral, à l'hémorragie ou aux tumeurs cérébrales.

Dans le *ramollissement cérébral*, par thrombose ou par embolie, par oblitération lente ou brusque, il y a des troubles fonctionnels durables (hémiplégie, aphasie, etc.), et parfois des troubles psychiques. Chez les sujets jeunes, les attaques successives de ramollissement sont relativement rares. Le ramollissement est dû à l'embolie dans la grande majorité des cas. Chez l'adulte et chez le vieillard, l'attaque n'est pas isolée ; par suite des attaques successives, l'affaiblissement psychique augmente et se termine par la démence.

Cette démence n'a aucun caractère particulier. On y retrouve les modifications que nous avons esquissées : diminution de la mémoire, du jugement et de l'association des idées. Certains malades sont vindicatifs, autoritaires, sournois, défiants, soupçonneux; les autres, apathiques, puérilement dociles et passifs. Les idées de persécution, de suicide peuvent apparaître et se traduire avec une certaine fixité. Le dément devient alors dangereux et il faut prendre les mesures reconnues nécessaires (internement).

Dans l'*hémorragie cérébrale*, les troubles psychiques sont tardifs. Si la mort ne survient pas, la période de réparation progressive succède, tendant à l'amélioration plus ou moins marquée. Les troubles de la parole, très sensibles au début, s'atténuent. Les fonctions psychiques ne sont pas atteintes aussi profondément que chez les déments par ramollissement ; l'affaiblissement de la mémoire et les altérations mentales sont bien moindres que chez les sujets atteints de ramollissement cérébral.

Le pronostic est moins grave quand le cerveau, frappé d'hémorragie cérébrale, n'est pas lésé par l'alcoolisme, le saturnisme ou la vieillesse, toutes causes affaiblissantes qui provoquent à elles seules la démence.

Les *tumeurs cérébrales* (gliome, cérébrome, neurogliome ganglionnaire, sarcome, fibrome, carcinome, tumeurs parasitaires, tumeurs vasculaires, tumeurs kystiques, syphilomes

gommeux, tubercules, etc.), présentent des symptômes constants au nombre de trois : céphalée, convulsions, affaiblissement intellectuel. Les vomissements localisent généralement la lésion vers la base.

La *céphalée* est la première en date ; elle est frontale, pariétale, occipitale, d'après le siège de la tumeur. De sourde au début, elle devient par la suite pongitive, gravative, térébrante, etc.

Les *convulsions* apparaissent après la céphalée et ressemblent plus ou moins à l'épilepsie vraie.

La *déchéance mentale* succède également à la céphalée. Le sujet, absorbé par la douleur céphalique, ressemble, à cette période, à un mélancolique en demi-stupeur : il ne parle plus, ne s'alimente pas et gâte parfois. Comme toutes ces tumeurs sont envahissantes, les facultés mentales, au fur et à mesure de l'accroissement de la tumeur, sont amoindries. Le malade tombe peu à peu en démence.

L'intercurrence des symptômes ci-dessus peut servir de guide au diagnostic.

Démence pachyméningitique. — L'affaiblissement intellectuel produit par l'inflammation chronique de la dure-mère, la pachyméningite, est aussi une démence progressive. La symptomatologie de cette inflammation, à dater du début jusqu'à une période avancée, est vague.

Dans la *première période* (période de pachyméningite sans épanchement), on observe de la céphalalgie, une sensation de pesanteur à la tête, une diminution de la mémoire, un léger embarras de la parole, avec faiblesse musculaire et hésitation de la marche. A cette période, on peut soupçonner la paralysie générale. Mais la céphalalgie est constante, plus tenace, plus intense que dans la paralysie générale, où elle fait très souvent défaut.

A la deuxième période (période de l'hématome), quand l'épanchement se fait à la face interne de la dure-mère, où se

produisent des feuillets de néo-membranes, il y a parfois un ictus apoplectique, lent, graduel et progressif, comme l'épanchement du sang qui l'occasionne. Souvent cet ictus est incomplet. C'est alors qu'on observe les signes de démence les plus accusés : indifférence, torpeur intellectuelle croissante, amnésie, gâtisme. Du côté des pupilles, on trouve du myosis, d'un seul ou des deux côtés, parfois du nystagmus. La céphalalgie est continuelle ; les malades sont presque toujours en somnolence.

Des ictus apoplectiques et des attaques épileptiformes se succédant avec chaque raptus hémorragique, font penser à la pachyméningite. Il peut y avoir des paralysies de la face, d'un ou de plusieurs membres.

B. Traitement. — Le dément, réduit à la vie végétative, ne saurait reconquérir ce qui est à jamais perdu et il va s'acheminer, plus ou moins vite, vers le marasme final.

La médecine n'a pas la prétention de guérir la démence, mais elle peut avoir celle d'essayer de la prévenir par des moyens prophylactiques et hygiéniques.

L'invasion de la démence peut être reculée quand on entrevoit certaines altérations significatives ; l'hygiène la plus rigoureuse doit être mise en œuvre et à ceux qui font des excès alcooliques, tabagiques, sexuels, il faut signaler le danger de tels abus. Pour ce qui est des aliénés, l'internement précoce offrira quelques chances d'amélioration. Nous avons dit que beaucoup de familles n'acceptaient pas l'idée de l'internement. Pourtant, toutes les psychoses ne peuvent être soignées à domicile, l'isolement étant dans beaucoup de cas une des conditions du traitement. La démence vésanique ou névropathique envahit plus vite l'aliéné au sein de sa famille que dans l'asile. Nous n'avons pas de statistique qui puisse affirmer cette vérité, mais ceux qui vivent avec les malades, qui les observent, l'ont constatée comme nous. Aussi le répétons-nous encore, toutes les fois qu'on observe les premiers signes

d'une affection mentale grave et quand on ne croit pas à la guérison dans le milieu de la famille, il faut proposer l'internement pour essayer de sauver le cerveau de la démence précoce et pour obtenir une amélioration.

Nous avons inscrit en tête de cet article le mot « traitement ». En réalité, il n'existe pas de traitement curatif de la démence ; il y a seulement des soins hygiéniques à prescrire.

Hygiène du dément. — L'hygiène sera observée, pour le dément, avec une rigueur et une persévérance qui ne faibliront pas.

Des bains tièdes, des savonnages, maintiendront la peau très propre en la débarrassant des sécrétions, qui s'accumulent à la surface du corps, obstruent les orifices extérieurs et ralentissent les fonctions cutanées. Le bain aura de 35° à 36°, pour que la température du corps ne subisse aucune modification. On le donnera dans une baignoire plutôt que dans une piscine. La durée en sera très courte, et pour prévenir les congestions cérébrales, on aura la précaution de mettre des compresses d'eau froide sur la tête.

Les vêtements seront soignés, changés avec précaution d'après les conditions météorologiques. Il fut un temps où l'on croyait que l'aliéné pouvait résister à des températures très basses, sans avoir besoin de se couvrir ; on s'imaginait que les variations brusques de température n'agissaient pas sur lui. Sans nier certaines endurances surprenantes, on trouve aujourd'hui que de grands ménagements ne sont pas superflus. L'habillement fait partie de l'hygiène corporelle. Les vêtements, tout en réalisant la protection de la peau contre les chocs, les frottements et la température ambiante, ne doivent pas entraver la circulation de l'air et l'intégrité des sécrétions cutanées. Ils doivent être perméables à l'air; c'est une condition indispensable pour les échanges qui se font à la surface du corps.

L'alimentation des déments exige des précautions. L'adulte demande une ration d'entretien supérieure à celle du vieil-

lard. L'adulte a des occupations ; il doit consommer proportionnellement à son travail. L'alimentation du dément, presque toujours peu actif, quelquefois immobile, doit être légère, si l'on veut éviter les complications gastriques. Beaucoup de déments paralytiques, alcooliques, séniles, montrent une véritable gloutonnerie : ils mangent beaucoup et avalent sans mâcher. Il faut les rationner, régler l'horaire des repas et donner peu à la fois, mais assez fréquemment. Les viandes hachées, bien cuites, les légumes frais ou secs leur conviennent. Le lait et les œufs constituent les aliments par excellence.

Certains médecins conseillent les vins généreux pour soutenir les forces ; il y a lieu de se défier. Le dément, plus que tout autre, doit être sobre de boissons spiritueuses ; les tisanes, les boissons délayantes lui conviennent mieux.

En cas de paresse gastrique, on prescrira quelques tisanes amères et le régime lacté. Jadis, on supposait que la diarrhée faisait partie du cortège symptomatologique de la démence, tant elle était fréquente. Aujourd'hui qu'on sait soigner et nourrir convenablement les déments, elle a presque disparu et l'on observe même fréquemment de la constipation. Celle-ci est facilement combattue.

Des examens répétés préviendront les complications morbides qu'entraîne la vieillesse. Les hypocondriaques se plaignent toujours ; on les examinera attentivement dès qu'on soupçonnera l'invasion d'une maladie intercurrente.

L'*hygiène morale* consiste à occuper, le plus possible, l'esprit du malade ; car, si quelques rares individus sont atteints de la démence absolue, la plupart des séniles conservent encore quelques aptitudes qu'il faut chercher à utiliser. Sans cette gymnastique morale, les dernières lueurs de l'intelligence disparaîtraient promptement.

Les promenades quotidiennes dans les jardins, en pleine campagne, serviront d'exercices corporels, de gymnastique physique ; les jeux de cartes, de billard, tiendront l'esprit

en éveil. La lecture, la musique, le chant, sont d'utiles auxiliaires ; le médecin organisera au besoin des orphéons, tels qu'il en existe dans plusieurs asiles.

Les anciens artistes ou simples artisans seront occupés à des travaux en rapport avec leur état et leurs capacités.

Toutes ces diversions, promenades, jeux, travaux manuels, distraient le malade, tendent à égayer son esprit et concourent à calmer l'excitation psycho-motrice, et à faire disparaître les préoccupations déprimantes et hypocondriaques.

Article III. — *Complications dans la démence.*

Ainsi que nous venons de le voir, trois ordres de symptômes sont couramment observés dans la démence : la *congestion cérébrale*, les *attaques apoplectiques* et *épileptiformes* et le *gâtisme* ; ils sont, en l'espèce, sinon constants, du moins très fréquents.

Congestion cérébrale. — Elle est fréquente au début de la *paralysie générale*, surtout dans la forme maniaque. Certains aliénés *arthritiques* et *pléthoriques*, dans une crise d'excitation maniaque, ont de l'hypérémie cérébrale. Les *alcooliques* délirants, avec ou sans fièvre, y sont sujets. On a également observé la congestion dans le *délire aigu*.

Potain (1) a décrit quatre formes de congestion cérébrale :

1° La *forme légère* ;

2° La *forme grave*, qu'accompagnent des convulsions épileptiformes, des hallucinations, du délire, ou une augmentation de l'intensité du délire préexistant ; il n'y a pas d'ictus dans cette variété ;

3° La *forme apoplectique*, qui est le « coup de sang » vulgai-

(1) Potain, article *Cerveau*, in *Dict. encyclop. des sc. méd.*, t. XIV, 1re série, p. 322.

rement connu ; elle est fréquente dans la paralysie générale ;

4° La *forme passive* (*stase, engorgement*), qui s'établit lentement comme chez les alcooliques. Les vaisseaux cérébraux sont altérés, la circulation générale est compromise.

Il faut intervenir activement si cela est possible.

La première indication est de remédier à l'*accident*. Plus tard, après en avoir discerné les causes, on tentera de les combattre.

D'après Potain, la thérapeutique de la congestion cérébrale consiste, suivant le cas :

1° A diminuer la tension artérielle ;

2° A faciliter la circulation dans les veines par où revient le sang après avoir traversé le cerveau et à réduire au minimum possible la pression sanguine ;

3° A rendre plus aisé l'écoulement de ce liquide à travers le réseau des capillaires cérébraux (en cherchant à diminuer la viscosité du sang trop grande chez les pléthoriques) ;

4° A provoquer et accroître la tonicité des vaisseaux afférents, peut-être des capillaires eux-mêmes.

Les trois premières indications relèvent de la médication déplétive ; on les remplit en faisant, soit de la révulsion, soit de la dérivation. Il s'agit de détourner du cerveau la *fluxion*, « le mouvement anormal, en vertu duquel l'équilibre général des liquides est rompu, mouvement qu'il faut distinguer de son effet, la congestion » (Barthez).

Jusqu'ici, nous nous sommes abstenus de parler de la saignée, comme moyen curatif des maladies mentales. Au chapitre de l'historique, nous avons rappelé quel énorme abus on avait fait de cette médication déplétive dans la thérapeutique mentale. Nous savons aujourd'hui qu'une saignée intempestive peut être fort nuisible. Mais, dans le cas qui nous occupe, la prescription de la saignée serait parfois légitime. On peut essayer une saignée locale, si l'état du malade ne

réclame pas la saignée générale. Les ventouses scarifiées et les sangsues pourront être indiquées.

Les autres agents de la dérivation sont les *purgations* salines, les lavements purgatifs, quand il faut agir vite. Les pédiluves sinapisés, les bottes sinapisées, les cataplasmes sinapisés pourront rendre des services.

Pour provoquer et accroître la tonicité des vaisseaux, on peut faire sur la tête des applications de compresses imbibées d'eau glacée ou bien encore maintenir sur le front des compresses vinaigrées, ou alcoolisées, souvent renouvelées. Hammond électrise le grand sympathique cervical, afin de provoquer la constriction des vaisseaux de l'encéphale.

Comme médicament interne, l'*ergot de seigle* (ou l'*ergotinine*) a été prescrit pour décongestionner le cerveau. Ce vasoconstricteur a été employé, également, dans les attaques apoplectiques et épileptiformes des paralytiques généraux (Christian) (1), sans donner d'ailleurs des résultats bien remarquables.

Les *convulsions épileptiformes* ne sont pas rares dans la congestion cérébrale ; les accès ne durent pas longtemps, et l'on ne peut songer à une saignée générale. Mais, afin de prévenir ces accidents, il convient de donner des purgatifs salins et faire des révulsions sur les membres inférieurs : bains de pieds sinapisés, etc. Il faut, surtout, s'adresser aux préparations bromurées.

On ne doit pas, en tous cas, se contenter de la simple prescription d'une potion ; il faut surveiller le régime, supprimer tout aliment excitant, surtout les boissons alcooliques, les infusions de café ou de thé. Le malade sera mis au régime lacté mixte, jusqu'à ce que les phénomènes de congestion s'amendent et les accidents épileptiformes disparaissent.

Apoplexie. — En considérant l'apoplexie comme un syndrome clinique, dépendant de causes variées, il est impos-

(1) Christian, *Société médico-psych.*, 1895, séance du 26 janvier.

sible d'indiquer une ligne de conduite pour le traitement.

La cause principale de l'apoplexie, suivant les classiques, est l'hémorragie cérébrale, et, parfois, le ramollissement par thrombose ou par embolie.

Pourtant les attaques apoplectiques ne sont pas rares chez les aliénés.

Des affections cérébrales avec lésions anatomiques généralisées, peuvent produire des attaques d'apoplexie ; c'est le cas de la paralysie générale, où l'apoplexie est loin d'être rare.

On peut citer aussi les attaques apoplectiformes qu'on observe chez les alcooliques chroniques.

La première indication est la révulsion ; et comme, le plus souvent, il existe une congestion concomitante, une pléthore céphalique, on doit intervenir activement. L'état du pouls et de la circulation générale, guidera le choix de tel ou tel mode d'émission sanguine. Rarement on aura besoin d'une saignée générale, à moins qu'il n'y ait des signes évidents d'éréthisme circulatoire interne, avec turgescence générale, pouls vibrant, etc., encore, dans ce cas, il ne faut soustraire qu'une petite quantité de sang, surtout chez un paralytique. Pour quelques médecins, l'émission sanguine serait toujours contre-indiquée. Ce n'est pas tout à fait notre avis ; l'état général du malade, parfois, réclame cette dérivation ; on peut recourir aux sangsues, ou aux ventouses scarifiées.

On ne négligera pas les purgatifs, qui opèrent aussi une dérivation salutaire. Toutes les purgations peuvent convenir ; le calomel sera préféré dans les attaques apoplectiques, si le malade est en état de déglutir. On peut en donner jusqu'à 75 centigrammes et même 1 gramme, en vingt-quatre heures dans du lait, par doses fractionnées. Si l'absorption par la voie buccale n'est pas possible, on doit prescrire un lavement purgatif.

Enfin, il reste l'emploi des révulsifs cutanés (pédiluves, cataplasmes sinapisés, bottes de coton avec farine de moutarde). Les vésicatoires, assez délaissés de nos jours, peuvent pourtant être usités sur les membres inférieurs.

Gâtisme. — C'est une tendance trop fréquente de négliger le malheureux malade réduit à l'état de gâtisme. Tous ceux qui ont une seule fois visité un asile, doivent avoir bien gravé dans leur mémoire, l'aspect de cette lugubre salle, où les malades, assis sur des fauteuils percés, laissent échapper, du matin au soir, leurs matières fécales. Est-ce donc qu'il n'y a rien à tenter pour remédier à une situation si lamentable?

Il faut, d'abord, rechercher les causes du gâtisme.

La cause du gâtisme, chez les déments, est presque toujours organique; elle est due à la paresse musculaire ou à la paralysie des sphincters. Quelquefois pourtant la cause est psychique; elle remonte à des troubles intellectuels graves, à une fatigue de l'attention.

Selon l'étiologie, le pronostic change.

Chez les malades atteints de délire, chez les mélancoliques, chez les stupides surtout, le gâtisme tient à l'engourdissement de la conscience; ou bien, l'attention, troublée par le flux des idées, comme chez les maniaques, ne peut retenir les sensations du besoin d'évacuation. Les centres récepteurs ne reçoivent plus que des perceptions confuses; les excitations produites par les sphincters, arrivent aux centres à l'état d'ébauche et l'attention, ainsi détournée, ne distingue aucune sensation : *le malade s'oublie.*

Les hallucinés, alcooliques ou autres, sous l'impression de la terreur, de quelque image hallucinatoire, perdent parfois toute notion des choses, des êtres et des besoins à satisfaire.

Le gâtisme peut n'être que transitoire; il tendra à persister au contraire, si l'on ne sait pas reconnaître les différents cas et si au lieu de soigner les malades isolément on les envoie indistinctement dans le quartier des gâteux.

Dans le quartier des gâteux, le sujet est considéré comme un déchu, un dément. On lui donne de vieux vêtements, tout tachés des souillures de ceux qui les ont portés avant lui; ils sont ou trop grands ou trop petits.

Une fois là, il *gâte*, et nul ne s'y oppose, puisque c'est la

règle. S'il demande un bassin ou manifeste le besoin d'aller aux cabinets, l'infirmier est absent, ne l'entend pas ou ne l'écoute pas. On le rabaisse ainsi, et peu à peu on le plie à la coutume du gâtisme.

Faut-il parler du séjour en cellule, d'où dérivent souvent ces habitudes de malpropreté? Le malade, isolé là, a parfois demandé un bassin en vain. Il gâte d'abord *par obligation* et l'habitude est ensuite bien vite prise.

La première indication est de soigner la maladie causale. Nous avons vu que le gâtisme existe fréquemment dans les psychoses aiguës; ce sont ces psychoses qu'il faut traiter.

L'alitement, qui a supprimé tant d'inconvénients, diminue aussi la fréquence du gâtisme. La surveillance doit être vigilante; aux malades exaltés ou préoccupés, il faut présenter souvent le bassin.

S'il s'agit d'un dément, chez lequel les sphincters sont paralysés, on essayera la noix vomique, à petites doses, l'électricité, etc.

Tout en combinant ces traitements, on prendra les précautions d'urgence, on mettra, sous le matelas du malade alité, une toile caoutchoutée et l'on changera l'alèze chaque fois qu'elle sera souillée.

On a imaginé des matelas percés, avec un vase au-dessous; on a proposé des matelas en tourbe, en paille, en varech, devant être changés journellement. Le procédé le plus simple est le matelas percé avec une toile en caoutchouc, à laquelle s'adapte un tube central entraînant les liquides. L'alèze est indispensable et prévient la formation d'escarres. Mais si la peau fessière rougit et fait redouter des troubles trophiques, il faut mettre sur l'alèze un mélange de poudre de quinquina et de charbon qu'on renouvellera fréquemment.

Quand le gâteux est levé, on doit lui épargner les vieux vêtements souillés. L'infirmier le tiendra aussi propre que possible et le mènera à la garde-robe plusieurs fois dans la

journée, en le laissant chaque fois sur le siège cinq, dix, quinze minutes et davantage, si c'est nécessaire.

En somme, si nous ne connaissons pas de traitement, nous pouvons dire qu'avec la propreté, l'hygiène, la surveillance assidue, on peut, sinon guérir le gâtisme, du moins remédier à beaucoup de ses inconvénients.

SECTION II. — Traitement des névroses.

CHAPITRE PREMIER

TRAITEMENT DES PSYCHO-NÉVROSES

Il y a plus d'un siècle que le mot *névrose* fut introduit par Cullen (1769) dans le vocabulaire nosographique. Depuis ces cent trente années qu'on étudie, qu'on observe et qu'on discute, on n'est pas encore parvenu à une définition rigoureuse.

Cullen appliquait la dénomination de *névrose* « à tous les états contre nature du sentiment et du mouvement, où la pyrexie ne constitue pas une partie de la maladie primitive, et à tous ceux qui ne dépendent pas d'une affection topique des organes, mais qui procèdent d'une affection plus générale du système nerveux ». L'apoplexie, la dyspepsie, la dyspnée, les palpitations, le diabète, voire même des maladies microbiennes, telles que le tétanos, la coqueluche, étaient pour Cullen des névroses, aussi bien que l'hystérie, l'épilepsie...

Après bien des travaux et des théories diverses, on est arrivé à considérer les névroses comme des « états morbides, le plus souvent apyrétiques, dans lesquels on remarque une modification exclusive, ou au moins prédominante de l'intelligence, de la sensibilité ou de la motilité, ou de toutes ces facultés à la fois ; états morbides qui présentent cette

double particularité de pouvoir se produire en l'absence de toute lésion appréciable, et de ne pas entraîner par eux-mêmes des changements profonds et persistants dans la structure des parties » [Axenfeld (1)].

Brochin (2) définit les névroses : « des maladies constituées par un trouble intéressant spécialement les fonctions nerveuses, et ne dépendant nécessairement d'aucune lésion anatomique appréciable ».

On a donc éliminé la dyspepsie, la dyspnée, le diabète, le tétanos, la coqueluche, et l'on a placé la neurasthénie à côté de l'hystérie et de l'épilepsie, de tout droit d'ailleurs.

Mais, la définition des névroses, complaisante et large, englobe vaguement une foule de syndromes et d'affections, dont on ne connaît pas encore le classement nosologique : la catalepsie et l'hypocondrie, la chorée et les tics, la tétanie et la migraine, la paralysie agitante et la maladie de Basedow, etc., sont considérées comme des névroses. Mais quand on examine, de près, ces affections disparates, on est forcé de convenir que ce ne sont pas des névroses.

Une névrose est un état morbide, sans lésion anatomique actuellement appréciable, dans lequel on observe, d'une part, une modification fonctionnelle des facultés morales constituant un état psychique complexe, et, d'autre part et secondairement, des troubles de la sensibilité et de la motilité.

L'*hystérie*, avec le rétrécissement du champ psychique et les troubles sensorio-moteurs qui la caractérisent, est une névrose par excellence.

La *neurasthénie* en est une autre, également typique, avec son cortège de phénomènes mentaux. D'ailleurs, les rapports qui existent entre l'hystérie et la neurasthénie sont tellement intimes qu'en certains cas leurs phénomènes s'associent pour constituer l'*hystéro-neurasthénie*.

Malgré l'existence des hystéries acquises, toxiques et infec-

(1) Axenfeld, *Traité des névroses*, Paris, 1883.
(2) Brochin, article *Névrose*, in *Dict. de médecine* de Dechambre.

UNIVERSITY OF LEEDS.

tieuses, malgré les cas de neurasthénie paraissant être la conséquence de troubles fonctionnels viscéraux, l'hystérie et la neurasthénie sont de vraies névroses, telles que nous les comprenons, c'est-à-dire des affections avec modification psychique et sans lésions anatomiques actuellement saisissables. Les névrosés forment donc ce vaste groupe de malades, hystériques, neurasthéniques, qui, d'après l'évolution et la variation des phénomènes, se rapprochent de la folie, la côtoient ou y pénètrent plus ou moins. Ce sont des êtres à âme inquiète, troublée, que les moindres chocs peuvent ébranler intellectuellement. Il faut donc entendre que le terme « névrose » fait intervenir un élément psychique et nous serons ainsi d'accord avec Krafft-Ebing, affirmant qu'il s'agit, là, en réalité, d'une *psycho-névrose*.

L'hérédité joue un rôle important dans l'hystérie et la neurasthénie ; aussi, ces deux affections nous apparaissent-elles comme des états liés le plus ordinairement à un vice originel du système nerveux.

On pourra objecter que, par leur nature héréditaire, par le fond même de l'état mental, la neurasthénie, et surtout l'hystérie, doivent entrer dans le vaste ensemble des troubles des prédisposés, des dégénérés. Aucune limite, en effet, ne sépare l'hystérique du dégénéré impulsif, le neurasthénique de l'aboulique dégénéré, de l'obsédé. Mais ces différents sujets, présentant une évolution symptomatologique différente de celle des dégénérés, on leur a attribué, en clinique, une nosographie spéciale.

Quant à l'*épilepsie*, elle se place bien parmi les névroses, telles que nous les comprenons. Les observations de Bravais et de Jackson ont, il est vrai, permis de créer un genre à part pour les épilepsies partielles par lésions corticales ; des travaux récents ont prouvé qu'il existe des épilepsies *symptomatiques* d'origine toxique, saturnine, alcoolique, et même infectieuse. Mais il n'en reste pas moins vrai que l'épilepsie essentielle, sans aucune cause apparente, est la conséquence

d'une prédisposition héréditaire, et que les agents toxiques ne produisent d'ailleurs l'attaque que sur un terrain déjà préparé (1).

Si l'épilepsie n'était qu'une affection convulsivante, on n'aurait pas pu la classer parmi les névroses : l'éclampsie n'est pas une névrose. Si, chez l'épileptique, on n'avait pas observé des troubles psychiques, nous n'aurions pas à nous en occuper ici. L'épilepsie est une affection dégénérative, ayant ses *stigmates*, ses *accidents mentaux*.

Parmi les autres affections qualifiées indûment de névroses, aucune ne remplit les conditions voulues pour entrer dans le cadre des psycho-névroses.

L'*hypnotisme*, le *somnambulisme*, la *catalepsie* ne sont pas des névroses ; ce sont des syndromes de l'hystérie et ils en relèvent ; elle les englobe, les conditionne et l'on ne peut les en isoler.

Certaines *migraines*, malgré les troubles sensitifs (paresthésie, anesthésie, hyperesthésie) et les désordres moteurs, ainsi que certains accidents cérébraux transitoires qui les compliquent parfois, ne peuvent être considérées comme des névroses. Les troubles psychiques y sont rares et ne sont pas dus à l'affection ; d'ailleurs, ils sont fugaces ; leur disparition coïncide avec la restitution des fonctions suspendues ou perverties par le trouble vaso-moteur qui semble avoir causé le mal.

L'*hypocondrie* n'est qu'un syndrome accompagnant plusieurs affections psychiques.

Il nous reste à parler des trois affections dans lesquelles il existe des troubles mentaux, plus ou moins accentués : la chorée, la maladie de Parkinson et la maladie de Basedow.

Il eût peut-être paru naturel de ne pas s'occuper, ici, des affections qui ne peuvent être considérées ni comme des névroses, ni comme des psychoses. Mais, puisque, jusqu'alors, la chorée, la maladie de Basedow et la paralysie agitante ont

(1) Cololian, *La toxicité du sang dans l'épilepsie* (*Archives de neurologie*, 1899).

été placées parmi les névroses, il y avait lieu, cette réserve étant faite, de leur consacrer un chapitre.

Article Ier. — *Chorée.*

A. Considérations générales. — La danse de Saint-Guy n'est pas une véritable névrose. A côté de la chorée de Sydenham ont pris place plusieurs autres formes de chorées *essentielles* ou *symptomatiques*, les unes aussi mal définies que les autres. On est encore dans l'ignorance absolue de la nature nerveuse, anatomique ou toxique de la chorée, mais on divise cette affection en *chorée vraie*, *gesticulatoire*, et *chorée fausse*, *électrique*.

La chorée vraie comprend : la *chorée des enfants*, la *chorée molle*, la *chorée des femmes enceintes*, la *chorée chronique*, la *chorée des vieillards*, la *chorée progressive*, la *chorée héréditaire* (de Huntington).

Dans les chorées fausses se rangent : le *paramyoclonus multiplex* (de Friedreich), la *chorée de Morvan*, la *chorée fibrillaire*. Il faut mentionner aussi la *chorée hystérique*, la *chorée organique*, qui peut succéder aux lésions cérébrales, comme la chorée post-hémiplégique.

Pour aucune de ces formes on n'a encore trouvé d'explication concernant la pathogénie. La doctrine rhumatismale, entrevue par Berndt, Watson, Bouteille (1), soutenue surtout par G. Sée (2), a vécu. « Il n'y a pas, a dit Charcot (3), de chorée méritant d'être appelée rhumatismale, dans l'acception rigoureuse du mot; il y a coïncidence seulement. »

La doctrine nerveuse a eu ses partisans et ses défenseurs [Charcot, Joffroy (4)].

Une théorie *infectieuse*, surgie des nouvelles idées microbiennes, est venue compliquer la pathogénie, déjà diffuse, de la

(1) Bouteille, *Traité de la chorée commune*, Paris, 1810.
(2) G. Sée, *De la chorée* (*Mém. de l'Acad. de méd.*, 1850, t. XV).
(3) Charcot, *Leçons du mardi*, 1887-1888, p. 38 ; 1888-1889, p. 114.
(4) Joffroy, *Progrès médical*, 1885. — *Semaine médicale*, 1893.

chorée. Möbius, Osler, Berkley, Pianese, Triboulet en furent les propagateurs.

La chorée, non seulement de par son étiologie ne peut être considérée comme une névrose, mais, surtout à cause de son évolution et de ses symptômes. Malgré les travaux de Marcé (1), de Ball (2), de Mairet (3), etc., ainsi que l'un de nous l'a démontré (4), *il n'existe pas un état mental particulier choréique*, tandis que dans l'hystérie, la neurasthénie, même dans l'épilepsie, l'état psychique propre à ces affections existe, en dehors du fond de dégénérescence qui les rapproche.

Le professeur Joffroy (5) et son élève Breton (6) sont de cet avis. Séglas (7) pense, de même, que les troubles psychiques n'offrent pas de caractère spécifique.

La chorée ne comporte que des désordres moteurs et nullement des phénomènes psychiques propres ; les troubles mentaux qui interviennent ne sont que des éléments surajoutés chez des dégénérés. Les désordres intellectuels les modifications du caractère et de la sensibilité morale, l'agitation passagère, les périodes de dépression ne sont pas la conséquence de la chorée et ne font pas partie de l'affection motrice; ce sont des stigmates psychiques de la dégénérescence mentale, des signes de la déséquilibration morale.

B. Traitement. — « Un remède qui guérirait tous les sujets atteints de chorée est une chimère », disait Bouteille en 1810. Ce qui était vrai, il y a un siècle, n'a pas cessé de l'être. On ne connaît pas un médicament qui guérisse la chorée, et,

(1) Marcé, *De l'état mental dans la chorée* (*Mém. de l'Acad. de méd.*, 1859).
(2) Ball, *Leçons sur les maladies mentales*, 1890, p. 655.
(3) Mairet, *Ann. méd.-psych.*, 1889.
(4) Cololian, *Séméiologie de l'agitation* (*Ann. méd.-psych.*, 1898).
(5) Joffroy, *De la folie choréique* (*Sem. méd.*, 1893).
(6) Breton, *État mental dans la chorée*, Thèse de Paris, 1893.
(7) Séglas, *De l'état mental dans les chorées* (*Bull. de la Société de méd. ment. de Belgique*, 1887).

logiquement, il ne peut guère en exister, car il n'y a pas une chorée, mais plusieurs formes de chorée, appartenant à des maladies très diverses.

L'empirisme, qui a tout essayé, nous a pourtant légué quelques médicaments qui paraissent agir dans certains cas.

I. **Traitement pharmaceutique.** — Parmi les traitements autrefois en vogues et aujourd'hui délaissés, il faut noter les *émissions sanguines*, employées par Sydenham et Bouteille, les purgatifs et les révulsifs.

L'*émétique* produisait la dépression nerveuse sans guérir la maladie.

La *strychnine* a été employée par Trousseau, dans le but de déterminer des contractions toniques et de supprimer ainsi les contractions cloniques. Il la prescrivait sous forme de sirop, depuis un demi-milligramme (de sulfate de strychnine) jusqu'à la dose énorme de 6 centigrammes. Hammond a obtenu des résultats avec 1 centigramme. Malgré ces succès, la strychnine ne peut être recommandée ; « on joue gros jeu pour un résultat problématique » (Ollivier).

La *picrotoxine* (Dujardin-Beaumetz), le *sulfate d'aniline* (Turnbull) ont été essayés sans résultat.

Le *sulfate d'ésérine* (de 2 à 5 milligrammes) a abrégé la durée de la maladie dans 437 cas (Bouchut). Mais ce beau succès n'a pu être confirmé ni par Riess, de Berlin, ni par Gubler, ni par Cadet de Gassicourt.

L'*hyosciamine*, entre les mains d'Oulmont (de 2 à 10 milligrammes), a donné, comme agent paralysant, quelques résultats.

L'*hyoscine* (chlorhydrate), préconisée dans les cas graves par Magnan, à la dose de 1 à 2 milligrammes, chez l'adulte, a paru réussir.

Le *curare*, la *propylamine*, la *fève de Calabar*, la *ciguë* ont également été conseillés.

Parmi les hypnotiques, l'*opium* a été longtemps en vogue.

« L'opium, dit Jaccoud, a une efficacité réelle, mais à la condition d'être donné à doses massives, ou, tout au moins, jusqu'à production de somnolence ou d'ivresse ; quand cet état est dissipé, on reprend la médication. Le procédé d'administration le plus commode consiste à donner, toutes les heures, une pilule de 25 milligrammes. Si l'on recule devant cette méthode, qui était celle de Trousseau, on peut encore obtenir de bons effets en s'arrêtant à la dose de 20 à 30 centigrammes par jour, après avoir débuté par 5 à 10 centigrammes, mais cette manière de faire est bien moins puissante. » Cependant l'opium, par suite du danger qu'il fait courir, est très rarement usité ; par le chloral, on peut obtenir des effets supérieurs et sans courir les mêmes risques.

Divers antispasmodiques très employés autrefois, la *valériane*, la *belladone*, l'*oxyde de zinc*, le *musc*, l'*assa fœtida*, etc., sont presque entièrement délaissés.

II. **Traitement hygiénique.** — Ainsi, tous les médicaments essayés, — et nous n'en avons cité qu'un petit nombre, — sont restés à peu près sans résultat. En cherchant à guérir la chorée, on ne s'est pas toujours assez occupé du choréique.

Pourtant, c'est le point capital. Et, à ce point de vue, les auteurs n'ont pas toujours été d'accord. Les uns conseillaient l'abstention médicamenteuse totale (Gray, Tuckwell), déclarant que l'hygiène suffit ; d'autres professaient l'emploi des moyens les plus énergiques.

Il ne faut pas oublier que la chorée vulgaire est généralement bénigne, qu'elle guérit spontanément, au bout de quelques mois, chez les enfants, et que tous les moyens échouent presque toujours dans les autres cas.

Il faut soigner les choréiques d'après leur constitution et l'intensité de la maladie. Quand il s'agit d'un enfant chétif, mal nourri, ayant une chorée d'intensité moyenne, nous conseillons les toniques, l'hygiène ; à l'aide de quelques moyens physiques, on rétablira la santé générale ; on s'abstiendra le

plus possible de produits pharmaceutiques. Quand il s'agit d'une chorée grave, la conduite est différente.

III. **Traitement étiologique.** — Le traitement étiologique a de l'action dans quelques cas; on a pu faire disparaître la chorée en débarrassant la malade de vers intestinaux. Stevens prétend avoir guéri un choréique en soignant sa myopie.

Dans la chorée appelée rhumatismale, G. Sée a vanté les bons effets du *salicylate de soude*. Dans le même ordre d'idées, l'*exalgine* a été ordonnée (Moncorvo, Dana). P. Marie a vu une guérison rapide par le *salophène*.

Mais le médicament surtout efficace est l'*antipyrine*, préconisée par Wolner et par Legroux. Ses partisans sont nombreux. Legroux a publié des observations de guérison survenue en six ou huit jours. Il la prescrivait à la dose de 3 grammes par jour. L'antipyrine est assez bien supportée par les enfants, mais elle peut produire des troubles rénaux et digestifs; il faut en surveiller l'administration.

Le *chloral*, introduit dans la thérapeutique de la chorée par Bouchut (1869), a été recommandé par Charcot, Jaccoud, Joffroy. C'est un médicament énergique, qui agit favorablement à des doses élevées. Son action sur le cœur doit être surveillée.

Joffroy considère le chloral comme le médicament héroïque de la chorée. Il prescrit, au-dessus de dix ans, 4 grammes en trois fois, après les repas; chez les enfants plus jeunes, il faut chercher la sensibilité, tâtonner avec des doses faibles. Ce traitement sera suivi pendant plusieurs semaines.

Si le chloral n'est pas le médicament vraiment curatif de la chorée, il rend, du moins, service en procurant au malade un sommeil de douze à quatorze heures par jour et en diminuant la durée de la maladie.

Le *chloralose* (Féré), la *paraldéhyde* (Gerlach), le *sulfonal* (Jeffries) ont été proposés pour remplacer le chloral. Mais notre choix s'adresse quand même à ce dernier médicament, s'il n'y a pas de contre-indication (Voir *Chloral*).

Le *chloroforme*, l'*éther*, le *nitrite d'amyle* ne sont plus en usage. On ne les utilise, du moins en France, que dans des cas exceptionnels.

Le *sulfate de quinine*, dont l'action comme remède nervin est généralement acceptée (Laborde, Lépine), est, ici, un peu délaissé.

Il n'en est pas de même du *bromure de potassium*, qui est encore fréquemment employé et donne de bons résultats.

Les médicaments s'adressant à l'état général sont ceux que nous avons étudiés dans l'article des *toniques*.

L'*arsenic* vient en première ligne. On voit réussir souvent une préparation arsenicale là où les autres médicaments ont échoué.

On peut prescrire pendant la convalescence : le *fer*, le *quinquina*, la *kola*, etc.

IV. **Traitement physique.** — Il ne doit pas être négligé.

L'*hydrothérapie* trouve une indication formelle dans le traitement de la chorée. Il y a longtemps que Waler, Rosenthal, Eulenburg, ont démontré la diminution de la contractilité des muscles, dont les nerfs sont soumis à l'action de la glace. Et, dans la chorée, c'est le but qu'il faut chercher à atteindre.

Les *douches froides*, les bains tièdes seront conseillés d'après le sujet, son degré de résistance, etc. La douche froide, en jet brisé, sera dirigée sur la colonne vertébrale.

L'enveloppement dans le *drap mouillé* est préconisé par Joffroy. En guise de douche froide, ce même auteur conseille de laisser le malade enveloppé dans le drap mouillé durant 2 à 3 minutes, deux fois par jour.

L'*électricité*, comme agent thérapeutique dans la chorée, n'a pas donné de résultats satisfaisants.

Le *massage* et la *gymnastique* ont leur valeur dans la convalescence.

Au début, c'est le calme intellectuel et physique qu'il faut

aux petits choréiques, dont l'esprit, troublé par l'agitation musculaire, ne peut se fixer et dont l'attention est presque nulle. Le repos absolu sera de rigueur pendant la période aiguë; plus tard, on permettra une gymnastique méthodique.

Article II. — *Maladie de Basedow.*

A. Considérations générales. — Le goitre exophtalmique est classé par quelques auteurs parmi les névroses. Pourquoi? On n'en sait trop rien. Cette affection, dont la nature est si discutée, est encore moins une névrose que la chorée. L'anatomo-pathologie n'a donné que des résultats variables, incertains. Le *cœur* est quelquefois lésé par la dégénérescence; le *corps thyroïde* offre toutes les variétés du goitre, les *viscères* n'ont rien de particulier. Les altérations du *système nerveux* ne sont pas plus déterminées. Le *grand sympathique* a montré, dans les autopsies, des lésions variées. Dans la *moelle*, on a trouvé un accroissement du tissu névroglique et des dégénérescences vasculaires; enfin, on a cité quelques cas d'hémorragie méningée et bulbaire.

De ces données confuses de l'anatomo-pathologie il était difficile de tirer des conclusions sur la nature et la pathogénie de l'affection.

Le grand sympathique fut incriminé, à la suite des expériences de Claude Bernard et de Vulpian. Benedickt, Rosenthal, Friedreich, etc., ont cru trouver l'interprétation des phénomènes du goitre exophtalmique dans des altérations des nerfs vaso-moteurs.

Des observateurs éminents ont pensé à une névrose, parce que l'hérédité est, ici encore, en jeu, et que les troubles psychiques ont leur part dans la symptomatologie.

D'autres voient dans le bulbe, dans son altération, l'explication des phénomènes.

La nouvelle théorie, celle qui paraît donner une interpré-

tation plus satisfaisante, l'*infection thyroïdienne*, est due à Möbius (1); ses principaux promoteurs furent, en France, Renaut (de Lyon) et Joffroy.

D'après cette conception, le corps thyroïde, toujours altéré dans sa structure anatomique, dans son fonctionnement, détermine une intoxication analogue à celle produite par l'altération des reins. « La maladie de Basedow, a-t-on dit, est au corps thyroïde ce que l'albuminurie est aux reins. »

Cette théorie, qui n'a pas encore été étayée de preuves expérimentales, est conforme aux faits cliniques. Les troubles moteurs, sensitifs, sécrétoires, vaso-moteurs, psychiques existent dans l'urémie ; mais cette dernière n'est pas admise comme névrose.

Les perturbations psychiques qu'on observe dans la maladie de Basedow n'ont pas de cachet particulier. Elles consistent dans une légère exaltation mentale, de l'agitation, de l'inquiétude, de l'angoisse. Le caractère change, l'humeur est inégale et irritable. L'enchaînement des idées est souvent rompu, et les idées se pressent, sans lien, incohérentes. L'insomnie est fréquente, les cauchemars sont tenaces et effrayants. Cet état vague, imprécis, prend la forme de la manie du dégénéré ou de la mélancolie avec préoccupations hypocondriaques, etc. Parfois, on observe des accidents de forme vaguement hystérique et neurasthénique.

Il y a bien une relation entre l'aliénation mentale, les névroses et le goitre exophtalmique; mais il n'existe pas une psycho-névrose proprement dite constituée par la maladie de Basedow, de même qu'il n'existe pas de folie urémique, de folie brightique, de folie puerpérale, décrites à tort, par certains auteurs, comme des entités morbides.

L'intoxication basedowienne ne fait délirer qu'un sujet prédisposé mentalement, et, d'autre part, pour provoquer la maladie de Basedow, il faut l'influence de l'hérédité. Donc,

(1) Möbius, *Schmidt's Jahrb.*, 1886, Bd. CCX, p. 237. — *Centralbl. für Nervenheilk.*, 1887.

une première hérédité intervient pour le goitre et en second lieu une prédisposition dégénérative favorise le délire. C'est cette prédisposition qui trouble les fonctions psychiques et peut déterminer, avec le progrès de l'intoxication thyroïdienne, des manifestations hystériques et neurasthéniques.

B. Traitement. — On a essayé, pour combattre les troubles circulatoires et nerveux de cette affection, tous les médicaments offrant des chances de succès.

Les médicaments cardiaques semblaient désignés entre tous. La *digitale*, combinée avec la saignée et l'hydrothérapie constituaient le traitement de Trousseau. Il prescrivait ce médicament à de très fortes doses : « Ne vous arrêtez, disait-il, qu'au moment où vous avez produit, chez votre malade, un commencement d'empoisonnement, lorsqu'il se plaint de vertiges, de céphalalgie, de maux de cœur. » Mais la digitale est un médicament actif, qu'il faut savoir donner avec beaucoup de discernement. Möbius affirme avoir constaté une aggravation de la maladie dans plusieurs cas.

Quand on ne découvre aucune lésion cardiaque indiquant la prescription de la digitale, il est préférable de s'en abstenir. Au cas de lésions mitrales, d'une asystolie menaçante, elle rend au contraire de réels services.

Le *strophantus hispidus* semble avoir une action sédative sur les palpitations. Fergusson a observé cette efficacité sur neuf cas de tachycardie. Pour obtenir cet effet, il faut des doses élevées (8 à 10 gouttes de teinture de strophantus, ou de 15 à 30 gouttes sous forme de teinture au vingtième).

La *caféine*, employée par Kahler (de 0 gr, 80 à 1 gr, 50 de benzoate de caféine) peut calmer les palpitations ou les diminuer.

La *vératrine*, usitée beaucoup en Amérique depuis Norwood, est pour quelques auteurs (Aran, G. Sée) un médicament très sûr; cette substance agit sur les muscles lisses et imprime un ralentissement à leur contraction. En effet, la teinture de *veratrum viride*, à la dose de 10 gouttes par jour,

portée progressivement jusqu'à 20 gouttes et administrée en trois ou quatre fois, ralentit le cœur, diminue la pression intravasculaire. Malheureusement, ce médicament ne réussit pas toujours, malgré un traitement de plusieurs mois.

L'*aconit*, employé par les médecins anglais, à cause de son action de vaso-constriction, est rarement prescrit en France, en dépit de la recommandation de Seguin.

La *belladone* (Gowers, Smith), dans quelques cas, amènerait une amélioration; mais elle produit de l'accélération des mouvements du cœur. Autant que possible, il est préférable d'éviter cet effet.

La *duboisine* peut avoir une influence salutaire sur quelques symptômes locaux, sans toutefois modifier la marche de la maladie.

La *strychnine*, l'*ergot de seigle*, l'*opium*, le *chloral*, l'*éther*, le *chloroforme*, sont d'efficacité douteuse dans la maladie de Basedow.

De tous ces remèdes, le plus en vogue, le moins toxique, c'est le *bromure de potassium*, vrai sédatif du système nerveux, qui, à la dose de 2 à 4 grammes, calme l'irritabilité, l'agitation diurne et nocturne, procure un sommeil paisible, diminue les palpitations et les bouffées congestives. Russell, Reynolds l'associent au fer, Jaccoud à l'acide arsénieux.

L'inefficacité des médicaments a encouragé les essais de la chirurgie. On a tenté l'ablation de la glande thyroïde, la *thyroïdectomie*. Cette opération a été faite de diverses façons; on a même pratiqué la thyroïdectomie totale, mais on a vu se produire des accidents se rapprochant de ceux du myxœdème. Pour les éviter, on conseille de ne jamais faire l'ablation totale. Même alors, les résultats n'ont pas toujours été satisfaisants. On a observé des cas de mort, des accidents de tétanie et plusieurs insuccès. La guérison radicale n'a pu être obtenue. La plupart des symptômes s'améliorent, s'atténuent, mais persistent quand même.

L'*exothyropexie* est très dangereuse.

Les *injections intrathyroïdiennes iodées* n'ont pas mieux réussi; elles ont l'inconvénient d'être très douloureuses et d'entraîner de graves accidents.

Un autre mode de traitement physiologique est celui des injections sous-cutanées de produits d'élaboration cellulaire, d'extraits d'organes; les résultats sont incertains. Les injections du *suc testiculaire* n'ont pas eu un succès plus décisif.

Ballet et Enriquez ont injecté à des basedowiens le sérum de chiens ayant subi l'extirpation du corps thyroïde. Ils ont obtenu quelques résultats appréciables.

Nombreux sont donc les moyens thérapeutiques employés dans la maladie de Basedow, mais minimes sont ceux qui produisent un effet vraiment encourageant. Beaucoup sont inefficaces, d'autres à peine susceptibles d'améliorer quelques symptômes.

L'indication principale est de diminuer l'intoxication et d'atténuer l'excitabilité du système nerveux. Pour réaliser ce double but, il faut s'adresser à l'hygiène; elle rend des services qu'on ne doit pas négliger.

Le repos *physique et moral* est la première prescription hygiénique. On surveillera les fonctions digestives et hépatiques; on recommandera une nourriture simple et substantielle, exempte d'excitants (alcool, café, thé).

On prescrira le *régime lacté* exclusif et absolu pour quelque temps au moins. Les fatigues, les exercices excessifs seront déconseillés, ainsi que les lectures prolongées et absorbantes.

On recommandera le séjour à la campagne, ou dans une station thermale, principalement dans les *stations de montagnes*, à des altitudes moyennes.

L'*hydrothérapie* est très utile, avec les précautions d'usage (Voir *Hydrothérapie*). Les douches graduellement froides, vu la susceptibilité des sujets, calment l'irritabilité, atténuent les phénomènes nerveux de la maladie de Basedow.

L'*électricité* convient aux cas légers de goitre exophtal-

mique. Parmi tous les modes d'électrisation, ce sont surtout les courants faradiques (Vigouroux) qui réussissent.

En somme, avec l'*hygiène*, les moyens *physiques*, et quelques médicaments calmants, on arrive à atténuer un peu les phénomènes si gênants de la maladie de Basedow.

Article III. — *Maladie de Parkinson.*

A. Considérations générales. — La *paralysie agitante* qu'on ne savait où classer, a été, elle aussi, considérée comme une névrose. S'il y a une affection qui ne peut revendiquer ce nom, par son début, sa nature et ses symptômes, c'est bien la *maladie de Parkinson*. Brissaud fait remarquer que l'idée de névrose implique celle d'une certaine variabilité de symptômes et que les intermittences qu'on y constate ne peuvent que confirmer l'absence de lésions. L'inverse, précisément, s'observe dans la paralysie agitante.

En dépit des résultats, d'ailleurs contradictoires, des recherches macroscopiques et microscopiques, la maladie de Parkinson reste l'une de ces affections pathogéniquement énigmatiques dont les lésions sont encore inconnues.

Il n'est guère admissible qu'une maladie qui débute sans cause bien précise (on n'a guère signalé que les émotions violentes), sans influence héréditaire bien nette, soit assimilable à une névrose.

Il est difficile d'admettre aussi qu'une affection aussi caractéristique, aussi peu variable dans sa forme typique, soit une névrose. Il n'est pas un neurasthénique qui ressemble à un autre, à moins d'imitation ; mais tous les parkinsonniens ont une *attitude* caractéristique, un *maintien*, une *démarche* presque calqués les uns sur les autres.

Le *tremblement*, qui se produit au *repos*, qui s'atténue dans les mouvements volontaires pour disparaître pendant le sommeil, est pathognomonique.

La *rigidité musculaire*, constante, communique l'attitude

si spéciale à l'ensemble du corps, au tronc et aux membres, et produit ce *facies parkinsonnien* si particulier.

Tous ces symptômes *progressent* lentement, deviennent chroniques, durent dix, quinze, trente ans; car, l'affection ne menace pas directement la vie. La démence se montre à la période terminale avec son cortège habituel.

Certains auteurs ont décrit un *état mental* qui serait particulier aux parkinsonniens. En réalité, une légère dépression vient atteindre ces malheureux, comme presque tous les malades chroniques. Les cas de vésanie, qu'on a observés, ont très probablement éclaté chez des prédisposés mentaux.

D'une part, la prédisposition et la maladie de Parkinson, d'autre part, agissant sur le cerveau, peuvent causer des troubles psychiques qui n'ont d'ailleurs rien de particulier.

B. Traitement. — Les divers traitements employés contre la paralysie agitante, ont été aussi nombreux qu'infructueux. On a bien signalé des cas de guérison avec le *sous-carbonate de fer* (Elliotson), avec l'*iodure de potassium*, chez des malades non syphilitiques (Axenfeld, Villemin, Hardy); mais, ces médicaments ne sont pas capables de guérir; à peine peuvent-ils apporter quelque soulagement.

Des médicaments dangereux ont été administrés : la *strychnine*, l'*ergot de seigle*, la *picrotoxine*, le *chlorure de baryum*. Loin de guérir, ils aggravent le mal.

L'*opium* (Gowers), la *belladone*, la *fève de Calabar* (Ogle) n'ont donné aucun résultat.

Le *chloral*, essayé par Althaus, n'a pas même amélioré les symptômes.

Il serait trop long d'énumérer tous les médicaments dangereux, indifférents ou d'efficacité nulle.

Faute de traitement pharmaceutique efficace contre la maladie, on aura recours aux moyens hygiéniques, physiques et psychiques.

Les moyens physiques, l'*hydrothérapie*, l'*électricité*, le

massage seront conseillés. Leur but est d'améliorer l'état général, de relever la nutrition, de produire la sédation du système nerveux, de procurer un calme relatif.

La maladie de Parkinson est surtout pénible par deux symptômes : *tremblement* et *raideur musculaire*. En les soignant, en les atténuant, on soulage les malades. Les efforts du médecin seront dirigés dans ce sens.

a) **Contre le tremblement.** — Moins gênant peut-être que la raideur musculaire, le tremblement peut être combattu par l'*hyosciamine*, l'*hyoscine* et la *duboisine*.

L'*hyosciamine*, à la dose de 1/2 milligramme à 1 milligramme, en granules, de deux à quatre fois par jour, a agi sur les phénomènes moteurs et modifié le tremblement. Charcot et Oulmont en ont obtenu quelques résultats. On peut prescrire l'hyosciamine en pilules ou en injections hypodermiques. Il est nécessaire d'interrompre fréquemment la médication, parce que des phénomènes graves pourraient survenir. Au bout de dix jours, on doit suspendre la médication, laisser reposer les sujets et recommencer au bout d'une semaine.

L'*hyoscine*, à la dose de 1/4 de milligramme à 1/2 milligramme, produit des modifications analogues dans la sphère motrice. Les mêmes remarques que nous avons faites pour l'hyosciamine s'appliquent pour l'administration de l'hyoscine.

La *duboisine* possède une action identique sur le tremblement parkinsonnien. Le *sulfate neutre de duboisine* est le plus maniable des sels de duboisine. Francotte a observé les bons effets de ce médicament, mais ils sont peu durables. Le tremblement reprend sa première intensité au bout de quelques jours.

Pourtant, quand on l'emploie prudemment, en surveillant le malade, la duboisine peut calmer. Il faut la prescrire sous forme de granules de 1/2 milligramme, jusqu'à 5 et 6 granules par jour, progressivement, ou bien en injections hypodermiques, à la dose de 1/4 de milligramme.

La *solanine* pure, ou associée à la jusquiame, a également servi à calmer le tremblement. On la prescrit en cachets :

Solanine.....	1 centigramme.
Poudre de jusquiame.....	2 centigrammes
Bicarbonate de soude.....	10 —

Pour un cachet.

Le *borate de soude* a réussi entre les mains de Sacaze et Grasset. Sacaze l'a prescrit à la dose de 1 gramme, en deux cachets. L'amélioration était rapide et la disparition du tremblement était totale. Mais le borate de soude est difficilement supporté par les malades ; il provoque des nausées, de la diarrhée et des éruptions cutanées.

Les *injections hypodermiques* de solutions arsenicales, qui ont satisfait Eulenburg, n'ont pas donné de résultats à Bourneville.

Ce dernier a prescrit le *bromure de camphre*, à la dose de 10 à 20 centigrammes par jour, progressivement portée à 1 gramme, et il a, plusieurs fois, réussi à diminuer le tremblement.

b) **Contre la raideur musculaire.** — Les agents pharmaceutiques échouent contre ce symptôme. Il ne reste que les moyens physiques et mécaniques pour combattre la raideur musculaire qui provoque la *soudure* caractéristique.

Le *massage*, méthodiquement appliqué, peut à la longue diminuer et faire disparaître ce symptôme pénible. Pour obtenir ce résultat, il faut faire masser les groupes musculaires, surtout les articulations. Les mouvements des articulations, exécutés sans violence, soulagent beaucoup les malades. Si leur état le permet, ils exécuteront eux-mêmes ces exercices. Mais, si la soudure a progressé au point de rendre impossibles les mouvements volontaires, il faut procéder à un massage méthodique, avec des mouvements de flexion, d'extension, d'abduction et d'adduction, imprimés aux membres.

La *marche* est très pénible pour les parkinsonniens. Il faut faire la rééducation musculaire, comme pour les tabétiques.

Ces exercices seront pratiqués à des heures régulières. On débutera par des séances de courte durée.

Le *fauteuil trépidant* fait partie de la médecine vibratoire. Il a été imaginé par Charcot, qui avait observé, depuis longtemps, le soulagement que les parkinsonniens éprouvaient pendant les voyages en chemin de fer. Les sensations pénibles diminuent durant quelque temps. Le fauteuil est un siège cahoteur, actionné soit par une machine, soit par un aide. Les résultats du début semblaient promettre beaucoup; mais, par la suite, on n'a pas été aussi heureux.

En résumé, le médecin, quoique impuissant à guérir la maladie de Parkinson, peut cependant la soulager. Les moyens physiques, psychiques et hygiéniques sont ceux dont on obtient les meilleurs résultats.

CHAPITRE II

TRAITEMENT DE L'HYSTÉRIE

A. Considérations générales. — Connue, au point de vue clinique, depuis la plus haute antiquité, l'hystérie n'a été bien étudiée que dans ces dernières années. Mais, jusqu'à ce jour, on ne connaît pas le substratum du processus hystérique; on n'est pas davantage fixé sur sa nature. Jusqu'à nouvel ordre, l'hystérie fait partie des psycho-névroses. C'est une de ces affections qui flottent entre la folie et la névrose, ici, plus près de la première, là, plus près de la seconde. Charcot disait: « Il faut prendre l'hystérie pour ce qu'elle est, c'est-à-dire pour une *maladie psychique* par excellence. »

Briquet, en étudiant l'état mental des hystériques, a démontré, de son côté, la nature psychique de l'hystérie.

Son étude, au point de vue clinique, comporte l'examen des trois grandes manifestations, dont l'ensemble constitue la maladie, mais dont chaque variété suffit pour la caractériser. Nous voulons parler des attaques, des manifestations interparoxystiques et de l'état mental.

I. **Paroxysmes.** — L'attaque type est l'*hysteria major*, la *grande attaque*, si bien étudiée par Charcot et par Richer (1). On la connaît trop pour qu'il convienne de la décrire en détails ; après les *prodromes* et une *aura* partant d'une zone hystérogène, l'attaque éclate ; elle est d'abord *épileptoïde* ; la période *clonique* (celle des *contorsions*, des *grands mouvements*) succède, et, enfin, le *délire* hallucinatoire, plus ou moins long, termine l'attaque. Les manifestations psychiques qui la précèdent (l'agitation, la mélancolie, etc.), la remplacent, ou bien la suivent, ont été exposées dans un autre chapitre (Voir *Agitation*, *Mélancolie*).

D'autres phénomènes peuvent encore survenir, soit au cours de l'attaque, soit à la suite : la *léthargie*, par exemple ; le *sommeil hystérique* ressemble beaucoup à l'atonie complète de la stupidité. L'état *cataleptiforme*, la *catalepsie* peuvent se montrer à la suite de la léthargie, ou survenir, comme le *somnambulisme*, à la deuxième période de la grande attaque.

L'*attaque vulgaire*, l'*hystérie mineure*, est celle qu'on rencontre très fréquemment. Les périodes de la grande attaque y sont très atténuées. Les *vapeurs*, suivant un terme autrefois à la mode, en constituent la forme la plus simple comme la plus fréquente.

Une de ces phases peut prendre tant de développement, chez certains hystériques, qu'elle résume l'attaque à elle seule.

II. **Manifestations interparoxystiques.** — Elles sont fort nombreuses et revêtent toutes sortes d'aspects.

(1) Richer, *Études cliniques sur la grande hystérie, ou hystéro-épilepsie*, Paris, 1885.

Les *troubles de la sensibilité*, presque constants, apparaissent sous forme d'*anesthésie* cutanée, totale ou partielle. Cette anesthésie peut être complète, à la piqûre, à la chaleur; les muqueuses sont souvent atteintes d'insensibilité.

L'anesthésie des sens, du *goût*, de l'*odorat*, de l'*ouïe*, de la *vue* est très fréquente.

Les os, le périoste, les ligaments articulaires, les muscles, peuvent être aussi anesthésiés; en ce cas, les mouvements ne sont plus exécutés que sous la surveillance de la vue.

Les *viscères* sont parfois atteints d'anesthésie.

Les *hyperesthésies*, aussi nombreuses et aussi fréquentes que les anesthésies, peuvent porter sur la peau, les muqueuses, les viscères. Les *zones hystérogènes* sont « des régions circonscrites du corps, douloureuses ou non, d'où partent souvent, pendant les prodromes, des attaques spontanées, des sensations spéciales qui jouent un rôle dans l'ensemble des phénomènes de l'aura hystérique, et dont la pression a pour effet, soit de déterminer l'attaque convulsive ou une partie des phénomènes spasmodiques de l'attaque, soit d'arrêter brusquement les convulsions » (Pitres) (1). Ces zones, qui jouent un rôle actif, appartiennent surtout aux hyperesthésies, bien qu'elles coïncident fréquemment avec les anesthésies, comme le fait remarquer Charcot.

Parmi les zones hystérogènes, on peut citer : le *clou hystérique*, la *céphalalgie hystérique*, la *névralgie faciale*, la *migraine ophtalmique*; les viscères, les *testicules*, les *seins*, les *ovaires* sont souvent le siège des points hystérogènes.

Les *troubles de la motilité* sont également du cortège des phénomènes interparoxystiques. La *diathèse de contracture* prédispose l'hystérique aux contractures généralisées ou partielles; la contracture peut envahir les muscles de la vie végétative ou ceux de la vie de relation.

(1) Pitres, *Des anesthésies hystériques*, Bordeaux, 1887.

Quand la contracture se localise à un membre ou à un groupe musculaire, elle prend la forme clinique correspondante ; on observe alors l'hémiplégie ou la paraplégie. Babinsky fait remarquer que le réflexe cutané plantaire, à l'état normal, produit une flexion des orteils sur le métatarse, mais jamais d'extension ; s'il y a une perturbation dans le système pyramidal, on note l'extension des orteils, surtout du gros orteil. Ce phénomène s'observe du côté paralysé dans l'hémiplégie organique, et ne s'observe jamais dans l'hémiplégie hystérique.

L'*amyosthénie* est le premier signe de la paralysie, de la monoplégie et de la paraplégie.

Les *tremblements* apparaissent et disparaissent fortuitement ou à la suite d'une émotion. Les oscillations sont rapides ou lentes, d'après le cas ; elles persistent au repos, comme dans la paralysie agitante.

III. **État mental des hystériques.** — Charcot (1) considérait l'hystérie, avons-nous dit, comme « une maladie psychique par excellence ». Les hystériques, en effet, sont des héréditaires, des dégénérés, dont l'état mental particulier a attiré l'attention des médecins de tous les temps. Parmi les modernes, citons ceux qui se sont occupés spécialement de la question : Morel, Tardieu, Moreau (de Tours), Lasègue, Charcot, Féré, Debove, Legrand du Saulle (2). En 1882, Huchard (3) écrivit un article documenté ; puis, Brissaud, Pitres, Babinsky, Ballet (4), Marquézy (5), Tabaraud (6), Gilles

(1) Charcot, *Leçons du mardi à la Salpêtrière*, t. I, 1887, p. 203.

(2) Legrand du Saulle, *Les hystériques, état physique et état mental*, 1883.

(3) Huchard, *Caractère, mœurs, état mental des hystériques* (*Arch. de neur.*, t. III, 1882, p. 187). — *Consultations médicales*, Paris, 1901.

(4) Ballet, *État mental des héréditaires dégénérés* (*Arch. de méd.*, mars, avril, 1888).

(5) Marquézy, *L'homme hystérique* (*Bull. méd.*, 1888).

(6) Tabaraud, *Des rapports de la dégén. mentale et de l'hystérie*, Thèse de Paris, 1888.

de la Tourette (1), Pierre Janet (2), Colin (3), Sollier, Raymond, etc. publièrent des travaux intéressants.

De toutes ces recherches, il résulte que les hystériques sont des êtres complexes. Nous pouvons dire d'eux ce que Magnan (4) a dit des dégénérés : « La désharmonie fonctionnelle apparaît aussitôt avec son cortège de misères morales et de défaillances intellectuelles. Et il est remarquable que le domaine des acquisitions dernières, celles qui se trouvent au terme de la genèse de l'esprit, qui en est comme le résumé et le couronnement, le sens moral, soit souvent le premier et le plus gravement atteint. Un égoïsme féroce, allié à un orgueil sans bornes, l'envie, la malveillance, une inconscience complète des devoirs sociaux, toute la série des difformités morales se donnent ici rendez-vous. Enfants, les dégénérés révèlent déjà leur dépravation native. Adultes, ils se livrent sans retenue à leurs incoercibles penchants. Êtres exaltés, impressionnables, versatiles, eux qui paraissent insensibles aux deuils de la famille, qui assistent, les yeux secs, le cœur fermé, aux derniers moments d'un père, ils se lamentent, se désespèrent, poussent des cris déchirants devant une grenouille, une poule mortes. Extravagants, excessifs, immodérés en toutes choses, ils passent brusquement de l'enthousiasme au découragement, des rires aux pleurs, du calme à la colère. »

Les hystériques ont, comme les autres dégénérés, des doutes, des scrupules, le délire du toucher, l'agoraphobie, la pyromanie, la kleptomanie, des impulsions, des obsessions, en un mot toute la gamme des syndromes dégénératifs. L'état de suggestibilité les distingue tout spécialement.

En dehors de cet état mental particulier, ils ont des moments de tristesse ou d'agitation sans cause apparente. Mais généralement, ainsi que nous l'avons vu aux chapitres de l'*agita-*

(1) Gilles de la Tourette, *Considérations sur l'état mental des hystériques* (*Nouvelle Iconographie de la Salpétrière*, t. III, p. 1890).
(2) Pierre Janet, *L'automatisme psychologique*, 1889.
(3) Colin, *L'état mental des hystériques*, Thèse de Paris, 1890.
(4) Magnan, *Leçons cliniques sur les maladies mentales*, 1897.

tion et de la *mélancolie*, les perturbations psychiques paroxystiques coïncident avec les attaques; elles les précèdent, les remplacent ou les suivent. Il faut rappeler, enfin, que tous les travaux publiés en ces dernières années établissent combien est relativement fréquente, chez l'homme, cette névrose, attribuée autrefois exclusivement à la femme.

B. Traitement de l'hystérie. — L'hystérie étant avant tout une affection psychique, c'est au traitement psychique qu'il faut s'adresser pour obtenir un résultat. Les manifestations locales, les troubles de la sensibilité, les paroxysmes se modifient par le traitement moral ; ces symptômes sont une sorte d'extériorisation physique de la névrose ; en les attaquant on peut, indirectement, modifier l'état psychique du malade. Les méthodes empiriques, qui s'adressaient à ces symptômes, produisaient parfois de bons résultats. Mais il ne faut pas se borner au seul traitement psychique.

I. **Traitement moral.** — Tout ce que nous avons dit, au chapitre spécial du traitement moral, trouve son application dans le traitement de l'hystérie.

Le médecin, par son attitude, peut acquérir la confiance du malade et une autorité suffisante pour diriger le traitement.

Parmi les moyens moraux qui agissent efficacement sur l'hystérie, l'*isolement* tient la première place. Charcot en faisait la base de son traitement curatif; Déjerine l'applique, dans son service de la Salpêtrière, avec grand succès.

L'isolement ne doit pas être fictif comme il l'est dans une maison de campagne; il doit être complet ; le résultat en dépend. Les parents s'y opposent fréquemment, et le malade presque toujours. Le médecin expliquera à la famille la nécessité de ce mode de traitement et usera de son autorité pour l'imposer aux sujets.

Nous avons déjà assez longuement parlé de l'isolement pour qu'il nous soit permis d'être brefs ici. L'efficacité de

l'isolement se fait sentir très rapidement chez les hystériques ; le jour même de leur entrée, le calme tend à se produire. Chez quelques malades agités, l'isolement agit au bout de deux à trois jours. L'action si souvent fâcheuse que l'entourage exerce sur ces malades venant à disparaître, l'hystérique se sent dominé par l'autorité du médecin ; il comprend que ses caprices ne seront plus écoutés et c'est le premier pas vers la guérison. Certains hystériques se révoltent, les premiers jours ; la fermeté du médecin parvient à la calmer.

A l'isolement, il faut souvent associer l'*alitement*. Dans le cas de petite hystérie, ainsi que dans les cas de paralysie, de contracture et d'autres troubles d'apparence grave, l'alitement combiné avec l'isolement réussit très bien, comme nous l'avons déjà démontré (1).

Hypnotisme. — Nous avons dit, ailleurs, notre pensée sur l'hypnotisme, qui peut être dangereux, surtout chez ceux dont aucune manifestation grave ne trouble la vie. Il ne guérit pas souvent d'une façon durable. Là, où tout autre traitement a échoué, lorsqu'on ne craint pas d'augmenter les paroxysmes et autres troubles, ce moyen peut être tenté. On ne saurait apporter trop de circonspection dans l'emploi des pratiques d'hypnotisme.

II. **Traitement physique et mécanique.** — L'*hydrothérapie* vient en tête des moyens physiques et convient presque à tous les cas, quand on sait la graduer. Mais, c'est un élément complexe, qu'on ne peut employer de la même manière, invariablement chez tous les hystériques. Les considérations que nous avons énoncées au chapitre d'hydrothérapie s'adaptent également à l'hystérie. Au lieu de prescrire, sans étude préalable, « des douches en jet brisé », il faut tâter d'abord le terrain, vérifier la susceptibilité.

Si l'eau froide, méthodiquement employée, rend des ser-

(1) Paul Garnier et P. Cololian, *L'alitement dans les maladies mentales et nerveuses* (*Gaz. des Hôp.*, 1900).

vices, prescrite à l'aventure elle peut exciter le malade et provoquer des crises. Les procédés dits antispasmodiques, douches et bains chauds, pourront, dans certains cas, réussir à combattre l'agitation.

L'hydrothérapie froide s'adresse plutôt à la maladie même, à l'hystérie qu'aux symptômes, de sorte que ses applications varient suivant l'individu. Le doucheur aura, cependant, la précaution de ne pas diriger le jet direct ou brisé sur les organes ou zones hystérogènes, afin d'éviter une crise.

La douche écossaise est indiquée quand l'hystérique est en même temps rhumatisant, ce qui n'est pas rare (diathèse neuro-arthritique).

Les autres modes d'hydrothérapie trouvent aussi leur emploi. Le drap mouillé sera essayé en l'absence d'appareil hydrothérapique.

L'*électricité*, sous toutes ses formes, a été fréquemment usitée dans l'hystérie. Elle donne des résultats plus ou moins satisfaisants contre les symptômes ; mais, sur la maladie même, elle ne paraît pas avoir d'action directe ; la mise en œuvre agit plus sur l'esprit du malade que le courant électrique.

Le *massage* rend des services quand le malade alité a besoin d'une stimulation musculaire, ou quand le ralentissement des échanges démontre l'état précaire de la nutrition générale. Par son action mécanique, c'est un adjuvant utile dans le traitement général.

III. **Traitement pharmaceutique**. — Charcot, dont le nom est désormais intimement attaché à l'histoire de l'hystérie, disait qu'il n'existe pas de traitement médicamenteux de cette névrose. Les drogues ne sont en effet que d'une utilité très secondaire ; on les prescrit dans le seul but de combattre les symptômes les plus gênants. Ainsi, le *bromure*

de potassium a de l'effet contre l'éréthisme cortical, l'agitation motrice, l'anxiété précordiale, l'insomnie, etc. On l'ordonne aussi contre les attaques, mais il ne les modifie guère. La *valériane* est utile contre les mêmes symptômes ; elle est surtout administrée sous forme de valérianate d'ammoniaque.

La médication tonique (*fer*, *arsenic*, *quinquina*, *amers*) est indiquée pour relever les forces et combattre l'anémie.

Les pilules de *mie de pain*, le *bleu de méthylène*, constituent la médecine d'imagination et agissent quelquefois, comme agissent aussi certains pèlerinages inspirés par une foi ardente, par *cette foi qui guérit*, dont parlait Charcot.

Nous ne citons le *traitement chirurgical* de l'hystérie que pour montrer jusqu'où va, parfois, l'imagination fantaisiste de certains chirurgiens.

C. Traitement des manifestations hystériques. — Par le fait même qu'on soigne un hystérique méthodiquement, les manifestations diverses qu'il présente sont du même coup traitées. Mais, en pratique, la famille, le malade lui-même, réclament des soins pour chaque symptôme.

Parmi ces symptômes, les attaques tiennent la première place, et l'on est souvent appelé, en ville, pour donner des soins à un hystérique en pleine crise.

I. Traitement des attaques. — Après avoir vérifié le diagnostic, on écartera les personnes dont la présence est encombrante. Parfois, le seul éloignement de l'entourage suffit pour calmer la crise. Une ou deux personnes de sang-froid peuvent rester, pour prêter aide en cas de besoin.

Le calme du médecin, qui ne paraît pas s'émouvoir de tout ce désordre plus ou moins dramatique, produit le même résultat d'apaisement.

Si l'attaque est de moyenne intensité, l'intervention n'est pas nécessaire. Si la crise est forte, les convulsions intenses, on doit agir. Par ses mouvements, le malade peut se blesser,

UNIVERSITY OF LEEDS.

faire une chute ; il faut le préserver de toute contusion. Les uns conseillent de le maintenir par les poignets ou les chevilles. Georget faisait mettre des draps pliés en alèzes au niveau de l'ombilic pour entraver les mouvements ; un autre drap maintenait les membres inférieurs. Ce moyen de contention est encore adopté à la Salpêtrière. Nous n'en sommes pas très partisans. Dans les grandes attaques d'hystérie, le sujet sera mis, sans aucune entrave, sur des matelas placés à terre, et, pour peu qu'on surveille ses mouvements, aucun accident n'est possible.

Certains médecins cherchent à arrêter l'attaque par la compression d'une zone frénatrice. Si c'est tout à fait au début de l'accès, on peut intervenir ; mais, l'observation journalière démontre que lorsque l'attaque est en plein développement, la compression de la zone frénatrice n'arrive pas toujours à l'arrêter, et souvent, alors, dans la même journée, de nouvelles attaques surviennent, ou, ce qui est pire, des *équivalents psychiques* sous forme de délire, d'agitation, d'hallucinations.

Au cas où des spasmes de la glotte mettraient en danger la vie du malade, la compression de la zone frénatrice s'imposerait. Voici, d'après Charcot (1), la façon de procéder : « Le médecin, ayant un genou en terre, plonge le poing fermé dans celle des fosses iliaques que l'observation antérieure lui aura démontré être le siège habituel de la douleur ovarienne. Tout d'abord, il lui faut faire appel à toute sa force, afin de vaincre la rigidité des muscles de l'abdomen. Mais dès que, celle-ci une fois vaincue, la main perçoit la résistance offerte par le détroit supérieur du bassin, la scène change et la résolution des phénomènes convulsifs commence à se produire. Des mouvements de déglutition plus ou moins nombreux ne tardent guère à se manifester ; la conscience, alors, presque aussitôt se réveille. »

Divers médicaments ont été préconisés pour arrêter l'at-

(1) Charcot, *Leçons sur les maladies du système nerveux*, 1872-73, t. I, p. 292.

taque : les *inhalations d'éther*, par exemple, sont de pratique courante ; mais, l'agitation qui suit est souvent plus redoutable ; de plus, l'éther étant un médicament auquel les malades s'habituent rapidement, il faut bien se garder d'en abuser.

La *morphine*, en injections sous-cutanées, est ici un mauvais médicament. Elle réussit à arrêter la crise, mais, comme on est forcé d'y revenir, on risque de rendre le sujet morphinique.

Le *chloroforme*, à doses fractionnées, peut suffire quelquefois. Nous le préférons aux autres médicaments, parce que ses inconvénients sont moindres. Le *nitrite d'amyle*, le *bromure d'éthyle* ont donné quelques résultats.

L'*état de mal comateux* et le *sommeil léthargique* durent souvent plusieurs jours et, parfois, bien plus longtemps encore. Le mieux est alors de provoquer, si c'est possible, une attaque convulsive par la compression d'une zone spasmogène. Après l'attaque, le malade se réveille et reprend sa vie habituelle. Il faut surveiller la fin de l'attaque ; c'est le moment des contractures et des paralysies. Il arrive que le sujet ne peut sortir de l'état de mal ; il faut alors le nourrir à l'aide de la sonde œsophagienne, donner des lavements purgatifs, et faire tout le nécessaire pour empêcher l'affaiblissement.

Dans l'*état de mal délirant*, l'isolement et l'alitement peuvent seuls correspondre aux nécessités de la situation.

Nous avons souvent prescrit l'alitement et l'isolement dans les cas d'attaques hystériques et nous en avons été très satisfaits. Nous pourrions rapporter plusieurs observations ; nous nous bornerons à la suivante.

M... est une jeune fille de dix-neuf ans, née de parents névropathes : son père est un alcoolique hypocondriaque, sa mère une neurasthénique. Depuis l'âge de treize ans, la jeune fille a des attaques, qui, rares au début, sont devenues très fréquentes dans ces temps derniers. Les crises étaient toujours

UNIVERSITY OF LEEDS.

précédées d'une aura sensitive (sensation de boule remontant au pharynx et ayant son point de départ à l'estomac). L'alitement et l'isolement sont combinés ; la malade ne prend que 3 litres de lait, des œufs, des légumes verts pendant la première semaine. Elle se sent moins fatiguée, les crises ont cessé dès la deuxième journée du traitement. Au bout de deux mois, M... a retrouvé sa santé, elle n'a plus d'attaques et a augmenté de poids. A l'alitement et l'isolement on a joint le traitement moral, le massage, l'hydrothérapie. L'alimentation a été particulièrement surveillée.

II. **Traitement des troubles de la sensibilité.** — Les troubles de la sensibilité, de la motilité et des fonctions vaso-motrices ont, depuis l'antiquité, attiré l'attention des praticiens. Plusieurs méthodes de traitement avaient été proposées pour les modifier. Aucune n'a eu, semble-t-il, plus de succès que la *métallothérapie*. De 1850 à 1877, Burq (1) publia de nombreux mémoires sur les effets des métaux; des plaques de cuivre, de zinc, etc., mises en contact avec la peau, faisaient disparaître les troubles de la sensibilité. Cette pratique, basée surtout sur la suggestion, n'a pas donné les résultats qu'on en attendait; aujourd'hui, on ne parle plus guère de la *métallothérapie*.

a) L'*anesthésie*, quand elle n'atteint pas des organes importants et qu'elle se cantonne à la peau, ne nécessite pas un traitement.

L'*électricité* paraît modifier les troubles profonds de la sensibilité.

L'*électricité faradique*, surtout, donne des résultats favorables. On l'appliquera, par exemple, dans l'*amaurose hystérique*, de la façon suivante : on promène les électrodes sur le

(1) Burq, *Acad. des sciences*, 14 février 1850. — *Thèse inaug.*, Paris, 1851. — *Métallothérapie. Nouveau traitement par les applications métalliques*, Paris, 1853. — *Métallothérapie du cuivre*, 1867. — *La métallothérapie dans le service de M. le prof. Verneuil*, Paris, 1877.

pourtour de l'orbite, de manière qu'une des éponges soit placée sur le rebord supérieur, et, l'autre, sur le rebord inférieur de l'orbite. Dans la *surdité hystérique*, les tissus péri-auriculaires et le conduit auditif externe seront faradisés. Dans l'*aphonie*, le *mutisme*, où il existe une plaque d'anesthésie recouvrant le larynx, le courant faradique donnera de bons effets.

b) L'*hyperesthésie* sera de même combattue, si elle gêne certains organes ou si elle produit des phénomènes intolérables (pseudo-angine de poitrine, clou hystérique, pseudo-méningite, rachialgie violente, etc.).

Les *aimants* ont produit des résultats très infidèles.

L'*électricité statique* (le bain électrique statique) est encore un moyen de choix. Après un ou plusieurs bains généraux, on électrise les endroits hyperesthésiés. Il est prudent de tâter d'abord la susceptibilité de l'hystérique avant de faire passer le courant local.

La glace pilée, les pulvérisations d'éther, appliquées sur les plaques d'hyperesthésie, rendent quelques services.

Mlle C..., vingt ans, est atteinte d'hystérie convulsive avec *anesthésie* générale et complète. Les crises sont de date récente, la première a éclaté, il y a six mois, à la suite d'une grande contrariété. Depuis, C... a fréquemment des attaques, et même plusieurs par jour. Parfois, après les crises, elle a un peu de délire. — L'insensibilité au toucher, à la douleur et à la température est complète. Le champ visuel est rétréci. Dès le début du traitement, dès la première journée de l'isolement et de l'alitement, les crises cessent. L'anesthésie persiste encore; mais, au bout de trois semaines elle a complètement disparu, ainsi que le rétrécissement du champ visuel. Cette malade a pris, pendant les premiers jours, 2 grammes de bromure de potassium, dans le but de combattre l'anxiété et de faciliter le sommeil.

Dans un autre cas, il s'agissait d'une femme ayant, outre une mentalité spéciale, une *hyperesthésie* sur plusieurs points du corps ; grâce à l'isolement et à l'alitement combinés au

traitement d'ensemble, l'hyperesthésie a disparu très vite et l'état moral s'est amélioré.

III. **Traitement des troubles de la motilité.** — « Il ne faut pas laisser traîner les contractures », disait Charcot. Il ne faut pas laisser traîner davantage les divers troubles de la motilité, les parésies ou les paralysies. Plus on intervient rapidement, plus les chances de guérison sont nombreuses.

a) Les malades de la Salpêtrière, dit Gilles de la Tourette, connaissent la valeur de cette intervention rapide. Si l'une d'elles, à la suite d'une crise ou d'un traumatisme quelconque, est prise de contracture, vite des voisines accourent et si l'avant-bras est contracturé, en flexion par exemple, elles s'empressent de malaxer les muscles de la région postérieure du segment atteint et la contracture ne tarde pas à céder.

En effet, c'est cette méthode qui réussit le mieux. Dans un cas de contracture, il faut agir aussi promptement que possible et, par la malaxation des muscles antagonistes, produire comme une seconde contracture, qui contre-balance la première. Malheureusement, ceci n'est guère facile qu'en théorie; car, les malades viennent souvent fort tard réclamer des soins et plusieurs formes de contractures s'établissent lentement, presque insidieusement; certaines sont très tenaces, la coxalgie, par exemple, où l'on ne peut agir par l'excitation des muscles antagonistes.

L'hypnotisme peut être employé, dans ces cas, mais il faut se souvenir des nombreuses réserves que cette thérapeutique comporte.

Un autre moyen consiste à provoquer une *crise convulsive* par la pression d'une zone spasmogène; seulement, la contracture disparue peut être remplacée par une autre, et c'est là un grand inconvénient, sur la production duquel il est bon d'être prévenu.

La *suggestion à l'état de veille* agit souvent mieux que

n'importe quel traitement. Les contractures guérissent parfois, grâce à un médicament inerte, par la médecine *d'imagination*, la mie de pain, le bleu de méthylène, ou par la médecine miraculeuse, par *la foi qui guérit* (Charcot), comme nous le disions, tout à l'heure.

On pourra recourir à l'*électricité faradique*, au *massage*. L'*effleurage*, pratiqué légèrement, réussit, surtout quand la contracture est de date récente.

On a proposé, pour combattre les contractures anciennes, de rompre, sous le chloroforme, les adhérences, s'il en existe, et de mettre le membre dans un appareil. Nous n'avons jamais eu recours à ce moyen, mais, d'après les expériences de Charcot, on peut conclure, déjà, que c'est un procédé défectueux, parce qu'on immobilise le membre *physiquement* et qu'on risque de fixer *psychiquement* la contracture.

b) Quant aux *paralysies*, la conduite à tenir est identique. L'intervention sera aussi rapide que possible. L'hypnotisme, la suggestion à l'état de veille, comme l'intercurrence d'une crise convulsive, peuvent les faire disparaître.

Pour les monoplégies brachiales, Charcot employait le *dynamomètre*. La suggestion est ici encore en cause ; le malade, plusieurs fois par jour, de ses mains paralysées, fait des efforts sur l'instrument, en notant lui-même les progrès.

Mais, c'est surtout à l'électricité faradique ou statique qu'il faut s'adresser. Elle agit par elle-même, et principalement par la suggestion.

Le massage est également indiqué.

L'exercice du membre paralysé a une influence psychique favorable ; pendant le massage, on doit faire exécuter aux membres à plusieurs reprises des mouvements physiologiques.

Les contractures musculaires, les hémiplégies et monoplégies hystériques, qu'elles soient survenues à la suite d'un accès, ou qu'elles se soient produites lentement, sont généralement tenaces, si l'on n'intervient pas au début. Parfois, la chronicité s'établit et tous les efforts de la médecine échouent.

Dans le service de Déjerine, à la Salpêtrière, l'un de nous a vu une femme de quarante-neuf ans, qui, depuis trois ans, souffrait de contractures des muscles adducteurs et fascialata des deux cuisses, au point que la marche n'était plus possible. L'isolement a produit chez cette malade des effets très appréciables et très rapides : au bout de peu de jours, elle accomplissait des mouvements jusqu'alors impossibles. Un mois après, elle était guérie.

IV. **Traitement des troubles trophiques.** — Les altérations par désordre de la nutrition périphérique ne sont pas rares au cours des contractures et des paralysies, principalement sous forme d'*éruptions cutanées* (*pemphigus*, *herpès*, *eczéma*), *œdème bleu*, *atrophie musculaire*, etc.

Selon chaque cas, le traitement varie. L'électricité réussit dans les éruptions cutanées, dans l'œdème bleu. Le massage est plutôt indiqué dans l'atrophie musculaire. Il ne faut pas oublier que, sans le traitement général de l'hystérie, ces manifestations ne disparaissent ni complètement, ni définitivement.

V. **Traitement des troubles gastriques.** — Deux accidents hystériques tourmentent beaucoup le malade et son entourage : l'anorexie et l'hématémèse.

L'*anorexie* (1) est souvent si tenace et si profonde que la vie du malade peut courir du danger si l'on n'intervient pas. Deux cas peuvent se présenter : ou bien le malade mange un peu, mais n'accuse pas de faim ; ou bien, prétextant l'anorexie, il ne prend aucun aliment ; dans l'un comme dans l'autre cas, le traitement héroïque, proposé et défendu surtout par Charcot, est l'*isolement*.

Dans le premier cas, le médecin devra tâcher d'assister aux repas, les premiers jours au moins ; il surveillera ainsi lui-

(1) Lasègue, *De l'anorexie hystérique* (*Arch. générales de médecine*, avril 1873). — *Études médicales*, 1884, t, II, p. 45.

même l'alimentation. Isolé, dominé par l'autorité du médecin, le sujet se nourrit mieux. Si l'injonction du médecin et l'isolement ne suffisent pas, il faut recourir à la sonde œsophagienne.

Les autres moyens de traitement seront mis en œuvre si l'amélioration ne survient pas.

L'*hématémèse* sera traitée, comme s'il s'agissait d'un ulcère simple de l'estomac, par le *régime lacté*. Au bout de quelques jours de ce régime absolu, on permettra des aliments légers.

D'autres troubles gastriques apparaissent chez les hystériques, la *tympanite gastro-intestinale*, par exemple, pour laquelle l'avis du praticien est souvent demandé. Mais il faut savoir que le traitement le mieux dirigé échouera presque toujours si l'hystérie n'est pas soignée par l'*isolement* et l'*alitement*. Qu'il s'agisse d'une légère attaque convulsive, ou d'une paralysie, la conduite du médecin dans la direction générale du traitement est sensiblement la même.

VI. **Traitement des manifestations intellectuelles ou des troubles délirants.** — Nous en avons parlé aux chapitres respectifs (Voir *Agitation*, *Mélancolie*, *Idées de suicide*, *Refus d'aliments*).

CHAPITRE III

TRAITEMENT DE L'ÉPILEPSIE

A. Considérations générales. — Lasègue s'est particulièrement attaché à différencier l'épilepsie essentielle, constitutionnelle, des états épileptoïdes ou des épilepsies symptomatiques. Toutes les épilepsies se manifestent bien d'une manière paroxystique, mais c'est, là, leur seul trait de ressemblance; au point de vue étiologique, pathogénique et thérapeutique, ce sont des affections fort différentes.

L'épilepsie idiopathique est une maladie bien peu variable qui n'apparaît plus guère après l'âge de vingt ans. Elle serait due à une malformation cranienne et ne guérirait que très rarement (Lasègue).

Les épilepsies symptomatiques, très nombreuses, aiguës ou chroniques, s'observent, au contraire, à tous les âges.

L'épilepsie essentielle est-elle une maladie à lésions? Malgré les travaux de Bourneville et de Brissaud (1), de Zohrab (2) signalant le ramollissement des cornes occipitales, en dépit de la constatation de Chaslin (3), relative à une sclérose névroglique pure, ou gliome des zones motrices, et de bien d'autres observations, le substratum anatomique de l'épilepsie idiopathique reste inconnu.

Il est généralement admis, aujourd'hui, que l'apparition des paroxysmes est due à un agent provocateur, variable d'après le sujet. Parmi ces agents épileptogènes, les auto-intoxications tiennent la première place : l'albumine a été trouvée en abondance dans l'urine de quelques épileptiques après l'attaque. D'après Voisin et Péron (4), l'albuminurie post-paroxystique existe dans la moitié des cas, surtout dans l'état de mal. Des toxines ont été reconnues dans les urines, en dehors de l'albumine.

Des recherches sur la toxicité du sang ont été faites par Chevalier-Lavaure, Régis, Massion, et, ces temps derniers, par Mairet et Vires (5) et par l'un de nous (6), etc.

De toutes ces études, il résulte que, chez l'épileptique, il existe surtout et avant tout, une excitabilité cérébrale spéciale, une disposition particulière de l'écorce telle que des

(1) Bourneville et Brissaud, *Arch. de neurologie*, 1880, p. 69 et p. 391.
(2) Zohrab, *Arch. de neurologie*, 1886, p. 405.
(3) Chaslin, *Comptes rendus de la Soc. de biologie*, 1889, p. 169. — *Arch. de méd. expér. et d'anatomie pathol.*, 1891, p. 305.
(4) Voisin et Péron, *De l'albuminurie post-paroxystique* (*Arch. de neurologie*, n° 69, 1890).
(5) Mairet et Vires, *Soc. de biologie*, 25 juin 1898.
(6) Cololian, *La toxicité du sang dans l'épilepsie* (*Arch. de neurologie*, n° 39, 1899).

toxines, non éliminées, suffisent pour exciter les zones épileptogènes. Tel est aussi l'avis de L.-W. Weber (1), qui conclut qu'il faut : 1° une prédisposition héréditaire ; 2° une prédisposition individuelle, résultant des détériorations de toutes sortes qui peuvent porter sur le système nerveux central depuis la naissance ; 3° une cause occasionnelle à retours périodiques qui provoque l'explosion de chaque paroxysme, en irritant l'écorce cérébrale, déjà endommagée par les causes précédentes.

Weber range parmi les causes occasionnelles les substances toxiques qui sont produites périodiquement dans l'organisme par suite des anomalies des échanges nutritifs.

Les épilepsies symptomatiques ont pour causes déterminantes : des *lésions matérielles*, des *traumatismes du crâne*, des *lésions diverses*, la *syphilis*. Les intoxications sont encore de cet ordre, et l'*alcoolisme* en est le type le plus vulgaire. Les épilepsies alcooliques sont connues. Le *saturnisme* peut aussi produire des attaques épileptiques. La *cocaïne*, l'*opium*, le *tabac*, éveillent parfois la prédisposition latente.

Quelle qu'en soit la cause, l'épilepsie se manifeste presque toujours de la même manière. Le clinicien, en face d'une attaque d'épilepsie, essentielle ou alcoolique, ne peut se prononcer ni sur la nature primitive de la cause, ni sur le pronostic.

Les paroxysmes sont souvent précédés d'une sensation, toujours la même, qui annonce l'attaque : c'est l'*aura*, qui est variable d'un sujet à l'autre.

L'irritation, faible ou intense, localisée ou généralisée à toutes les zones épileptogènes, produit toute la gamme des convulsions.

L'attaque est le plus souvent subite : le malade pâlit après avoir ressenti ou non l'aura, et il tombe tout d'une pièce ; quelquefois, un *cri* particulier annonce le début de la crise. L'accès passe par trois périodes. Dans la première, appelée

(1) L.-W. Weber, *Münch. med. Woch.*, n° 26.

tonique, les muscles sont dans un état de contracture tétanique avec prédominance d'un côté du corps ; cet état dure à peine une demi-minute. Le deuxième stade, nommé *clonique*, se prolonge pendant deux ou trois minutes ; tous les muscles de la face et des membres sont en convulsions intenses ; la langue, projetée hors des arcades dentaires, est souvent mordue ; les urines échappent par suite des contractions et des convulsions des muscles abdominaux. Enfin, la *période de stertor* survient ; la crise prend à ce moment le caractère de l'attaque apoplectique ; le comitial est inerte, il a la face cyanosée, la respiration stertoreuse. Au bout de quelques minutes, quelquefois au bout de plusieurs heures, le malade se réveille avec une sensation de fatigue physique et morale. L'attaque convulsive peut manquer ; une crise en diminutif la remplace, avec ou sans aura, accompagnée de légères convulsions localisées aux muscles de la face ou d'un membre, c'est le *vertige* épileptique. Le sujet ne tombe pas toujours, la morsure de la langue et la miction involontaire ne sont pas constantes. La perte de la connaissance peut être très courte et ne pas s'accompagner de chute, c'est l'*absence*. Tout à coup, au milieu d'une occupation, le malade pâlit et a une étrange fixité du regard ; il s'arrête, ou laisse tomber l'objet qu'il tenait, ou bien il continue automatiquement le mouvement commencé.

Dans l'épilepsie symptomatique, l'attaque est partielle, monoplégique, hémiplégique. La perte de la connaissance n'est pas absolue, surtout quand l'attaque, ayant débuté dans un membre, ne se généralise pas. Quand cette perte de connaissance existe, elle ne commence pas avec l'attaque ; le malade assiste au premier stade et ne perd connaissance qu'au milieu de l'accès.

L'attaque convulsive épileptique peut être remplacée par des *phénomènes psychiques* qui en sont les *équivalents*. Les *fugues*, l'*automatisme ambulatoire*, qui surviennent sans attaque, sont de cette nature, et constituent l'*épilepsie larvée*. Il est vrai que ces phénomènes apparaissent aussi après des

attaques convulsives ou des vertiges ; l'amnésie est le signe distinctif de tous ces phénomènes ; les épileptiques ne se souviennent pas de leurs accès ni des troubles consécutifs. Cette perte de la mémoire post-paroxystique est classique et constante dans toutes les formes de l'épilepsie. Ce qui est curieux, c'est l'*amnésie* subite, sans attaque, sans vertiges. Un épileptique parcourt, tout à coup, des kilomètres à travers la campagne ; il exécute des actes plus ou moins compliqués ; puis, fatigué, il s'endort. Au réveil, il est très étonné de se trouver dans un endroit inconnu. Pendant ces pertes de connaissance, certains épileptiques ont des impulsions morbides fort dangereuses, impulsions homicides, impulsions au suicide, etc.

Les *troubles mentaux* sont nombreux ; ils précèdent ou remplacent l'attaque (*équivalents psychiques*). Le plus fréquemment, ils succèdent à la crise. La forme la plus légère est l'*hébétude*, qui dure de quelques minutes à une heure et plus ; mais, l'épuisement nerveux qui suit la décharge épileptique persiste longtemps. On a observé, cependant, quelques épileptiques qui étaient pris d'excitation passagère soit après une attaque, soit après un vertige ou une absence.

Dans les formes graves, l'hébétude peut durer plusieurs jours avec ou sans paralysie motrice ; elle peut aller jusqu'à la stupeur.

L'*agitation*, sous forme de *manie*, remplace également l'attaque ou lui fait suite. La manie peut avoir la forme légère de l'excitation maniaque, ou la forme furieuse, plus rare aujourd'hui, depuis la suppression des moyens de contention mécanique. Nous avons étudié cette excitation au chapitre de la *manie* et des *états maniaques*.

L'épilepsie essentielle se termine parfois par l'*état de mal* caractérisé par des accès convulsifs répétés, par la continuation de l'hébétude, la perte de la connaissance et surtout par l'élévation de la température, signe d'intoxication intense. Cet état dure souvent quarante-huit heures, et la mort en est la terminaison dans la majorité des cas.

B. Traitement. — Le traitement de l'épilepsie comporte deux grandes indications : diminuer ou supprimer les paroxysmes, éloigner les causes provocatrices.

I. **Traitement des paroxysmes.** — Nombreuses sont les méthodes proposées pour prévenir l'accès, mais il y en a bien peu qui aient une véritable utilité. Tel procédé convient à celui-ci qui ne convient pas à tel autre : la réussite est individuelle. Les malades savent ce qui leur est bon et le réclament.

C'est souvent la même cause qui produit la décharge épileptique : l'excès alcoolique, l'excès génésique, etc. En supprimant cette cause, on arrive à diminuer et, parfois, à supprimer les crises.

Dans l'épilepsie partielle, la compression au-dessus de l'aura sensitive ou motrice, peut arrêter l'attaque. On connaît le procédé de Brown-Séquard : le redressement forcé ou la flexion forcée de la pointe du pied faisant avorter l'accès. On a essayé le même procédé pour les doigts et la main.

Certains malades de Bicêtre, d'après Féré et Voisin, ont une espèce de garot avec lequel ils se compriment l'avant-bras, aussitôt qu'ils sentent l'aura venir.

Des choses fort simples, de l'eau salée, de l'eau glacée, de l'eau de fleurs d'oranger, donnent à peu près les mêmes résultats. Une malade de J. Voisin mangeait du chocolat, ou prenait une bouchée de pain. La flagellation, ou l'application de compresses froides sur la figure, atteignent le même but. François Franck et Pitres ont pu arrêter les attaques d'un chien épileptique par l'application de glace sur le crâne ; Charcot mettait de la glace sur la région précordiale, dans les cas d'aura cardiaque. Dans les accès subintrants, ou dans l'*état de mal*, la glace était mise sur la colonne vertébrale.

Un malade d'Alexander (1) sentait des accès douloureux dans la région du maxillaire supérieur ; la *compression des*

(1) Alexander, *The treatment of epilepsy*, 1889.

carotides pendant l'aura, suffisait pour arrêter l'attaque. Parry a usé du même moyen dans l'éclampsie, et Févez dans les convulsions infantiles. J. Voisin l'a tenté plusieurs fois en vain; cette expérience ne nous a jamais donné aucun résultat.

Féré a employé la *ventouse de Junod*, la *ligature des membres inférieurs* et les *bains sinapisés*, en partant de cette constatation que l'attaque d'épilepsie, sous ses différentes formes, est précédée d'une augmentation de tension artérielle coïncidant avec la pâleur des téguments.

Des médicaments ont été administrés : l'*éther*, le *chloroforme*, le *nitrate d'amyle*, le *bromure d'éthyle*, le *vinaigre aromatique*, en inhalations. Tous ces moyens sont peu efficaces.

La *morphine*, en injections sous-cutanées pendant l'aura, a supprimé l'attaque. L'*apomorphine* a réussi dans les expériences de Wallender (1). Mais la morphine et ses dérivés sont des médicaments dangereux. La première fois, ils suppriment l'attaque, la seconde fois, il faut augmenter la dose, et le morphinisme est une conséquence de ce traitement imprudent.

Quand l'accès a éclaté, on ne peut l'arrêter; le rôle du médecin consiste à protéger le malade contre *toute* blessure. Certains comitiaux tombent en avant et se blessent; si les accès sont très fréquents, on leur fera porter un bourrelet autour de la tête pour éviter les fractures du crâne. D'autres sont en proie à une forte agitation, on les laissera étendus sur un matelas, à terre, en surveillant les mouvements brusques qui pourraient devenir nuisibles. Le malade étant placé horizontalement, on tâchera de lui donner le plus d'air pur possible, en relâchant les vêtements et en ouvrant les fenêtres.

Les accidents qui se produisent pendant l'attaque nocturne sont les chutes, la suffocation, l'asphyxie.

Afin de les prévenir, une surveillance assidue sera exercée. Il ne faut pas se contenter de placer les épileptiques dans

(1) Wallender, *Berl. klin. Woch.*, 1877.

des lits très bas, garnis de balustrades; pour garantir de la suffocation produite par les vêtements ou par le malade lui-même, qui retourne sa face contre l'oreiller en s'enroulant dans les couvertures, on a proposé des oreillers de varech ou de crin. C'est insuffisant; dans la position horizontale, la langue paralysée peut tomber sur le pharynx, l'obstruer et gêner la respiration. Il faut pencher la tête du malade de côté, au besoin mettre une pince sur la langue et l'attirer au dehors.

Quand la suffocation est imminente et qu'aucun moyen n'a pu la prévenir, les *tractions rythmées de la langue* peuvent rétablir la respiration.

Dans l'état de mal, le repos absolu et à l'écart de tout bruit est nécessaire.

Les médicaments qu'on a prescrits, le *bromure de potassium*, le *nitrite d'amyle*, l'*hydrate d'amyle*, la *morphine*, etc., n'ont pas donné de résultats constants.

Féré est convaincu que l'alimentation pendant l'état de mal est une condition de survie : les aliments introduits par la sonde sont en général très bien supportés, et, malgré la répétition des convulsions, on n'observe guère de vomissements.

En considérant l'*état de mal* comme un état d'intoxication grave, nous avons pensé à diminuer cette toxicité : 1° par le lavage répété des intestins, au moyen de grands lavements de 3 à 4 litres d'eau bouillie, donnés en une ou deux fois; 2° par des diurétiques tels que le lait, et, surtout, le sérum artificiel en injections sous-cutanées.

Ainsi, nous donnons deux lavements dans les vingt-quatre heures; du lait deux fois par jour, à l'aide de la sonde œsophagienne, 1 litre chaque fois, et du sérum artificiel, de 1 à 2 litres. Nous ajoutons à ce régime les bains froids ou les bains tièdes, d'après les indications.

Nous avons obtenu des cas de guérison par ce procédé chez des sujets très affaiblis, et alors que le pronostic était très grave.

Nous pouvons citer le cas d'une épileptique de qua-

rante-cinq ans, transportée dans le service dans un état de mal presque comateux. Le pronostic étant très sévère, on ne pouvait hésiter à intervenir promptement. Un lavement purgatif est administré, pendant qu'on prépare le sérum. La malade est dans un état de prostration absolue ; nous injectons un litre de sérum dans les tissus cellulaires de la cuisse. Peu après, on introduit la sonde œsophagienne dans l'estomac. On lave cet organe avec de l'eau de Vichy tiède. Un litre de lait est donné. Dans la soirée, on renouvelle le traitement. La malade reste deux jours dans le même état, quoiqu'elle paraisse un peu moins prostrée dès le lendemain de son entrée. Le troisième jour, l'état de mal avait cessé. — On peut assurer que cette épileptique a largement bénéficié du traitement ; tout porte à croire que, sans cette intervention, elle aurait succombé.

II. **Traitement des causes.** — Les cas dans lesquels le traitement étiologique a une indication nette ne sont pas nombreux, car les causes occasionnelles échappent généralement au clinicien.

Parmi les causes connues se trouvent les traumatismes du système nerveux central ou périphérique et les lésions caractéristiques du cerveau, telles que les tumeurs.

Dans les *épilepsies traumatiques*, sans lésions bien spéciales, même dans les cas fort nets d'épilepsie partielle, on ne doit pas tout de suite penser à trépaner ; il faut se souvenir que la question de terrain est le point important, et que le traumatisme n'a été souvent qu'une cause bien secondaire ; la révulsion cutanée peut parfois suffire.

Mais si la lésion paraît avoir atteint les méninges, le cerveau, par enfoncement du crâne, si les crises paraissent être provoquées par des esquilles, des épanchements sanguins, plus tard par une exostose, par des adhérences des méninges, par des épanchements enkystés, l'intervention chirurgicale est indiquée. Le point à trépaner est l'endroit où l'on découvre une

dépression, une cicatrice, et d'ordinaire aussi celui où le malade accuse une douleur fixe. La localisation des convulsions indiquera, en outre, la zone motrice atteinte.

Dans les cas de *tumeur cérébrale*, la trépanation est rarement fructueuse. D'après les recherches de Hale White et de Allen Starr, 2 p. 100, seulement, des tumeurs cérébrales sont opérables. Les indications topographiques sur le siège et l'étendue de la tumeur peuvent, seules, guider le chirurgien, et l'on sait qu'en pratique, rien n'est plus difficile que de préciser le siège de la tumeur. Péan, avec Ballet (1) et Gelineau (2), ont obtenu une guérison en enlevant une tumeur méningée, qui refoulait la substance corticale. Horsley (3) propose d'enlever les syphilomes dont on connaît les sièges, quand ceux-ci résistent à un traitement spécifique de six semaines.

L'intervention chirurgicale a été essayée, également, pour l'*épilepsie partielle sans traumatisme et sans tumeur*. Malgré les quelques cas de guérison publiés par Lépine (4), Bendati (5), J. Lucas-Championnière, la trépanation n'a généralement pas d'effet curatif durable. Les insuccès sont dus à ce que l'épilepsie jacksonnienne paraît être la conséquence d'altérations histologiques diffuses, imperceptibles à l'œil, et que le bistouri ne peut disséquer. Le résultat est fréquemment une paralysie persistante.

Ces dernières années, l'innocuité presque assurée d'opérations semblables ayant facilité la tâche du chirurgien, on a essayé la trépanation, même dans l'*épilepsie généralisée*, sans qu'il y ait une indication précisée par le siège de la douleur ou des convulsions. Certains prétendent avoir obtenu des guérisons. On nous permettra quelques doutes. Les interventions violentes, comme les maladies aiguës, modifient temporaire-

(1) Ballet et Gelineau, *Gaz. des hôp.*, 1889, p. 189.
(2) Gelineau, *Traité des épilepsies*, Paris, 1900.
(3) Horsley, *Congrès de Berlin*, 1890.
(4) Dans Péchadre, *Thèse de Lyon*, 1888, p. 66.
(5) Bendati, *Congrès italien de chirurgie à Bologne*, 1890.

ment les attaques ; mais, elles n'entraînent ordinairement pas de guérison véritable.

Féré accepte que des douleurs de tête intolérables, même sans localisation, constituent une indication, surtout si les attaques sont fréquentes. L'écoulement du liquide céphalo-rachidien peut, dans certains cas, devenir favorable. Mais il est plus sage, malgré le peu de gravité des opérations aseptiques actuelles, d'observer de grandes réserves.

Nous ne parlerons que pour mémoire de certaines opérations tentées dans le but de guérir l'épilepsie, telles que l'ovariotomie, la castration, l'extirpation du clitoris. L'intervention chirurgicale n'est admissible qu'en cas d'affections graves de ces organes.

Notre remarque concerne également la résection du sympathique, l'excision du ganglion de Gasser. Les résultats ont été si pitoyables qu'on ne doit plus mettre ces opérations au rang des méthodes de traitement.

L'épilepsie a parfois pour cause la *lésion périphérique* d'un organe ou d'un nerf. L'intervention chirurgicale peut alors aboutir. L'ablation des cicatrices douloureuses, l'extraction des corps étrangers enfoncés dans les tissus, dans les oreilles, dans le nez, l'extirpation des polypes des fosses nasales, etc., peuvent guérir l'épilepsie survenue à la suite de ces excitations.

D'autres causes, non traumatiques, mais générales, retentissent sur les zones motrices et produisent des décharges épileptiques : nous voulons parler des rapports qui existent entre l'épilepsie et les maladies générales et de la nécessité d'examiner l'ensemble des appareils chez tout comitial, sans rien négliger.

Les *affections des voies digestives* amènent parfois les attaques, tout en faisant la part de la prédisposition. Lépine et Gibert (1), Pommay (2) ont guéri des épilepsies d'origine gas-

(1) Lépine, *Rev. de méd.*, 1877, p. 573.
(2) Pommay, *De l'épilepsie gastrique* (*Rev. de méd.*, 1881, p. 449).

trique, par un régime sévère. Delasiauve avait justement observé qu'en combattant la constipation par des laxatifs, on éloignait sensiblement les attaques. Les vers intestinaux, dans ces mêmes conditions, provoquent aussi l'épilepsie; leur évacuation assure souvent la guérison.

Plusieurs médicaments ont été proposés pour remédier aux *troubles circulatoires* qui favorisent les convulsions et pour régulariser la circulation cérébrale; la *digitale* seule, ou associée au *bromure de potassium*, au *datura stramonium*, l'*ergot de seigle* (Yeats) et l'*ergotine* (Lépine), enfin, l'*ergotinine* (Christian) ont été employés fréquemment. Chapman conseillait les applications de glace sur la région rachidienne et précordiale.

L'épilepsie peut apparaître chez les albuminuriques, les diabétiques et les goutteux. Le régime et le traitement de chaque affection peuvent diminuer la fréquence des attaques ou en amener la suppression.

Quand on connaît à l'épilepsie une cause toxique, comme l'*alcoolisme*, le *saturnisme* ou la *syphilis*, le traitement doit, naturellement, s'adresser à ces causes.

Dans l'alcoolisme et le saturnisme, la suppression de la cause s'impose avant tout, et si l'on n'arrive pas toujours à faire disparaître les dégénérescences produites par les agents toxiques, on peut néanmoins enrayer leur action épileptogène.

La syphilis provoque des attaques épileptiformes. A la période secondaire, le traitement mixte peut en venir à bout définitivement; mais, à la période tertiaire, le pronostic est réservé. Charcot disait qu'il fallait attaquer le mal de vive force, et donner le mercure et l'iodure à hautes doses : 10 à 12 grammes de pommade mercurielle en frictions, et de 4 à 8 grammes d'iodure de potassium par la voie stomacale. Ce traitement ne saurait convenir à tous les sujets, par suite du mauvais état des voies digestives, ou par cause d'intolérance. Pour obvier à ces inconvénients, on a conseillé l'administration du mercure par la voie hypodermique; le sublimé,

le calomel, etc., ont été essayés. Il faut, en tous les cas, surveiller l'hygiène, l'état des dents, des gencives, afin de prévenir les éruptions cutanées, la stomatite et les autres complications.

Les effets de la médication spécifique se font sentir après quelque temps. Quand le traitement le plus énergique ne modifie pas l'épilepsie supposée syphilitique, il faut se souvenir que, dans bon nombre de cas, la syphilis ne fait que révéler une prédisposition latente, et que le traitement ordinaire de l'épilepsie peut avoir des chances de guérison.

L'épilepsie syphilitique héréditaire appelle le même traitement. Mais, ici, le rôle de l'hygiène est prépondérant. Le traitement spécifique peut certainement modifier l'affection; mais, vu le fonds dégénératif sur lequel l'épilepsie s'est développée, il faut soigner le terrain, c'est-à-dire la dégénérescence; des accidents menaçants ont pu être ainsi écartés.

III. **Traitement pharmaceutique.** — Les médicaments, employés depuis l'antiquité jusqu'à nos jours, sont en nombre considérable ; la plupart n'ont point justifié leur renommée. Les antispasmodiques ont été surtout recommandés. L'*asa-fœtida*, la *gomme ammoniaque*, la *rue*, le *musc*, le *datura stramonium*, l'*aconit*, la *mélisse*, la *pivoine* ne trouvent plus de partisans.

Nous ne citerons, ici, que les quelques médicaments encore usités.

La *belladone*, remise en honneur par Trousseau (1) et administrée par ce grand clinicien aux enfants ayant de l'incontinence d'urines, est encore fréquemment ordonnée, seule ou associée au bromure. Trousseau la prescrivait de la manière suivante :

« Pendant un mois, le malade prend, chaque jour, une de ces pilules (1 centigramme d'extrait de belladone), le matin.

(1) Trousseau, *Clinique de l'Hôtel-Dieu*, 1862, t. II, p. 41.

si les accès ont lieu surtout dans la journée, ou bien le soir, si les accidents surviennent particulièrement la nuit. Chaque mois, on donne une pilule de plus, et, quelle que soit la dose, on l'administre toujours au même moment. On arrive ainsi à faire prendre 5, 10, 15, 20 pilules, et même davantage, sans qu'il soit possible de dire d'avance quelles sont les doses auxquelles on doit s'arrêter. Ces doses n'ont en effet d'autre limite que la tolérance du malade et l'influence que le médicament exerce sur la maladie. La dilatation excessive des pupilles, la sécheresse trop incommode du gosier indiquent un effet toxique qui ne doit pas être dépassé. »

Trousseau a remplacé plus tard la belladone par son alcaloïde, l'*atropine*.

Les avis sont partagés sur l'utilité de la belladone. Trousseau, lui-même, reconnaît qu'elle n'agit pas souvent. Gubler l'ordonne dans les formes frustes, Hughlings Jackson dans l'épilepsie nocturne; Gowers reconnaît qu'elle n'est utile qu'avec le bromure. Pierret a remarqué que, dans beaucoup de cas d'épilepsie impulsive ou vertigineuse, la belladone provoque des attaques convulsives franches, régularise les décharges épileptiques, soulage ainsi le malade en améliorant l'état général.

Féré a prescrit la belladone à la dose de 2 centigrammes d'extrait; il augmentait d'une pilule par semaine. Dans l'épilepsie convulsive, cet auteur n'a obtenu que des améliorations temporaires; il a observé des succès durables dans l'épilepsie vertigineuse à accès fréquents, à la suite d'un traitement par l'extrait de belladone, porté jusqu'à 34 centigrammes par jour. Féré a également essayé l'atropine et en a obtenu des améliorations légères.

Les sels de *zinc* ont eu leur vogue. L'*oxyde de zinc*, recommandé par Th. Herpin (de Genève) fut donné jusqu'à 3 grammes par jour; on commençait par 2 centigrammes. La formule de Herpin, oxyde de zinc avec sucre en poudre, a été modifiée par Méglin, qui prescrit ainsi des pilules : oxyde de zinc, extrait

de jusquiame et de valériane, parties égales. Ball l'ordonnait avec la belladone. L'oxyde de zinc, dans quelques cas, paraît agir seul ou associé au bromure, ainsi que le conseillent Magnan, Féré, etc. Certains malades, qui n'éprouvent pas de soulagement par le bromure, se trouvent bien de l'oxyde de zinc. D'autres ne peuvent tolérer les doses élevées. Pour les enfants, on doit commencer par des petites doses, 5 centigrammes, même moins. La dose moyenne est de 20 à 30 centigrammes par jour. Les autres sels de zinc, le lactate, l'acétate, le sulfate, le valérianate de zinc sont peu usités.

Le *borate de soude* ou *borax*, recommandé par Gowers, a donné à cet observateur de bons résultats. Il le prescrit en solution aqueuse, et augmente la dose pour s'arrêter à 5 et 6 grammes par jour. Jusqu'à présent les succès de cette médication n'ont pas été considérables. Féré (1), qui l'a essayée sur 122 sujets, a trouvé, dans les deux dixièmes des cas, une amélioration temporaire et douteuse et une amélioration plus importante dans un dixième à peine. Les inconvénients sont nombreux : vomissements, diarrhée et autres troubles gastro-intestinaux, des poussées d'eczéma, du psoriasis. En dépit des quelques succès de Bijoud (2) (deux guérisons (?) sur 45 épileptiques), et de Mairet (3), d'après nos propres observations en ville ou à l'asile, nous ne croyons pas que le borax puisse modifier les crises.

L'*opium* avait été proscrit du traitement de l'épilepsie. Flechsig (4), pourtant, l'a remis à la mode et en a obtenu des résultats. Son traitement consiste à donner de l'opium pendant six semaines à des doses croissantes ; il commence par de petites doses, et augmente jusqu'à 1 gramme et plus ; puis, il le supprime brusquement et prescrit le bromure. Au début, Flechsig se contentait de donner le bromure pendant

(1) Féré, *Du borax dans le traitement de l'épilepsie* (*Revue de médecine*, 1895, p. 750).
(2) Bijoud, *Thèse de Paris*, 1890.
(3) Mairet, *Progrès médical*, 10 octobre 1891.
(4) Flechsig, *Neuro. central.*, 1893, p. 229.

deux mois ; il modifia son traitement en prolongeant la durée de cette médication.

Warda (1), qui rapporte les expériences de la clinique psychiatrique du professeur Binswanger à Iéna, dit que cet observateur a toujours fait prendre le bromure durant des années. On en donne de 6 à 9 grammes pendant trois à six mois et l'on diminue, graduellement, de six mois en six mois, de sorte qu'après deux à trois ans le malade n'en prend plus que 1 à 2 grammes par jour. Warda a observé que la réussite du traitement dépend de la dose d'opium tolérée par le malade. Il donne, en résumé, l'observation de quarante-quatre comitiaux qui ont été soumis à l'influence de ce traitement. D'après lui, 27 p. 100 en ressentent une grande amélioration, 27,5 p. 100 une légère amélioration, 42,5 p. 100 n'éprouvent aucune modification et 25 p. 100 ont vu leur état s'aggraver (un cas de mort).

Bratz (2), de Berlin, publie le résultat de quarante-cinq observations. Dans un cas, il y a disparition de toute attaque depuis plusieurs mois ; dans neuf cas, on nota la disparition des accès, durant quelques mois ; puis, le retour à l'état antérieur après des séries d'attaques ; dans cinq cas, il y eut diminution des accès ; dans deux cas, les crises de grand mal furent remplacées par des crises de petit mal ; dans vingt-trois, il ne se produisit aucun changement ; dans trois cas, la mort survint *par état de mal*. Les expériences de Bratz ne sont pas encourageantes. Mais il n'a pas appliqué le traitement mixte dans les cas récents, et la méthode de Flechsig agit surtout sur les épileptiques ayant des crises depuis peu de temps, sans qu'il y ait de complications psychiques. Au moment de la cessation de l'opium, on peut observer des phénomènes d'abstinence, qui disparaissent avec une petite dose de cet

(1) Warda, *Expériences sur le traitement de l'épilepsie par l'opium et le bromure* (*Monal. für Psych. und Neurol.*, vol. II, 1897, p. 257.)

(2) Bratz, *Sur le traitement mixte de Flechsig par l'opium et le bromure dans l'épilepsie* (*Allg. Zeitschr. für Psych.*, t. LIV, 1897).

hypnotique. Les contre-indications sont l'asthénie neuro-musculaire, le ralentissement des échanges organiques et surtout l'*état de mal*.

Ce traitement n'a pas trouvé d'écho en France ; les expériences publiées ne sont d'ailleurs pas nombreuses. L'un de nous a essayé cette méthode à l'asile de Villejuif, sur des épileptiques femmes. Mais, pensant que l'opium contient trop de principes toxiques, et qu'avant tout, il faut ne pas augmenter la toxicité dans l'organisme, nous avons eu recours à la *narcéine*, moins toxique que l'opium et la morphine. Les expériences ont été faites comparativement avec l'opium et la narcéine ; les résultats produits par la narcéine paraissaient satisfaisants. La cherté de ce médicament et des causes indépendantes de notre volonté ont coupé court à cette étude. Nous signalons cet essai pour en suggérer l'idée à ceux qui seraient en mesure de l'expérimenter méthodiquement.

Tout dernièrement, après avoir expérimenté cette méthode sur des épileptiques, J. Séglas et Heitz (1) en vinrent à cette conclusion que l'application de la méthode de Flechsig nécessite des soins et une surveillance tels qu'il est indispensable de placer d'abord l'épileptique dans un service spécial. Les inconvénients sont loin d'être compensés par les avantages, somme toute assez minimes, et qui ne paraissent pas supérieurs à ceux de la cure bromurée simple.

Les autres médicaments essayés dans l'épilepsie n'ont que des résultats très passagers. Le *nitrate d'argent* était prescrit au début du siècle. Le *sulfate de cuivre* a été employé, par Féréol, dans la névralgie faciale épileptiforme. L'*ergotine*, nous l'avons dit, a été ordonnée dans les épilepsies congestives.

La *coque du levant* et la *picrotoxine*, introduites dans la thérapeutique par Planat (2), ont été également essayées dans

(1) Séglas et Heitz, *Arch. de neurologie*, août 1900.

(2) Planat, *Recherches physiologiques et thérapeutiques sur la picrotoxine* (*Journ. de thérap.*, 1875).

l'épilepsie par Crichton-Browne (1), Amagat (2), Couyba (3), Hambursin (4). Couyba a obtenu une amélioration très sensible chez un enfant épileptique.

Le *curare*, employé par Thiercelin, a donné, paraît-il, quelques résultats. Tel n'est pas l'avis de Bourneville et Bricon (5), qui n'ont constaté aucune amélioration.

Les sels de *pilocarpine*, préconisés par Challand et Rabow, n'ont donné aucun résultat à Féré (6) et à Bourneville.

La *jusquiame* (Récamier), l'*hyosciamine* (Reinhart, Gnauk), la *solanine* (Geneuil), la *duboisine* (Civadelli et Giannelli) n'ont pu davantage attirer l'attention.

Le *sulfonal* (7) a été également essayé.

L'*antipyrine* (8) a réussi dans les attaques liées aux altérations des méninges (Lemoine) (9). Mac Call Anderson (10) a cité une guérison. Féré n'a jamais obtenu de modification dans les accès convulsifs avec cette substance.

Les succédanés de l'antipyrine, l'*antifébrine* (11), l'*acétanilide* (12), ont été de même expérimentées sans plus de succès.

Le *camphre* peut être prescrit comme anaphrodisiaque plutôt que comme antispasmodique.

L'*éther* n'a pas réussi. La *valériane*, recommandée par Tissot, ne peut modifier les attaques.

(1) Crichton-Browne, *Essais physiologiques sur la picrotoxine* (*Brit. Journal*, 1875.)

(2) Amagat, *Journ. de thérap.*; 1876, p. 543.

(3) Couyba, *Épilepsie. Traitement et guérison par la picrotoxine* (*Journ. de méd. et de chir. prat.*, 1880, p. 214).

(4) Hambursin, *Bull. de l'Acad. Royale de Belgique*, 1880, p. 94.

(5) Bourneville et Bricon, *Arch. de neurol.*, 1885, t. VIII.

(6) Féré, *C. R. de la Soc. de biol.*, 1892, p. 409.

(7) L. Énon, *Du sulfonal, son action dans l'épilepsie* (Thèse de Paris, 1890).

(8) Fraty, *L'antipyrine et les convulsions épileptiques* (Thèse de Lyon, 1888).

(9) Lemoine, *Gaz. méd. de Paris*, décembre 1888.

(10) Mac Call Anderson, *Cas of Epilepsy cured by Antipyrine* (*The Amer. Journ. of med. Sc.*, 1891, p. 485).

(11) Hamilton, *New York med. Journ.*, 28 mai 1888.

(12) Faure, *C. R. de la Soc. de biol.*, 1887, p. 401.

La *digitale*, préconisée par Corrigan, Scott, Sharkey, est un tonique du cœur, et surtout un diurétique. L'épilepsie paraissant être la manifestation d'un agent toxique, si l'on diminue la quantité des principes toxiques renfermés dans les organes, on peut supprimer ou du moins raréfier les attaques. Nous employons la digitale seule, ou avec le bromure. Après un traitement bromuré qu'aucun résultat ne tend à montrer efficace, nous ordonnons, pendant trois ou quatre jours, de la teinture de digitale, et nous revenons au bromure. Nous avons obtenu ainsi des résultats très satisfaisants.

IV. **Traitement par les bromures.** — La médication *presque spécifique* de l'épilepsie, est, actuellement, la médication bromurée, la seule, ou à peu près, qui ait donné des succès soutenus. Locock (1) y recourut, pour la première fois, en 1850, pour l'hystéro-épilepsie ; puis, Radcliff, Williams (2), Mac Donnell (3) observèrent les effets du bromure sur l'épilepsie. En France, Bazin et Besnier (4), A. Voisin (5), Falret, Legrand du Saulle (6), Lasègue (7) l'expérimentèrent et publièrent le résultat de leurs travaux.

L'action du brome et du bromure avait attiré l'attention des physiologistes qui arrivèrent à cette conclusion, à savoir que les bromures agissent sur la moelle épinière et que l'excitabilité réflexe de l'axe cérébro-spinal diminue sous leur action. Tous les bromures ont été employés dans l'épilepsie, en commençant par le bromure de potassium, jusqu'aux *bromure d'or* (Bourneville, Cartret, Goubert), *bromure d'arsenic* (8),

(1) Locock, *The Lancet*, t. I, 1857, p. 528.
(2) Williams, *On the action of Br. of Potassium*, 1864.
(3) Mac Donnell, *Traitement de certaines formes d'épilepsie par le bromure de potassium* (*Bull. de thérap.*, LXVII, p. 864).
(4) Bazin et Besnier, *Gaz. des hôp.*, 1865.
(5) A. Voisin, *Bull. de thérap.*, LXXI, 1866. — *Mém. de l'Acad. de méd.*, XXXI, 1875. — *Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses*, Paris, 1883.
(6) Legrand du Saulle, *Gaz. des hôp.*, 1868.
(7) Lasègue, *Arch. gén. de méd.*, 1865.
(8) Clemens, *Allg. med. Central*, 1876.

bromure de nickel (Bourneville) (1), *bromure de zinc* (Charcot, Magnan, Bochefontaine) (2).

Les *bromures de sodium*, d'*ammonium* et de *camphre* sont encore prescrits. Mais, un seul agit efficacement, c'est le *bromure de potassium*. Pourtant le *bromure de strontium*, aux mêmes doses que le bromure de potassium, nous a donné de bons résultats, et nous le plaçons, comme efficacité, après le bromure de potassium. Féré (3), qui l'a expérimenté plusieurs mois de suite, a constaté que, dans plusieurs cas, le bromure de strontium paraît capable de maintenir les effets produits antérieurement par l'administration du bromure de potassium. Le point principal sur lequel cet auteur insiste, c'est que le bromure de strontium est mieux supporté par l'estomac. Nos propres observations concluent dans le même sens.

Certains neurologistes, non les moins réputés, associent le bromure de potassium au bromure de sodium et d'ammonium, dans le but d'augmenter par ce mélange l'efficacité de l'action bromurée. Les polybromures ont eu leur moment de vogue. Il paraît aujourd'hui prouvé que c'est surtout le bromure de potassium qui agit dans ces combinaisons. Toutefois, quand on veut diminuer l'agitation d'un malade, qui ne peut supporter des doses élevées de bromure de potassium, on peut associer à ce médicament le bromure de strontium et le bromure de sodium, quitte à reprendre, aussitôt que possible, l'usage du bromure de potassium seul.

On a peut-être exagéré en exigeant du bromure de potassium une pureté chimique idéale ; il est bon, toutefois, de s'assurer qu'il ne contient pas de sels étrangers : chlorure de potassium, sulfate et carbonate de potasse. Le bromure étant donné à fortes doses et longtemps, la présence de ces sels serait fatalement nuisible.

(1) Bourneville, *Progrès médical*, 1889, p. 496.
(2) Bochefontaine, *Société de biologie*, 1877.
(3) Féré, *Bull. médical*, 1891.

La seule voie pratique d'administration est la voie stomacale.

Il ne faut pas laisser le malade prendre sa potion sans détermination de l'heure. A jeun, le bromure donne quelquefois des crampes d'estomac. Il faut le prescrire d'après la dose et les crises nocturnes ou diurnes, au moment des repas. Par exemple, s'il s'agit d'un épileptique dont les crises sont nocturnes et légères, il est bon de lui faire prendre sa potion en deux fois, le quart au déjeuner de midi et le reste au dîner.

Depuis les expériences de A. Voisin, le critérium des divers effets physiologiques était la suppression de la nausée réflexe, que produit, à l'état normal, l'irritation mécanique du pharynx. Outre que certains sujets ont déjà, avant l'absorption du bromure, l'anesthésie du pharynx, la dose qui supprime la nausée réflexe peut être dépassée depuis longtemps, sans que le malade soit saturé. On ne peut donc se guider sur ce signe incertain. La dose maxima, depuis le mémoire de A. Voisin (1), était de 12 grammes par jour. On l'a dépassée encore et Féré a donné jusqu'à 30 grammes par jour, avec un certain bénéfice au point de vue de l'atténuation des convulsions et une augmentation de poids, ce qui prouve que la nutrition n'est pas profondément altérée.

Ce qu'il ne faut jamais oublier, c'est que la saturation continue du sujet suspend, seule, l'épilepsie, et que cette dose varie de 50 centigrammes, dose convenant à des enfants de moins d'un an, jusqu'à 30 grammes, chiffre d'ailleurs tout à fait exceptionnel.

Le mode de prescription a de l'importance. Il ne s'agit pas de prescrire 3 ou 4 grammes de bromure et de délaisser les malades, comme on a trop de tendance à le faire. La méthode des doses massives est fort usitée en Angleterre. On donne au sujet 15 à 25 grammes de bromure d'un coup, et on le laisse

(1) Voisin, *De l'emploi du bromure de potassium dans les maladies nerveuses*, 1875.

deux à trois jours au repos ; suivant les auteurs qui les prescrivent, ces fortes doses sont tolérées.

La méthode française, préconisée par Charcot, est la plus usitée. Chaque jour de la première semaine, le malade prend, disons 5 grammes de bromure ; la semaine suivante, on augmente de 1 gramme, et ainsi de suite, jusqu'à 7 ou 8 grammes. Au bout du mois, d'après les accès et les effets du bromure, on peut maintenir la dose, l'augmenter ou la diminuer graduellement, jusqu'à 4 grammes, s'il n'y a pas eu d'accès ; on recommence en montant toutes les semaines jusqu'à 7 grammes, et ainsi de suite. On le voit, le malade est constamment surveillé, et la quantité de bromure est modifiée d'après le nombre des attaques.

Méthodiquement administré, le bromure, s'il ne guérit pas l'épilepsie, la modifie très sensiblement. Ces modifications ont été détaillées par J. Falret (1), suivant l'ordre d'après lequel elles se manifestent : « 1° Les attaques de nuit disparaissent plus vite que les attaques de jour ; 2° les malades, ayant des attaques d'agitation maniaque, voient ces accès cesser avant les attaques épileptiques ; 3° les grandes attaques épileptiques diminuent d'abord de fréquence et d'intensité, avant de disparaître complètement ; 4° la plupart des malades, très notablement améliorés, conservent encore trois à quatre attaques par an ; 5° les grandes attaques convulsives cessent avant les absences et les vertiges ; 6° enfin, les absences et les vertiges sont, de tous les symptômes de l'épilepsie, ceux qui résistent le plus longuement à l'action du bromure. »

On peut mentionner aussi, parmi les modifications psychiques favorables, la diminution de l'irritabilité. Le bromure désarme l'épileptique, disait Legrand du Saulle.

Quand faut-il supprimer le bromure ? A notre avis, on peut le supprimer beaucoup trop tôt, mais rarement trop tard. Legrand

(1) Jules Falret, *Épilepsie* (*Dict. de méd. et de chir. pratiq.*, t. XIII, p. 640) et *Études cliniques sur les maladies mentales et nerveuses*, Paris, 1889.

du Saulle admettait que, lorsque les paroxysmes sont suspendus depuis deux ans, on peut essayer de diminuer le bromure pour arriver à le supprimer lentement. Si on le suspend avant ce terme, les accès se succèdent, plus nombreux, le malade « paie son arriéré et peut mourir dans l'état de mal » (Legrand du Saulle). « En présence de rechutes survenues après six ou huit ans, et même plus, disait Auguste Voisin, je considère que la durée du traitement doit être au moins de dix ans et j'inclinerais à penser que le bromure de potassium doit rester, pour ainsi dire, un aliment pour l'épileptique qu'il a guéri ou dont il a suspendu la maladie. »

Il y a peut-être exagération à condamner les malades à prendre toute leur vie du bromure. Si, au bout de plusieurs années de guérison apparente, certains comitiaux ont de nouveaux accès, nous ne croyons pas que la faute en soit à la suppression du bromure, mais bien à la réintoxication provoquée par les mêmes causes qui ont une première fois amené les attaques.

La conduite à tenir est certainement délicate. Féré insiste sur la nécessité de la bromuration continue des épileptiques. Nous sommes de cet avis quand il s'agit d'épileptiques en imminence de crise. Mais, à un comitial, dont les accès ont disparu depuis deux et trois ans, devons-nous continuer l'administration quotidienne du bromure ? Tant que le malade ne réclame pas la suppression, nous lui montrons l'avantage de continuer, surtout quand la tolérance est bonne. Au malade récalcitrant, nous proposons de diminuer la dose, de suspendre un jour par semaine d'abord, puis deux, puis de n'en prendre que trois jours sur sept. Mais nous n'osons pas supprimer brusquement le médicament.

Il n'y a aucune contre-indication sérieuse à la médication bromurée, à part l'intolérance individuelle. Weir Mitchell a constaté la susceptibilité des individus atteints d'une lésion cérébrale. Chez quelques épileptiques, le bromure produit des troubles cardiaques, ainsi que nous l'avons nous-mêmes

remarqué sur certains malades. Les femmes ayant eu des crises éclamptiques, prendront également du bromure; le médicament doit être continué même pendant les maladies intercurrentes.

Le principal inconvénient du bromure est le *bromisme*, qui se manifeste généralement, sous forme d'intoxication chronique. Le bromisme, nous l'avons dit déjà (voir *Brome* et *Bromures*), est caractérisé par de la dépression physique, avec amaigrissement, dénutrition, acné, etc.

L'hygiène, les soins minutieux, la balnéation tendront à prévenir le bromisme.

Il y a peu de temps, Ch. Richet et Ed. Toulouse (1) donnaient le moyen de prescrire le bromure à petites doses, en obtenant des effets même supérieurs à ceux produits par l'administration des hautes doses. Ces auteurs ont pensé qu'en privant l'organisme de chlorures (chlorure de sodium), on devait le rendre plus sensible à l'action des bromures. Comme, selon toute vraisemblance, les actions médicamenteuses sont dues à l'imbibition des cellules par tel ou tel poison, ces actions doivent être d'autant plus intenses que l'appétition des cellules pour ce poison est plus grande ; et, par conséquent, elles doivent être augmentées pour les sels alcalins thérapeutiques, par l'absence de sels alcalins alimentaires.

Des doses de 2 grammes de bromure par jour ont fait, en moins d'une semaine, disparaître les accès épileptiques, grâce à cette *hypochloruration;* Richet et Toulouse proposent d'appeler ce mode de procéder : *méthode métatrophique.*

Depuis cette communication, nous avons expérimenté cette méthode sur quelques malades ; les résultats immédiats sont, en effet, assez satisfaisants ; mais, dans une maladie comme l'épilepsie, les expériences de quelques mois ne suffisent pas pour affirmer la valeur d'une méthode. Nous continuons nos recherches.

(1) Ch. Richet et Ed. Toulouse, *Communication à l'Académie des sciences*, 1900.

L'élimination du bromure doit être surveillée. Il faut donner du *lait* en quantité suffisante. On sait que Cheyne (1) prétendait guérir l'épilepsie avec le lait seul. Nous n'allons pas jusqu'à cet optimisme, mais depuis longtemps nous conseillons le *lait* comme étant le meilleur diurétique, l'éliminateur par excellence des toxines et du bromure. Il nous a été très utile dans l'épilepsie.

L'antisepsie intestinale est à recommander; des antiseptiques (benzonaphtol, salicylate de bismuth, etc.) seront employés ; les grands lavements ont aussi de grands avantages.

Pour la propreté de la peau, les bains sont d'une nécessité absolue. Féré conseille des bains antiseptiques, *bains de sublimé*, suivis d'un bain savonneux, avec friction à la brosse, qui permette, dans une certaine mesure, de dégager les orifices obstrués des glandes. Il propose également le *permanganate de potasse*, 50 grammes pour un bain. Ces mesures sont utiles quand une éruption cutanée entrave le traitement. Les bains émollients et légèrement antiseptiques (acide borique) conviennent mieux.

L'antisepsie de la bouche ne doit pas être négligée, non seulement dans le but de préserver les dents contre l'action directe du bromure, mais aussi pour prévenir les infections locales et détruire les microorganismes de la bouche qui pourraient pénétrer dans les organes respiratoires.

V. **Traitement physique.** — Parmi les agents physiques, l'*hydrothérapie* tient une grande place. Son rôle, longtemps controversé, renié même, est accepté aujourd'hui par tous. L'eau froide n'agit pas sur l'épilepsie directement, mais en fortifiant l'organisme entier, elle modifie la susceptibilité réflexe des centres nerveux. Par cette même action tonique, elle facilite la tolérance du bromure (Bottey).

Tous les médecins sont d'accord pour la prescrire dans l'épi-

(1) Cheyne, *The english malady or a treatise of nervous diseases of all kinds*, 1733.

lepsie syphilitique. Nous la conseillons quand aucune contre-indication ne s'y oppose.

Fleury avait une façon à part de procéder pour appliquer l'hydrothérapie aux épiléptiques ; mais c'est, en somme, la susceptibilité du sujet qui guidera pour l'administration de la douche.

L'*électricité* à courants continus, employée par Most, Remak, Benedikt, Althaus, la *galvanisation centrale*, recommandée par Rockwell (1), ou les courants obliques et longitudinaux à travers la tête, essayés par Erb (2) n'ont, en réalité, aucune action sur les paroxysmes. L'électricité, comme le prétend Rockwell, aide plutôt les malades à tolérer les hautes doses de bromure et diminue la tendance au bromisme et à l'acné bromique. Memeyer (3) a obtenu, pourtant, des améliorations par la galvanisation des circonvolutions cérébrales.

Le *régime alimentaire* n'a aucune influence sur les paroxysmes. Cependant, Heberden et Cheyne ont cité des cas de guérison par l'exclusion de la viande et par l'alimentation végétale et le régime lacté ; Merson (4), d'après la théorie de H. Jackson, proposa également le végétarisme. Cette théorie voulait que l'épilepsie dépendît d'un trouble de la nutrition cérébrale, et surtout de la couche corticale où le phosphore est remplacé, du fait de l'alimentation carnée, par l'azote. Donc, les viandes devaient augmenter les crises, et les végétaux les diminuer.

On ne peut cependant supprimer totalement la viande de l'alimentation de l'épileptique. Nous conseillons la sobriété et nous prohibons les viandes faisandées, la charcuterie, les fromages faits, qui augmentent les toxines.

Les boissons seront surveillées ; toute boisson fermentée, même la bière, sera bannie du régime de l'épileptique.

(1) Rockwell, *Med. and Surg. Electricity*, New-York, 1888.
(2) Erb, *Traité d'Électrothérapie*, 1884, p. 541.
(3) Memeyer, *Treat. of Epilepsy by means of the constant current* (*The Journ. of electrotherapeutics*, 1892, p. 86).
(4) Merson, *De l'influence du régime dans l'épilepsie* (*The West Riding Lunat. Asyl. Med. reports*, 1875).

CHAPITRE IV

TRAITEMENT DE LA NEURASTHÉNIE

A. Considérations générales. — La neurasthénie n'est une maladie connue que depuis trente ans. Mais cela ne veut pas dire que ce n'est que depuis cette époque que l'on souffre de ce mal. Le neurasthénique a sans doute toujours existé ; il suffit, pour s'en assurer, de consulter les auteurs; pour les uns, les neurasthéniques étaient des névrosés, pour les autres, des hypocondriaques ou des mélancoliques, d'après la prédominance de tels ou tels symptômes.

Beard (1) créa le nom de *neurasthénie* en 1868 et, en 1880, il en fit une maladie autonome.

Krishaber (2), sous le nom de *névropathie cérébro-cardiaque*, a décrit une affection qui n'est autre que la neurasthénie, observée sous une certaine forme. Weir Mitchell a décrit la neurasthénie féminine; Charcot a fait plusieurs leçons sur ce sujet; Blocq, Levillain, Bouveret (3), Mathieu, Gilles de la Tourette (4), Brissaud, Proust, Ballet et d'autres encore, l'ont étudiée.

Après les multiples vicissitudes qu'elle a subies, la neurasthénie a enfin pris place dans la nosographie.

Les causes de cette névrose sont peu ou plutôt mal connues. On s'accorde à lui reconnaître, comme facteurs pathogéniques, les troubles gastro-intestinaux, l'arthritisme, les désordres des organes génito-urinaires. La prédisposition héréditaire et le surmenage du système nerveux tiennent évidemment le premier rang dans l'étiologie.

(1) Beard, *Neurasthenia (nervous exhaustion). Its nature, symptoms and treatment*, New-York, 1880.
(2) Krishaber, *De la névropathie cérébro-cardiaque*, Paris, 1873.
(3) Bouveret, *La neurasthénie, épuisement nerveux*, 2e édition, 1891.
(4) Gilles de la Tourette, *Les états neurasthéniques*, 2e édition, 1901.

L'hérédité est fréquente, comme dans toutes les formes de névroses, mais elle n'est pas indispensable. Généralement, c'est une hérédité de transformation.

Le surmenage du système nerveux a pour point de départ la sphère intellectuelle ou la sphère de la sensibilité morale et affective. Ici, les excès de travail intellectuel, là, les passions dépressives ont engendré l'*irritabilité*.

Les symptômes de la neurasthénie sont *somatiques* et *psychiques*.

I. **Signes somatiques.** — Ce sont : la *céphalée*, la *rachialgie*, l'*insomnie*, l'*asthénie neuro-musculaire*, les *troubles gastriques*.

La *céphalée* est le plus fréquent des symptômes. Ce n'est pas une douleur proprement dite, mais une constriction qui a pour siège de prédilection la nuque, et qui ressemble à la constriction produite par le poids d'un *casque*. Diurne, elle s'exaspère par le travail, les émotions.

La *rachialgie* présente les mêmes caractères ; elle apparaît plus souvent chez la femme. Le maximum est au sacrum : *(plaque sacrée)*.

L'*insomnie* est un symptôme très fréquent. Elle n'est pas toujours complète ni permanente chez tous les malades. Les uns s'endorment à peine couchés, se réveillent au bout de peu de temps et ne peuvent se rendormir. Les autres ne s'endorment que très tard.

Les rêves abondent ; ils sont pénibles.

L'*asthénie neuro-musculaire* est un des symptômes les plus communs. Elle consiste en une sensation de fatigue continuelle : le matin, au réveil, le malade l'accuse déjà. Le peu de force motrice qui reste est vite épuisé par la moindre occupation. Il est des neurasthéniques qui ne peuvent faire aucun mouvement et demeurent constamment alités.

Les *troubles gastriques* sont importants dans la neurasthénie. Dans la forme bénigne, les sujets accusent une paresse

des fonctions gastriques. L'atonie gastro-intestinale peut déterminer de la dilatation d'estomac, de l'entéroptose, etc. Mathieu décrit trois variétés : *a*) la forme bénigne, c'est la dyspepsie névro-motrice avec sensation de pesanteur, de distension de l'estomac, mal de tête, vertige, constipation ; *b*) la forme grave, avec crampes, coliques péri-ombilicales, *entérocolite pseudo-membraneuse* et dénutrition ; *c*) la troisième, la moins commune, est la forme hyperchlorhydrique, tantôt intermittente, tantôt continue, telle qu'on l'observe dans la maladie de Reichmann.

Toutes ces divisions sont schématiques ; en clinique, il y a combinaison des trois formes ; l'acidité de l'estomac est augmentée, d'autres fois diminuée ; elle peut provenir de la fermentation alimentaire. La dyspepsie n'est pas de règle dans la neurasthénie.

Dans la forme légère, — l'*atonie gastro-intestinale* de Bouveret ou la dyspepsie *névro-motrice* de Mathieu, — la plus fréquente, — le neurasthénique conserve son embonpoint, ses forces et son appétit.

Parmi les troubles physiques secondaires, il faut classer les *vertiges*, les *tremblements*, les *crampes musculaires*, les *troubles de la sensibilité générale*, *l'hyperesthésie* du cuir chevelu, le *prurit* local ou généralisé.

La *congestion conjonctivale*, la *mydriase* ou l'*inégalité des pupilles* existent également ; le *rétrécissement du champ visuel* est passager et fort rare.

Les troubles circulatoires : *palpitation*, *arythmie cardiaque*, *tachycardie paroxystique*, *pseudo-angine de poitrine*. *troubles vaso-moteurs*, augmentent l'anxiété du malade.

Les troubles respiratoires sont rares.

Dans la forme appelée *génitale*, des troubles peu graves des organes *génito-urinaires* existent : *frigidité*, *impuissance*, *névralgies pelviennes* chez les femmes, ou bien des troubles urinaires tels que la *phosphaturie* et l'*oxalurie*.

II. **Symptômes psychiques.** — Ils tiennent la première place sur la scène morbide. Maladie de l'ensemble du système nerveux, maladie générale, le retentissement de la neurasthénie sur l'état mental était en quelque sorte fatale. Cette conséquence est parfois si marquée qu'elle domine le tableau clinique et donne au malade l'aspect d'un mélancolique conscient.

Brissaud fait de la neurasthénie une maladie mentale, mais non une vésanie. « Et il serait encore plus juste, ajoute-t-il, de dire maladie morale, car la conséquence de tant d'insécurité singulière fait que ce malade n'ose plus compter ni sur lui-même, ni sur personne, ni sur rien. »

Proust et Ballet constatent que « quelle que soit la forme clinique qu'elle revête, elle s'accompagne toujours d'un *état mental particulier*, qui est même un élément symptomatique de premier ordre. »

Ainsi, pour la plupart des observateurs, la neurasthénie est une affection mentale. C'est, pour nous, une forme de maladie morale qui a des rapports, d'une part, avec les névroses, et, d'autre part, avec les psychoses. Le sujet, d'après la résistance de son cerveau, aura une neurasthénie simple, ou bien, s'il existe une prédisposition vésanique, la maladie sera caractérisée par de la dépression mélancolique et des obsessions, des phobies, etc.

Nous ne discuterons pas davantage, ici, la nature psychique ou névropathique de la neurasthénie ; esquissons, néanmoins, les signes qui caractérisent cet état morbide que nous appellerons volontiers, avec Krafft-Ebing, une psycho-névrose.

L'*amoindrissement* conscient de toute la personnalité est le fond de l'état psychique. Les facultés sont *impuissantes* à remplir leurs fonctions ; c'est l'image du véritable trouble fonctionnel.

L'*aboulie* en est le trait saillant et de ce trouble découle la diminution de l'*attention*. La pensée reste indécise et flottante à travers les préoccupations morbides, sans pouvoir se fixer. Les neurasthéniques lisent plusieurs pages d'un livre,

sans parfois comprendre un mot. Ils ne pensent qu'à eux, à leurs sensations, de sorte que l'attention est incapable de se porter sur un objet extérieur. Quand ils veulent narrer un fait, ils s'arrêtent brusquement, ayant perdu l'enchaînement de leurs idées ; pendant qu'ils causent ou semblent écouter, la pensée court toujours, harcelée par toutes sortes d'appréhensions.

La *diminution de la mémoire*, citée par quelques auteurs, est, en réalité, insignifiante et souvent elle n'existe pas ; elle est plus apparente que réelle. Ce point est important. La mémoire n'est pas altérée au point de dire qu'il y a diminution véritable. A un examen superficiel, elle paraît affaiblie, mais il n'y a pas de perte du souvenir, il n'y a que de la *paresse cérébrale* à porter l'attention sur le souvenir. Le malade, distrait et préoccupé, ne se donne pas la peine de chercher. C'est l'attention plutôt que la mémoire qui est atteinte. Nous avons vu un neurasthénique qui, plusieurs mois après le début de sa maladie, se souvenait des numéros de téléphone de ses amis.

Au début, quand le malade est tout à *son mal*, il ne fait plus guère attention à l'entourage ; les événements qui se succèdent autour de lui, ne se fixent pas dans son cerveau. Le premier médecin qui l'examine, se basant sur ce qui a été dit de la mémoire des neurasthéniques, attire son attention sur ce point ; la suggestion est faite, dès lors ; le malade est persuadé qu'il ne se souvient pas et il ne cherchera même plus à retenir ses perceptions.

Dans bien des cas, où le neurasthénique était convaincu que sa mémoire était affaiblie, suggestionné qu'il était par des affirmations médicales antérieures, nous avons pu obtenir des détails minutieux sur des sujets ne concernant pas l'affection.

D'ailleurs, anatomo-pathologiquement, il ne peut y avoir d'amoindrissement de la mémoire, puisque la perte continue de la mémoire est le signe d'altérations cérébrales profondes, et ces lésions font défaut dans la neurasthénie.

Infériorité morale. — Le malade perçoit les défectuosités de son état mental. Les mélancoliques conscients et les neurasthéniques sont les seuls, parmi les déprimés, qui se rendent compte de leur infériorité morale : ils s'en chagrinent, deviennent anxieux, timides. Ils n'osent sortir, aller dans le monde; ils fuient le regard des passants qui doivent lire leur maladie sur leur visage ; ils négligent les obligations mondaines et leurs devoirs sociaux.

Ayant perdu toute confiance en leurs forces intellectuelles, ils se déclarent incapables de gérer leurs affaires, de surveiller leurs intérêts, même les plus pressants.

Les *idées hypocondriaques* sont très fréquentes; chaque sensation interne est immédiatement mise sur le compte d'une affection grave : la céphalalgie est « une maladie cérébrale », la rachialgie « la maladie de la moelle épinière » ; le cancer de l'estomac, la tuberculose pulmonaire, les affections cardiaques, etc., entrent aussi en scène...

Mais ce qui est caractéristique, c'est la mobilité et le peu de fixité des idées. Aucune systématisation dans les idées morbides : le premier venu pourra ébranler sans trop de peine la préoccupation hypocondriaque de l'instant.

Une seule idée reste enracinée dans ce cerveau épuisé, l'idée d'une maladie grave, *indiagnosticable*. Par une sorte de vanité bizarre, chaque neurasthénique prétend souffrir d'une maladie jusqu'alors inconnue et se croit un phénomène. Il se sent malade, très malade, et les médecins s'accordent à ne trouver aucune lésion; ils ne découvrent qu'une petite fatigue nerveuse, la banale neurasthénie ! Est-ce possible? Non, les médecins font erreur. Cette idée est l'objet d'une longue rumination; le neurasthénique a la conviction d'être atteint d'une affection chronique, inconnue et inguérissable, et il met une sorte de fierté à afficher la banqueroute de la médecine.

B. Traitement. — La neurasthénie étant, nous venons de

le voir, une affection surtout psychique, le traitement moral jouera un rôle essentiel dans la guérison.

Après l'examen approfondi et minutieux dont nous avons donné les règles (Voir *Traitement moral*), le médecin imposera un traitement aussi méthodique que son exploration a été scrupuleuse. La suggestion agit si bien sur ces sujets qu'il faut en profiter et leur suggérer qu'ils n'ont une maladie ni si grave, ni si profonde qu'elle ne puisse guérir, et il faut affirmer hautement la certitude de cette guérison.

I. **Traitement moral**. — *Repos*. — L'épuisement nerveux réclame un *repos*, absolu ou relatif, mais un repos. Conseiller au malade de l'observer autant que possible, cela ne suffit pas. Il faut, comme première prescription, dans un cas ordinaire, ordonner un repos de quatorze à seize heures sur vingt-quatre. On exigera le séjour au lit, dans la position horizontale.

Au repos physique, il faut ajouter le *repos intellectuel*, qui est l'objet principal du traitement. Aucune lecture, ni triste, ni gaie, ne sera permise. L'hygiène du cerveau, en pareil cas, consiste à écarter, comme fatigante, toute préoccupation, toute élaboration psychique, du moins dans la phase aiguë.

On a prétendu que l'oisiveté était nuisible aux malades. Quand il est complet et imposé à des sujets intellectuels, d'une grande activité cérébrale habituelle, atteints d'une forme légère de neurasthénie, le repos absolu peut produire, les premiers jours, quelques idées d'hypocondrie. Mais, la vie du malade étant bien réglée et distribuée, son esprit pourra échapper à des préoccupations de cet ordre.

Isolement. — L'isolement est une mesure énergique qui convient presque toujours dans les formes sérieuses de la neurasthénie. Certains auteurs le prescrivent seulement dans les cas où se manifestent des impulsions morbides, ou bien une forte dépression. Nous pensons que tous les neurasthé-

niques profitent de l'isolement. Entouré de sa famille, de ses amis, le sujet reste exposé aux causes qui ont favorisé l'épuisement nerveux. Dans ces conditions, il ne peut guérir que très lentement.

En l'isolant, quelque temps, loin de ces tendresses familiales qui vont si souvent contre le but, en le plaçant sous la direction d'un médecin compétent, la guérison est prompte et sûre.

L'isolement, avec le consentement du malade, auquel on en explique les avantages, peut se faire à la campagne, chez des étrangers, ou dans une maison d'hydrothérapie. Pour qu'il soit efficace, le neurasthénique ne devra pas être en rapport avec sa famille; il faudra surtout qu'il n'écrive pas, ne reçoive pas de lettres. Une ou deux courtes visites par semaine seront autorisées dans la suite, mais non au début. On a également conseillé les voyages: ils sont le plus souvent nuisibles, parce qu'ils ne reposent pas, mais agitent. Ils ne peuvent être efficaces que pendant la période de convalescence.

Pour isoler le malade, on peut encore prescrire le séjour à la campagne, surtout dans les montagnes, pourvu que le site soit agréable et l'air non excitant. Le séjour au bord de la mer n'est généralement pas propice. Quelques plages très abritées peuvent seules n'avoir pas d'inconvénients sérieux.

Le but de l'isolement étant d'écarter de l'esprit du malade toutes les causes de fatigue, les endroits mondains, les plages, les stations fréquentées ne peuvent convenir. Il faut choisir un lieu tranquille.

Travail. — Un malade devenu neurasthénique à la suite de peines morales, peut bénéficier de la distraction procurée par un travail peu absorbant. Tous les jours, à heure fixe, il s'appliquera à une étude, non fatigante, un peu attrayante, et autant que possible ne nécessitant pas le moindre effort intellectuel.

La durée doit en être réglée : une heure, les premiers temps, puis, deux heures. Le moment a aussi son impor-

tance : on choisira, de préférence, la matinée ou l'après-midi ; il vaut mieux ne pas conseiller les lectures dans la soirée, non seulement pour les malades excitables, mais aussi pour tous les neurasthéniques en général.

Le choix des lectures est assez difficile : le médecin le guidera, car il doit connaître le degré d'instruction, d'éducation du malade, son intelligence, son caractère et ses goûts.

Nous préférons les occupations les moins absorbantes, la photographie, le dessin, les arts, etc.

Promenades. — Les neurasthéniques, chez lesquels l'asthénie neuro-musculaire est peu accentuée, profiteront des beaux jours pour faire de courtes promenades. S'ils se fatiguent vite, ils se reposeront au grand air pendant une ou deux heures, sans marcher. Pendant la convalescence, la promenade est nécessaire ; il est bon, pourtant, d'en varier le but, afin de la rendre plus distrayante.

II. **Traitement physique.** — Parmi les agents physiques, l'*hydrothérapie* vient en première ligne : elle rend des services réels, et, associée au traitement moral, peut suffire pour guérir un neurasthénique. Malheureusement, on se préoccupe trop peu, en général, d'en varier, et, si l'on peut ainsi dire, d'en *doser* les effets, suivant le degré de la maladie et le tempérament du sujet. L'eau froide produit de bons résultats, mais les inconvénients en sont nombreux, si l'on ne surveille pas son action minutieusement.

Beni-Barde et Materne ont protesté contre ces applications de l'hydrothérapie, distribuées aveuglément dans toutes les formes de la neurasthénie. Bottey dit en parlant de l'hydrothérapie dans la neurasthénie : « Cette médication doit toujours avoir pour objectif une certaine modération au point de vue de l'application du procédé. Non seulement la durée des opérations doit être toujours dans des limites très courtes, mais il faut savoir aussi que, dans beaucoup de cas, les procédés faibles réussissent souvent mieux, et que, dans

bien des circonstances, les moyens trop énergiques ont aggravé la maladie. »

L'hydrothérapie douce, atténuée dans son action, réussit mieux que la douche stimulante, violente, agressive.

Plusieurs méthodes d'hydrothérapie ont été indiquées. Le *bain tiède* de 33° convient aux neurasthéniques excités, ayant de l'angoisse, de l'insomnie. Le bain doit être de courte durée, et administré, le soir, avant le dîner, pour produire une sédation générale et faciliter le sommeil.

Les douches tièdes sont également favorables.

Pour tonifier les centres nerveux, sans exciter trop violemment les nerfs périphériques, on emploie le *drap mouillé*.

Le drap mouillé, comme succédané de la douche froide, est tonique et convient presque à tous les neurasthéniques. On prend un drap de toile assez rude que l'on imbibe d'eau à 25°, et que l'on tord ensuite. Le drap, ainsi mouillé, est rapidement mis au contact de la peau ; une friction l'applique sur toutes les parties du corps. Le drap, au lieu d'être tordu, peut rester tout ruisselant. La température de l'eau sera diminuée tous les jours.

Les *lotions froides* dans le *tub*, préparent à la douche et constituent un moyen de traitement.

Les *douches froides* ne conviennent pas à tous, surtout au début de l'affection. Quand on les emploie, il faut préférer la douche courte, de six à huit secondes et à très faible pression.

Le jet sera brisé et frappera d'abord les pieds, puis les mollets, le dos, sans atteindre la nuque et la tête. La poitrine sera très légèrement aspergée. En terminant, le jet viendra fouetter les pieds.

La douche écossaise est bien acceptée par les malades.

A. Robin conseille une méthode qui associe l'eau tiède à l'eau froide : « Le doucheur aura à sa disposition de l'eau tiède à 26°-28°, et de l'eau froide à 12°-15° ; il prend d'abord l'eau tiède, brise son jet avec le doigt, ou mieux encore avec

un obturateur percé de nombreux trous très fins, et dirige ce jet sur le dos et les jambes de haut en bas, puis de bas en haut; alors le malade se retourne, et la même opération est pratiquée sur les parties antérieures et latérales du corps : ce premier temps dure d'une à deux minutes. On passe ensuite à l'eau froide. Le doucheur saisit l'obturateur et le fait tournoyer aussi rapidement que possible pour transformer les multiples petits jets en un nuage d'eau froide, au travers duquel le malade passe et repasse deux à trois fois. Puis, l'on enlève l'obturateur et l'on envoie un jet direct, percussif, sur chacun des pieds, pendant cinq secondes. »

Les applications locales sont souvent conseillées ; dans l'atonie intestinale, Bouveret emploie la douche abdominale; la douche périnéale est ordonnée par Bottey, dans les cas de spermatorrhée. Dans la rachialgie, les douleurs sont soulagées par les douches écossaises localisées.

Ces indications varient, comme on le voit, suivant chaque malade et son degré de susceptibilité à l'action de l'eau froide.

L'*électricité* a été employée dans la neurasthénie; certains médecins l'estiment un agent aussi précieux que l'hydrothérapie. Mais, si quelquefois, en effet, on obtient des résultats, il arrive, aussi, que toutes les formes de franklinisation, galvanisation, faradisation échouent pitoyablement.

Comme l'électricité réussit parfois, et, somme toute, ne présente pas grand inconvénient, pourquoi déconseillerait-on de la prescrire et enlèverait-on au médecin un moyen dont la mise en scène, seule, suffit souvent pour guérir? « La vérité est que ce mode d'administration de l'électricité, quel qu'il soit, présente sur tous les autres traitements un avantage considérable, celui de distraire un malheureux jusque-là réfractaire à toute distraction. L'étincelle, le dressement des cheveux sur la tête, le bruit du trembleur, les oscillations du galvanomètre, tout cela possède une puissance thérapeutique dont un médecin sérieux aurait tort de faire fi (Brissaud). »

Nous croyons que l'électricité agit beaucoup par suggestion et, aussi, un peu par elle-même. Elle a donné des résultats qui ne sont pas négligeables. On peut l'ordonner contre l'insomnie, l'asthénie neuro-musculaire, l'anxiété, la céphalée, la rachialgie, etc.

III. **Agents mécaniques.** — Les agents mécaniques qui ont pour effet d'activer la nutrition générale, la circulation périphérique et de stimuler la sensibilité, sont tout indiqués. Le *massage*, les *frictions* ont, à ce point de vue, des avantages qu'on ne doit point dédaigner.

Ces moyens conviennent surtout dans les formes graves, aux malades alités. Ils remplacent l'exercice, la promenade. Dans le traitement méthodique de Weir Mitchell, ils ont un rôle important. Nous en avons donné la description au chapitre du massage.

Il y a lieu de dire un mot de la *médecine vibratoire*, préconisée par Charcot (1), et qui se rapproche des moyens mécaniques. Le point de départ de cette méthode fut l'observation de Vigouroux (1878), qui découvrit que les vibrations d'un diapason faisaient disparaître les anesthésies, les contractures.

Voici la description que donne Charcot de l'appareil qu'il employait : « Il se compose d'une sorte de casque à lames séparées, tout analogue au conformateur des chapeliers ; à l'aide d'un artifice simple, les lames de ce casque emboîtent exactement la tête du sujet en expérience. Le casque est surmonté d'un plateau sur lequel se trouve placé un petit moteur spécial actionné par une pile vulgaire. » Le petit moteur donne 600 tours à la minute, produisant une vibration uniforme, qui se transmet au crâne. Ce procédé mécanique a fait disparaître les symptômes céphaliques, les vertiges, la céphalée, l'insomnie de quelques neurasthéniques.

(1) Charcot, *Leçons cliniques faites à la Salpêtrière* (*Semaine médicale*, 1892, p. 289).

IV. **Alimentation.** — Tant que l'appétit est conservé, que les digestions sont faciles, ni le malade, ni le médecin n'ont à se préoccuper de l'alimentation ; il suffit d'exclure les aliments excitants.

Mais si, comme le cas est fréquent, les sujets s'alimentent mal, si la nutrition générale est en détresse, on surveillera de très près le régime. Beard et Weir Mitchell, dans la forme grave, ordonnent la suralimentation. Leur intention est de fournir aux neurasthéniques suffisamment d'aliments pour relever le système nerveux; dans ce but, ils prescrivent des aliments qui, sous un petit volume, offrent le maximum de substance nutritive : beurre, crème, œufs, etc.

Vigouroux ordonne la ration d'entretien ; mais, pour y arriver, il commence par une dose d'aliments inférieure à la normale, et observe les variations de poids ; quand le poids est stationnaire, il ne change plus le régime.

C'est aller d'une extrémité à l'autre. En prescrivant une ration trop abondante, on augmente les causes de dyspepsie. Si l'on n'alimente pas assez, sous prétexte que l'organisme du neurasthénique n'est pas capable d'employer tous les matériaux que les aliments lui apportent, on affaiblit le malade et l'on retarde sa guérison.

Ainsi que nous le disions au début, tant que les neurasthéniques ne se plaignent pas de l'estomac, il ne faut pas modifier le régime.

Il faut bannir le vin, les liqueurs, le thé, le café, et conseiller le lait, l'eau pure, les tisanes amères, etc.

V. **Traitement pharmaceutique.** — Y a-t-il un médicament spécifique contre la neurasthénie? on ne pourrait sérieusement le prétendre. Aucun des médicaments employés depuis trente ans n'a d'action curative décisive sur cette névrose. Et cependant, les drogues proposées sont en bien grand nombre. Tous les médicaments qu'on donne, s'adressent moins à la névrose qu'aux symptômes. Dans la neurasthénie,

la médication est donc surtout symptomatique. On ne peut prolonger l'expectation devant un malade qui souffre d'insomnies, de palpitations ; ce sont des symptômes gênants qu'il faut combattre.

Contre la névrose elle-même, pour la modifier, l'atténuer, on peut ordonner les *bromures alcalins* à petites doses, et surtout quand il y a de l'agitation, de l'anxiété ou de l'excitation génitale.

La *valériane*, sous forme de valérianate d'ammoniaque, réussit quelquefois à atténuer l'angoisse ; elle produit un peu de sédation et amène un calme relatif.

L'*arsenic*, le *fer*, ont été donnés dans le cas d'asthénie générale, d'anémie, de chlorose. Ils agissent contre l'anémie comme stimulants. Comme préparation ferrugineuse, le protoxalate de fer nous semble mériter la préférence.

Les *glycéro-phosphates* tendent aujourd'hui à prendre la place des autres toniques. Certains malades se sont bien trouvés des glycéro-phosphates de chaux, de fer, de soude. « Le glycéro-phosphate de chaux, en particulier, passe pour rendre à l'organisme le phosphore dépensé en excès... Sans nier les cas heureux, il est prudent d'attendre la preuve. Elle ne nous est pas fournie encore, parce que les glycéro-phosphates sont aujourd'hui conseillés, comme la panacée divine, dans toutes les maladies sans exception ni distinction, à tel point que les malades s'étonnent lorsque le médecin *oublie* de les prescrire (Brissaud).»

Ces dernières années, la *coca*, la *kola*, le *maté*, la *somatose*, ont eu un renom de *toniques par excellence*; les neurasthéniques en ont abondamment absorbé, et pas toujours avec profit. Toutes les teintures prises avant le repas, tous les élixirs de dessert sont alcoolisés et, à ce titre, le plus souvent, on devra les proscrire.

Le *chanvre indien*, sous forme d'extrait gras, à la dose de 5 à 10 centigrammes, a été et est encore ordonné.

L'*opium* et même la *morphine* ont été utilisés. Ce sont, ici,

des médicaments dangereux; le médecin doit s'en méfier. Beaucoup de morphiniques sont d'anciens neurasthéniques.

L'*ergotine*, la *duboisine*, la *strychnine* ont été prescrites plutôt contre les symptômes tels que la parésie vaso-motrice, la spermatorrhée, etc.

Nous ne citons que pour mémoire les injections sous-cutanées de liquides organiques dont la vogue s'éteint. Aujourd'hui, on cherche à obtenir un effet tonique en injectant le sérum artificiel dont nous avons déjà parlé. On en retire quelques avantages.

VI. **Traitement des symptômes.** — La *céphalée* est un symptôme gênant qu'on doit combattre. Les antinévralgiques ordinaires, l'*antipyrine*, la *phénacétine*, suffisent quelquefois pour l'atténuer. Le *pyramidon*, dérivé de l'antipyrine, médicament lancé comme spécifique contre la céphalée neurasthénique, réussit dans quelques cas. Quand ces substances ne calment pas la douleur au bout de quelques jours, il convient d'y renoncer; il faut surtout supprimer l'antipyrine qui a une action fâcheuse sur le fonctionnement rénal et peut provoquer l'albuminurie.

L'*acétanilide*, l'*exalgine* sont plus actives, mais plus toxiques. Les accidents produits par l'exalgine sont fréquents.

Tout récemment, on a lancé dans le commerce le *citrophène*, efficace contre la céphalée. On peut l'essayer; il est peu toxique et s'administre en potion ou plutôt en cachet, jusqu'à 3 grammes par jour, en plusieurs fois.

Les *vertiges* sont très pénibles; les malades en sont fort tourmentés, et d'autant plus qu'ils empêchent parfois les mouvements. Le repos au lit a quelque effet sur ce phénomène tenace qu'aucun médicament ne réussit à faire disparaître complètement. On peut essayer la *noix vomique*; elle paraît avoir une légère influence.

Quant à l'*insomnie*, on essaiera d'y remédier par les moyens ordinaires (Voir article *Insomnie*).

Troubles gastriques. — Les désordres gastriques sont fréquents. On a été jusqu'à penser que la neurasthénie était la conséquence de la dyspepsie, et l'on soignait l'estomac, les intestins, l'anémie, sans se soucier de la maladie causale, de l'épuisement nerveux.

Les troubles dyspeptiques disparaîtront avec l'ensemble de la maladie ; mais cela ne signifie pas qu'il faille négliger de soigner l'estomac et se désintéresser de savoir si le régime est trop abondant ou insuffisant ; il doit être *mixte* ; en indiquant les aliments de digestion facile, en fixant le moment de les prendre, le médecin pourra atténuer notablement les troubles et éviter la stagnation trop prolongée des débris alimentaires dans l'estomac.

Le régime suffit quelquefois pour modifier favorablement les fonctions gastriques et intestinales. D'après le degré d'acidité, et suivant les fermentations, on le variera, mais sans recourir aux médicaments, autant que possible.

Troubles intestinaux. — Aussi fréquents que les désordres gastriques, ils demandent des soins hygiéniques plutôt qu'ils ne réclament des agents thérapeutiques proprement dits.

La constipation par atonie mécanique est de règle. On prescrit les moyens ordinaires, le massage, par exemple, qui agit efficacement. Quand la constipation est provoquée par la sécheresse de la muqueuse, les grands lavements d'eau bouillie sont des plus utiles.

Contre la *colite muco-membraneuse*, les lavements réussissent ; il faut y ajouter du *salicylate de bismuth.*

Troubles cardiaques. — Ce sont des symptômes qui affolent les malades et qui, cependant, n'ont aucune gravité. Les palpitations, la fausse angine de poitrine, sont des phénomènes nerveux qu'on peut vaincre facilement avec les antispasmodiques : la *valériane* (teinture ou extrait), le *bromure*, l'*oxyde de zinc*, etc.

Mme P..., trente-six ans, pédicure, éprouva à la suite de la

mort de son mari, des chagrins et des difficultés qui la rendirent neurasthénique. Elle offrait tous les symptômes classiques : céphalée, rachialgie, fatigue musculaire, insomnie, dyspepsie, dépression très accusée, etc., etc. Les douches froides, qu'on lui avait prescrites, augmentaient son angoisse ; les fortifiants qu'on lui administrait : sérum, cachets de glycérophosphate, l'agitaient davantage. On lui avait conseillé la promenade jusqu'à la fatigue, les viandes saignantes jusqu'à l'extrême satiété ; ce traitement énergique n'empêchait pas la malade de dépérir ; elle devenait mélancolique. Depuis une année qu'elle le suivait, elle ne ressentait aucun soulagement. C'est alors que nous sommes intervenus ; nous avons supprimé tous les médicaments et nous avons soumis Mme P... au régime que nous préconisons : l'alitement qu'elle ne put pratiquer qu'en partie, l'isolement et une alimentation douce, du lait en abondance, des œufs frais, pas de viandes saignantes. Nous lui avons conseillé des bains tièdes, le soir. Peu de temps après, Mme P... se sentait mieux ; elle dormait plusieurs heures de suite. Au bout de trois mois, elle avait augmenté de 6 kilogrammes, et elle était enchantée de se voir si vite et si sensiblement améliorée. La guérison définitive ne fut plus que l'affaire de quelque temps.

Il est certain que si sa neurasthénie avait été prise au début et traitée, dès ce moment, par l'alitement, la guérison aurait été rapide.

Il en eût été de même pour D... Soigné durant deux ans par un spécialiste pour dilatation de l'estomac et dyspepsie, il en était arrivé à ne plus pouvoir s'occuper de ses affaires. D... était un neurasthénique avec prédominance des symptômes gastriques. Sa neurasthénie était-elle la conséquence de sa dyspepsie ? Cette dernière maladie avait-elle donné naissance à l'épuisement nerveux ? D'après les commémoratifs, l'asthénie neuro-musculaire avait débuté avant les symptômes gastriques. Toujours est-il qu'au moment où D... se présente à notre observation, c'est un neurasthénique avec

vertiges, préoccupations hypocondriaques exagérées, rachialgie, dyspepsie, constipation. L'isolement, l'alitement, le régime lacté mixte réussissent à calmer le malade. Plus tard, le massage, la douche froide, le régime alimentaire amènent la convalescence. La guérison définitive n'a pu être obtenue qu'au bout de six mois, parce que la maladie était déjà ancienne.

VII. **Traitement de Weir Mitchell.** — La neurasthénie revêt quelquefois, surtout chez la femme, une forme grave que les traitements isolés n'ont pu vaincre. La méthode de Weir Mitchell, qui a pour but d'atténuer l'asthénie mentale et d'activer la nutrition générale, a déjà donné des preuves d'efficacité et les guérisons sont nombreuses. Elle démontre une fois de plus que le traitement moral, combiné au traitement physique, rend les plus incontestables services.

Cette méthode consiste dans l'*isolement*, le *repos*, physique et moral, le *massage*, l'*électrisation*, le *régime* alimentaire.

L'*isolement* doit être complet. « Séparez le malade, écrit Weir Mitchell, de l'entourage moral et matériel qui est devenu partie intégrante de sa vie de valétudinaire, et vous aurez amené un changement, non seulement excellent par lui-même, mais encore extrêmement avantageux au point de vue du succès du traitement que vous vous proposez d'appliquer (1). »

Le *repos* est aussi indispensable que l'isolement et doit être aussi complet ; pendant les premières semaines, il sera absolu ; le malade gardera le lit sans se livrer à aucune occupation intellectuelle ou physique. Weir Mitchell insiste sur la nécessité du repos complet du cerveau, des sens, des muscles...

Le *massage* doit être pratiqué méthodiquement ; les avantages en sont nombreux (Voir article *Massage*).

L'*électrisation* faradique a le même but que le massage.

Le *régime alimentaire* est de toute importance. Il est bien

(1) Weir Mitchell, *Du traitement méthodique de la neurasthénie et de quelques formes de l'hystérie*, trad. de O. Jenninge, Paris, 1888.

supporté par ceux qui n'ont pas de troubles gastriques; il faut l'appliquer avec prudence et modération aux neurasthéniques dont la dyspepsie est avancée. On débute par le régime lacté : 2 à 3 litres de lait par jour. Au bout de la première semaine, au petit déjeuner, on peut ajouter une côtelette, et l'on augmente lentement la ration alimentaire pour aboutir à la suralimentation.

Ce régime a été modifié par Leyden, Binswanger, Burkart. Ces modifications tendent à arriver à la suralimentation, sans surmenage des voies gastriques.

Cette méthode d'ensemble ne paraît pas avoir de contre-indication sérieuse. Elle est facilement applicable et il ne faut pas hésiter à l'adopter chaque fois qu'il s'agit d'une neurasthénie grave.

SECTION III. — Traitement de quelques symptômes importants.

CHAPITRE PREMIER

TRAITEMENT DE L'INSOMNIE

L'insomnie, symptôme si fréquent dans les psychoses et les névroses, et si particulièrement tenace, réclame toute l'attention du médecin.

Pour la combattre, bien des moyens sont conseillés : les hypnagogues, les procédés physiques, l'hydrothérapie, l'hygiène, etc.

Krafft-Ebing dit, très justement, que le traitement de l'insomnie doit être individuel et viser l'éloignement des causes. Le chloral, dont l'emploi est si fort critiqué par Maudsley (1), est pour Krafft-Ebing le narcotique souverain, mais il ne faut l'employer que passagèrement

(1) Maudsley, *La pathologie de l'esprit*.

Ferrand (1) divise les médicaments qui amènent le sommeil en deux groupes : les *hypnotiques* et les *narcotiques*. « Il existe, dit-il, de grandes différences entre les effets des agents narcotiques et ceux des agents hypnotiques : ces derniers provoquent le sommeil en agissant d'abord sur le cerveau et, secondairement, sur le bulbe; au contraire, les agents narcotiques produisent un sommeil qui paraît aller du bulbe au cerveau, de la sensibilité au mouvement; le sommeil, ainsi produit, commence par la narcose. »

Parmi les médicaments hypnotiques proprement dits, Ferrand place le chloral, le sulfonal, la paraldéhyde, l'uréthane, le trional, etc. A côté, il y a les bromures, qui, à certaines doses, deviennent des agents hypnogéniques indirects; ils favorisent le sommeil en amenant la résolution du système nerveux.

Le camphre diminue les phénomènes d'excitation ; il seconde, par conséquent, l'action du bromure, et le bromure de camphre est un médicament précieux dans certaines affections du système nerveux.

Les opiacés marquent, pour Ferrand, la limite entre les agents hypnogènes et les agents narcotiques : ils produisent, suivant la dose, l'hypnose ou la narcose.

Les espèces narcotiques du Codex, la belladone, la jusquiame, la morelle, provoquent la narcose proprement dite, en portant leur action sur le bulbe et en agissant sur les centres de la vie animale; elles suppriment ainsi la sensibilité et paralysent les mouvements.

Ferrand donne ces conseils judicieux : « Si nous avons affaire à une insomnie de cause cérébrale, il ne faudra pas donner d'emblée des narcotiques; nous donnerons seulement des médicaments hypnotiques; il en sera de même dans les cas de délire résultant de troubles circulatoires. Lorsque l'insomnie est due à l'excitation des centres médullaires, il

(1) Ferrand, *La médication hypnologique* (*La Médecine moderne*, 1896, p. 153).

faut encore recourir à la médication hypnogénique ; mais, l'on ne se contentera pas de donner des préparations peu actives, comme l'eau de laurier-cerise, ou l'eau de fleurs d'oranger, on donnera le bromure et les opiacés. Et lorsqu'il s'agit d'une lésion bulbaire produisant une excitation dont l'aboutissant est l'insomnie, c'est encore du bromure à hautes doses qu'il faut administrer. »

Maurice de Fleury (1) est d'avis qu'il est possible de substituer aux médicaments hypnotiques un traitement dynamique, à la fois efficace et sans inconvénient : exercice, promenade, etc., et un traitement psychologique devant amener une accoutumance au sommeil. Il a pu faire disparaître l'insomnie de ses malades en cinq jours. Ces moyens physiques s'adressent plutôt aux nerveux; on ne peut guère y songer pour les aliénés, à la période aiguë surtout.

Brissaud (2) estime que, pour les neurasthéniques qui se réveillent dans le courant de la nuit sans pouvoir retrouver le sommeil, le sulfonal, pris le soir, est le médicament de choix, car son action est très lente.

Pour ceux qui tardent beaucoup à s'endormir, le trional conviendrait mieux que le sulfonal, son effet ne se faisant pas attendre au delà d'une heure.

Enfin ceux qui ont « des nuits courtes », qui s'éveillent au lever du soleil et ne se rendorment plus, se trouveront bien du tétronal, dont l'action est de courte durée.

L'insomnie nécessite donc un traitement causal et individuel.

Chez les déprimés, les anémiés (mélancoliques déprimés, neurasthéniques), la bonne alimentation jointe au repos au lit, ramène le sommeil sans l'intervention de médicaments.

Dans les insomnies douloureuses, provoquées par les né-

(1) Maurice de Fleury, *L'insomnie et son traitement*, 1894.

(2) Brissaud, *Traité de thérapeutique appliquée de Robin*, fasc. XV, p. 240.

vralgies, la céphalalgie, la rachialgie, telles qu'on les rencontre dans l'ataxie, la neurasthénie, la mélancolie, l'opium et la morphine restent des médicaments précieux, quand on sait les prescrire et en surveiller l'emploi. Il faut y adjoindre les antinévralgiques : acide salicylique (de 1 à 4 grammes), antipyrine (de 50 centigrammes à 1 gramme), phénacétine (de 30 centigrammes à 80 centigrammes), etc.

L'insomnie psychique, produite par les préoccupations pénibles, les obsessions, les émotions, etc., est encore combattue par l'opium à petites doses. Le sulfonal est conseillé en cas de contre-indication de l'opium.

En présence d'une insomnie purement nerveuse, avec palpitations, sentiments d'anxiété, d'inquiétude, il faut recourir aux antispasmodiques : valériane, eau de laurier-cerise, camphre, et surtout aux bromures. Les bains tièdes, donnés le soir, agissent très favorablement.

L'excitation sexuelle est fréquemment une cause d'insomnie. Il faut alors employer les calmants de la sphère génitale, les anaphrodisiaques, les bains de siège frais, etc.

L'agitation psycho-motrice, accompagnant la manie, le délire aigu, la paralysie générale et bien d'autres affections psychiques, est un obstacle au sommeil. Il faut agir méthodiquement : on donnera un bain de 33° à 34° c., dans la soirée. Au dîner, on fera prendre 2 à 3 grammes de bromure, et si le sujet ne dort pas vers dix heures, on administrera 2 à 3 grammes de chloral. La combinaison du bromure et du chloral a l'effet le plus heureux.

Il ne faut pas continuer longtemps ce traitement; il fatigue à la longue et perd toute son action. On essaie ce procédé, les premiers jours, pendant la période suraiguë ; puis, on laisse un certain intervalle, sans discontinuer les bains qui n'offrent pas d'inconvénient ; on revient ensuite au bromure et au chloral. On peut ordonner également les autres hypnotiques : sulfonal, trional, etc.

L'insomnie due à l'excitation psycho-motrice, a souvent

pour cause l'intoxication alcoolique. Les uns conseillent la strychnine (Luton), comme antidote. Nous préférons l'abstinence pharmaceutique et éthylique. L'insomnie guérit avec l'accès qui est généralement fort court.

Il y a, dans les névroses, des insomnies sans causes directes apparentes. L'hygiène, l'exercice modéré, la promenade en plein air, la bonne alimentation aideront les moyens physiques (douche ou bain selon l'indication) à produire un sommeil calme. Ajoutons que les excitants, le café, le thé, seront sévèrement interdits. Certains médecins anglais ordonnent la bière forte, les vins généreux, leur attribuant un effet hypnotique qui s'approche bien plutôt, à notre avis, de la prostration.

CHAPITRE II

TRAITEMENT DES IDÉES DE SUICIDE

A. Considérations générales. — Dès l'antiquité, le suicide a suivi l'homme dans ses destinées, influencé plus ou moins, ici et là, par les idées religieuses et philosophiques des différentes époques de l'Histoire.

C'est là une de ces éternelles questions sur lesquelles la société a de tout temps discuté avec des tendances diverses. Mais, toujours et partout, l'homme faible, en butte aux souffrances morales ou physiques, jugées par lui intolérables ou incurables, a considéré la mort comme la délivrance suprême et s'y est réfugié.

Les auteurs modernes qui se sont occupés du suicide, au point de vue de l'étiologie, de la pathologie et de la médecine légale, en ont quelque peu négligé le traitement.

Le suicide n'est pas une entité morbide; mais c'est un syndrome assez important pour mériter une étude à part.

Le suicide dans les maladies mentales. — Les idées

de suicide sont très fréquentes dans les vésanies fonctionnelles ou organiques. Nous les diviserons en trois groupes, pour faciliter l'étude (1).

a) *Fausses idées de suicide.* — Elles sont l'apanage des hypocondriaques et de quelques hystériques. L'hypocondriaque lucide, qui, toute la journée, se lamente et voit qu'on ne s'occupe pas de lui, cherche à attirer l'attention en simulant le suicide.

Il faut beaucoup de réserve vis-à-vis de ces malades; la prudence commande de les tenir en surveillance. La raillerie peut suffire à affermir une résolution. Adroitement, il faut faire entendre au malade qu'on n'est pas dupe, et qu'il n'est pas de son intérêt d'aggraver sa situation ensi mulant le suicide. Il faut user de ménagements et épargner sa susceptibilité.

b) *Tentatives de suicide spontanées sous l'action d'une hallucination.* — Ces tentatives sont fréquentes dans plusieurs formes de vésanies aiguës. Dans le *délire alcoolique*, le sujet se croit poursuivi par une bande d'assassins ; pour leur échapper, il cherche à se tuer. D'autres hallucinés entendent des voix qui leur reprochent certains actes de leur vie et leur conseillent la mort.

L'*hallucination de l'ouïe*, chez les mélancoliques, a souvent suggéré l'idée du suicide : c'est l'Éternel qui ordonne le sacrifice... C'est une voix impérieuse qui enjoint au malade de se tuer.

L'*hallucination de la vue* est également une cause de raptus panophobique. Le suicide n'est pas volontaire; il est dû à l'erreur des sens : un alcoolique, par exemple, prendra la fenêtre pour une porte et se précipitera dans le vide. C'est un accident plutôt qu'un suicide véritable.

Chez tous ces sujets, l'idée du suicide n'est pas systématique, elle est instantanée et apparaît sous l'action de l'hallucination.

(1) Paul Garnier et Cololian, *Séméiologie et traitement des idées de suicide* (*Gaz. des hôpitaux*, 16 octobre 1900).

Il est généralement facile de prévenir ces cas. Après un examen approfondi, et connaissance prise de la nature des hallucinations, on aura recours à certaines mesures de précaution.

c) *Idées de suicide systématisées.* — Il y a des aliénés chez lesquels l'idée de suicide est solidement implantée ; elle dérive de la logique morbide du sujet ; tout lui paraît mauvais, insurmontable : la vie est une charge trop lourde, ses ennemis sont trop puissants, la mort est son seul refuge. Celui-là se tue froidement, en combinant préalablement tous les moyens susceptibles d'amener la réussite de son projet.

L'hérédité tient une grande place dans la genèse des idées de suicide.

Les médecins ont observé, il y a longtemps, la fréquence du suicide dans certaines familles ; ils n'en tiraient pas de conclusion. C'est Voltaire qui fixa surtout l'attention sur ce point (1). Le suicide d'un homme d'apparence normale, lui suggéra de curieuses réflexions, qui révélèrent à ses contemporains cette loi fatale de l'hérédité dans le suicide : « Son frère et son père s'étaient tués, chacun au même âge que lui. Quelles dispositions secrètes d'organes, quelle sympathie, quel concours de lois physiques fait périr le père et les deux enfants de leur propre main et du même genre de mort, précisément quand ils ont atteint la même année ? Est-ce une maladie qui se développe à la longue dans une famille ?..... »

Les noms d'Esquirol, de Falret père, de Moreau (de Tours), de Lucas, de Morel, de Th. Ribot, sont attachés à l'étude du suicide. Ces auteurs ont rapporté des observations qui démontrent le rôle évident de l'hérédité. On n'hésite plus aujourd'hui à reconnaître cette influence.

L'hérédité pousse, non seulement les délirants au suicide, mais aussi des gens exempts de tout délire. Chez ces derniers, l'idée de suicide est si solidement implantée, si fâcheusement

(1) Voltaire, *Dictionnaire philosophique*, art. *Caton*.

ancrée, que souvent, en dépit de toutes les précautions, ils arrivent à leurs fins.

Les idées de suicide sont très fréquentes dans la *dépression mélancolique*.

Dans la *mélancolie simple*, avec conscience, le sujet est aboulique ; s'il désire se donner la mort, la force d'exécution lui fait généralement défaut.

Dans la *lypémanie anxieuse*, le désir de l'anéantissement est ardent, surtout quand il existe des hallucinations terrifiantes. Dans la *mélancolie sénile*, les tendances au suicide ne sont pas rares. Mais, c'est surtout chez les persécutés *auto-accusateurs*, chez les persécutés mélancoliques qu'elles deviennent obsédantes.

Dans le *délire de persécution*, les idées de suicide, quoique d'apparence paradoxale, existent néanmoins. Elles germent chez les persécutés passifs ; ces malades semblent résignés, mais leur psychologie est particulière. Tandis que les mélancoliques ordinaires se tuent pour se débarrasser d'une existence intolérable ou débarrasser les autres de leur présence, le persécuté, lui, se détruit par vengeance. « C'est, par exemple, un individu qui, se croyant pris pour un sodomite, se suicidera après avoir écrit au préfet de police de bien faire faire son autopsie et d'en publier le compte rendu, pour mettre à néant les calomnies qui courent sur son compte (1)».

Chez les *alcooliques chroniques*, chez les ivrognes, l'idée du suicide, une fois implantée, reste en permanence et redouble d'intensité de jour en jour. Elle est la conséquence de la déchéance de l'individu ; ayant encore une lueur de dignité personnelle, il cherche la mort par appréhension légitime du sort qui l'attend. Arrivé au bas de l'échelle sociale et considéré comme fou, il n'a plus le courage de lutter contre son penchant.

Les idées de suicide existent dans diverses autres formes

(1) Legrand du Saulle, *Leçons cliniques sur le délire de persécution* (*Union médicale*, 8 juillet 1883).

de psychoses; elles sont rares dans la *manie*, le *délire aigu*, la *démence sénile*, la *paralysie générale*, etc.

Le suicide dans les névroses. — « Chez les *hystériques*, dit Legrand du Saulle (1), la tendance au suicide est assez commune, mais elle se présente, dans l'espèce, avec certains caractères spéciaux. Dans les formes les plus habituelles de l'aliénation, les idées de suicide sont en quelque sorte des déductions logiques de convictions fausses (mélancolie, persécution, crainte du déshonneur, peur de la ruine); dans l'hystérie, elles apparaissent tout à coup, sans motif. Elles ne se rattachent à rien; c'est une secousse, une sorte de vertige accidentel, une impulsion dans toute l'acception du mot. Du reste, le plus souvent, l'hystérique s'arrête en route, et le suicide est rarement consommé; on retrouve habituellement dans les préparatifs qui précèdent la mise à exécution de l'acte, un continuel besoin, qui obsède l'hystérique, d'occuper de sa personne le monde qui l'entoure. »

Il y a quelque exagération dans cette idée que les hystériques simulent toujours et jouent l'éternelle comédie de la mort. Poussés par la nature même de leur déséquilibration mentale, en dehors de toute autre considération, les hystériques se tuent plus fréquemment qu'on ne le dit. Pitres s'insurge contre ce jugement erroné qui veut que les hystériques simulent toujours le suicide. Après avoir apporté plusieurs observations à l'appui, il dit « qu'il ressort bien clairement que le suicide des hystériques est, en général, le résultat d'une détermination soudaine, irréfléchie, mais que rien n'autorise à le considérer comme une comédie grossière, jouée par des simulatrices pour se rendre intéressantes ou pour alarmer leur entourage. »

Les hystériques peuvent être sincères dans leurs résolutions,

(1) Legrand du Saulle, *Les hystériques, état physique et état mental*, 1883.

mais, comme l'idée du suicide surgit brusquement, ils n'ont pas toujours le temps de se précautionner pour en assurer l'exécution.

Il est un peu imprudent de déclarer qu'ils menacent sans cesse, mais n'exécutent pas. Les mesures dont nous parlerons plus loin s'appliqueront également aux hystériques.

Dans l'*épilepsie*, le suicide est très rare ; il est dû à un élément surajouté, à une dépression mélancolique, à une intoxication alcoolique, ou à une autre cause, l'hérédité, par exemple. Pourtant, il peut être aussi le résultat d'une impulsion aveugle. Certains comitiaux, pris d'un accès procursif, vont automatiquement et sans conscience droit devant eux, se jettent à l'eau, etc.

Les crises épileptiques sont suivies d'un état mental particulier où dominent l'hébétude, l'obnubilation, symptômes dont la durée est variable. Dans cet état, l'idée de suicide peut exister, mais les sujets ne se rendent pas compte de la gravité de l'acte.

Le *neurasthénique* a parfois de vagues tendances au suicide. Si la maladie est pure de tout mélange, sans tare de dégénérescence, les idées de suicide sont l'exception ; mais chez un déséquilibré neurasthénique, avec préoccupations hypocondriaques, elles sont fréquentes. Après avoir consulté bien des médecins, le neurasthénique ne croit plus à la guérison et cherche le repos dans la mort.

B. Traitement — Le suicide est un acte d'une importance sociale si haute qu'il est du devoir de chacun d'essayer de le prévenir.

Mais si, nous, médecins, pouvons quelque chose en faveur des désespérés qui sont entre nos mains, nous sommes souvent obligés d'avouer notre impuissance ; que pouvons-nous, par exemple, dans les cas de suicide épidémique? Dès l'enfance, une ferme éducation, des conseils pratiques doivent être donnés aux héréditaires. Combattre l'hérédité menaçante

par la psychothérapie méthodique est une tâche qui doit tenter le zèle des personnes ardentes et dévouées au bien.

Il faut faire lire au prédisposé les sages préceptes du J.-J. Rousseau des beaux jours : « Chaque fois que tu seras tenté de sortir de la vie, dis en toi-même : — Que je fasse encore une bonne action avant de mourir, — puis, va chercher quelque indigent à secourir, quelque infortuné à consoler, quelque opprimé à défendre. » Il faut dire aux jeunes, avec Lamartine : « Mourir, c'est fuir ; on ne fuit pas. »

L'éducation morale donnera à l'enfant héréditaire l'énergie pour affronter la lutte de la vie, sans fléchir.

Le moraliste, le médecin psychopathe doivent s'associer pour combattre cette cause active du suicide : l'influence de la presse et des mauvaises lectures. Cela n'est pas seulement l'avis de quelques-uns ; c'est l'opinion de maîtres dont l'érudition et l'expérience font autorité. Esquirol, Lucas, Moreau (de Tours), Brierre de Boismont, Legrand du Saulle, etc. ont plusieurs fois signalé les dangers et les résultats déplorables des récits émouvants dont sont aujourd'hui remplis journaux et romans (1).

En réalité, ni l'imitation, ni la lecture à outrance de faits divers, ne sauraient ébranler un cerveau solide. Mais il y a des esprits moins forts, qui prennent un plaisir morbide à ces histoires et s'en nourrissent avidement. Ce sont des prédisposés, chez qui l'éclosion de l'idée fatale ne cherche qu'un prétexte. Pour ceux-là et pour d'autres, les récits de suicides ne devraient pas être entourés d'autant de détails. Les journalistes feraient une œuvre beaucoup plus saine en gardant une extrême réserve sur ces tristes événements.

Comment traite-t-on l'aliéné offrant des tendances au suicide ou ayant essayé déjà de se donner la mort? Avenbrugger avait imaginé une méthode consistant à donner à boire au sujet une très grande quantité d'eau froide, tandis qu'on

(1) Paul Garnier et P. Cololian, *Séméiologie et traitement des idées de suicide* (*Gaz. des hôpitaux* 16 octobre 1900).

UNIVERSITY OF LEEDS.

appliquait un exutoire sur la région du foie. Des praticiens ont vanté jadis cette méthode. Thédon dit en avoir fait l'expérience sur lui-même. Esquirol (1) déclare l'avoir essayée sans aucun résultat.

Falret (2) père a obtenu quelques succès à l'aide de vomitifs. Amar, en cas d'insuccès par les vomitifs, conseille d'administrer un peu d'opium. Voisin prescrivait deux larges vésicatoires sur les jambes. Brierre de Boismont dit que ce moyen a paru « agir d'une manière favorable chez plusieurs d'entre eux, par la diversion qu'il opère ; en effet, ces individus se préoccupent outre mesure de leur exutoire, s'en tourmentent, et la fixité de la pensée malade s'en trouve parfois singulièrement diminuée » (3).

Brierre de Boismont vante aussi les *bains prolongés* et les *irrigations continues*, pendant cinq, six, sept, huit heures et plus.

Des émissions sanguines ont été prescrites autrefois contre le suicide. Certains auteurs ont donné des éméto-cathartiques.

Parlerons-nous de la peur, de l'intimidation, mises en œuvre pour changer le cours des idées? On connaît l'histoire contée par Pinel: un littérateur, étant venu à Londres pour dissiper une affection mélancolique, allait se noyer dans la Tamise, lorsqu'il fut arrêté par des voleurs ; il se battit avec ces malfaiteurs, oubliant le dessein qui l'avait fait sortir de chez lui. Il mourut à quatre-vingt-quatre ans.

Esquirol cite le cas d'un jeune homme qui, dans le but de se détruire, entre chez un armurier pour faire emplette d'une paire de pistolets. Le marchand en demande un prix élevé, le jeune homme s'irrite, dispute, oublie finalement qu'il achète des armes pour se brûler la cervelle.

D'autres observateurs ont rapporté des exemples semblables.

Brierre de Boismont intimidait les malades qui refusaient de prendre des aliments, en les prévenant qu'on allait leur

(1) Esquirol, *Des maladies mentales*, 1838, t. I, p. 658.
(2) Falret (J.-P.), *Du suicide et de l'hypocondrie*, Paris, 1822.
(3) Brierre de Boismont, *Du suicide*, Paris, 1865, p. 635.

appliquer un traitement douloureux. Il réussit, par ce moyen, dans quelques cas.

On a voulu guérir le symptôme sans chercher la maladie causale : « Quelques médecins, dit Esquirol, ont proposé un traitement spécifique contre le suicide. Les uns, persuadés que le foie est le foyer du mal, que la bile en est le principe, conseillent les purgatifs dits hépatiques. » Et Esquirol ajoute, en bon aliéniste : « Le suicide étant un acte consécutif du délire des passions ou de la folie, je devrais avoir peu à dire sur le traitement d'un symptôme, traitement qui appartient à la thérapeutique des maladies mentales et des motifs déterminants du suicide; c'est donc au traitement propre à chaque variété de folie qu'il faut avoir recours, pour traiter un individu poussé à sa propre destruction. »

Si nous rapportons la parole du grand aliéniste, c'est pour faire ressortir l'importance d'un bon diagnostic et de l'étude approfondie du sujet. Auprès d'un aliéné entretenant des idées de suicide, il faut se préoccuper de rechercher quelle est l'affection qui déprime la personnalité psychique et quels sont les motifs qui poussent à la destruction de soi-même.

Le traitement physique et moral du suicide varie suivant les cas et les individus.

Mais ce qui ne varie pas et doit être rigoureusement respecté, c'est le principe d'une bonne hygiène et d'une constante surveillance.

Il ne suffira pas d'indiquer un traitement et de prononcer quelques bonnes paroles, en délaissant le patient le reste du jour dans un endroit quelconque, plus ou moins favorable à sa sécurité et à sa guérison. Ceux qui ont la volonté ferme de se tuer exécuteront leur projet en plein quartier, en présence même du gardien, tellement leur impulsion vers la mort est inspiratrice de ruse et de dissimulation.

Guislain (1), se basant sur les données d'Esquirol, con-

(1) Guislain, *Leçons sur les phrénopathies*. Gand, 1852, t. III, p. 252.

seilla, le premier, de mettre les malades, non dans des cellules isolées, mais dans une salle commune : « On logera le malade au rez-de-chaussée, écrit-il ; on fermera sa fenêtre à clef ; on ôtera les rideaux de son lit ; on fera disparaître les crochets, les clous ; on éloignera de lui tout objet dont il pourrait faire un fâcheux usage, tel que marteaux, fourchettes, couteaux, masse de bois, etc... On surveillera toutes les issues par lesquelles il pourrait s'échapper ; on ne lui permettra pas d'approcher des puits, des fossés, des latrines, des fos es à fumier...

« La nuit, on fixe une main ou bien les deux, par une courroie fermée par une boucle à vis et passée autour du bois de lit. Dans d'autres cas, on n'emploie aucun appareil de coercition ; on se contente de surveiller le malade, de lui donner de bons gardiens.

« C'est à juste titre que tous les praticiens recommandent de ne jamais laisser seuls les malades qui ont un penchant au suicide ; il importe, dans les grands établissements, de suivre le précepte d'Esquirol. »

A ces conseils pratiques, il convient d'ajouter ceux que le traitement actuel des maladies mentales doit suggérer.

A l'article *Alitement*, nous avons déclaré que les aliénés présentant des tendances aux idées de suicide, profitaient très avantageusement de cette méthode.

C'est dans la salle d'alitement que le malade sera soigné. C'était déjà le vœu d'Esquirol d'aliter les individus ayant des idées de suicide. La surveillance sera constante ; on placera auprès du patient un infirmier vigilant.

Les lits ne seront ni trop près des fenêtres, ni munis de barres ; s'il y a un fronton, on le couvrira d'un manchon. De cette façon, le malade ne pourra profiter de la distraction de l'infirmier, pour se pendre aux traverses du lit avec ses draps.

Ce n'est que très provisoirement qu'on placera le sujet dans une cellule, même matelassée.

Tenu au lit et surveillé par un bon infirmier, le patient peut encore chercher à se nuire. C'est le fait de cet homme, par exemple, qui prend sournoisement, sur la table de nuit de son voisin, la potion destinée à ce compagnon de salle, en avale le contenu dans un but de suicide, puis refuse tout aliment.

Il ne faut laisser, à la portée des malades, que des boissons rafraîchissantes, dans des gobelets en métal.

Certains mélancoliques cherchent à mourir d'inanition. Une jeune fille refusait depuis deux jours tout aliment, lorsqu'à la visite, elle entendit le médecin dire à son aide qu'on ne mourait pas de faim ; elle réfléchit et mangea. Elle nous a mis au courant de cet incident après sa guérison.

C'est une indication. En cas de refus d'aliments, il faut essayer tout d'abord d'agir par la persuasion.

On cherchera adroitement à faire avouer au malade les causes de sa décision, pour la combattre avec douceur et lui persuader que c'est son état maladif qui lui montre tout sous cet aspect inquiétant.

Beaucoup se négligent sous le rapport de la propreté et ne se lavent pas ; les infirmiers devront y suppléer.

Les bains, douches, les médicaments sédatifs, hypnotiques, le massage, l'électricité seront mis en usage. On cherchera à calmer les centres nerveux, à apaiser l'angoisse. S'agit-il d'un mélancolique aboulique, dont les échanges nutritifs se font mal, c'est au massage et à l'électricité qu'on recourra.

Suivant les formes de l'affection, les indications changent, et c'est au médecin praticien de prescrire tel ou tel traitement, d'après ses notions cliniques et thérapeutiques, pour empêcher le malade de se nuire.

V... Jean, soixante-huit ans, est un héréditaire (son oncle maternel est mort aliéné) ; il a fait quelques excès de boissons à l'âge de vingt ans. Marié à quarante-sept ans, il ne s'entend pas avec sa femme, qui est elle-même une déséquilibrée qu'on a dû interner deux fois à l'asile Sainte-Anne. V... a deux enfants dont l'un est un jeune homme dénué

de sens moral, qui a déjà volé et subi une condamnation. Frappé de tous ces malheurs, V... devient brutal et maltraite sa femme ; dans des moments de colère, il a eu deux fois l'impulsion de la tuer. La première fois, il réussit à se maîtriser, mais la seconde fois, il leva sa main qui tenait une hache. Par bonheur, l'arme ne frappa que la table près de laquelle sa femme était assise, et V... s'évanouit. En revenant à lui, ses yeux se fixèrent sur son bras droit qui se contractait brusquement en des mouvements de flexion et d'extension. A partir de cette époque, V... se sent envahi d'une grande tristesse ; il redoute de nouvelles impulsions. Le dégoût de vivre auprès d'une femme déséquilibrée et d'enfants dégénérés lui donne des idées de suicide. Il craint d'être homicide, mais le suicide ne l'effraie pas. Pendant plusieurs jours, il pense à la mort très sincèrement, enfin il se décide à se rendre chez le commissaire de police pour demander son internement. — Chez V... l'idée de suicide n'est pas la conséquence d'un délire, c'est l'enfantement d'un cerveau débile, qui, n'ayant pu refréner ses obsessions et ses impulsions, cherche un refuge dans la mort. — Il ne fut pas difficile de combattre les idées de suicide par le traitement moral et le repos. Peu de temps après son entrée à l'asile, V... comprenait que son cerveau avait un moment perdu la résistance psychique qui constitue la force morale de l'homme ; il put se ressaisir et guérir.

Il n'est pas toujours facile de combattre victorieusement les idées de suicide, quand elles découlent d'un délire mélancolique incrusté et raisonné. Tel est le cas de Mme B..., trente-six ans, atteinte de lypémanie anxieuse. Elle se lamentait sans cesse sur son sort et, deux fois déjà, elle avait attenté à ses jours, une fois en absorbant le contenu d'un flacon qu'elle croyait être du laudanum, une autre fois en essayant de se pendre. Dans le service, on la soumet à l'alitement avec une surveillance constante ; on lui fait prendre des bains tièdes, tous les jours au début, tous les deux ou trois jours ensuite, et du bromure de

potassium, à la dose de 3 grammes, pendant quinze jours. Mme B... est restée mélancolique anxieuse avec des idées de suicide, durant plus de trois mois. Grâce à la surveillance, elle n'a pu exécuter ses funestes projets, mais elle ne cessait de réclamer la mort et elle n'acceptait les aliments qu'avec difficulté. La période aiguë passée, nous avons pu la raisonner, lui faire comprendre son véritable état et l'absurdité de ses conceptions délirantes. Elle a guéri au bout de quelques mois.

CHAPITRE III

TRAITEMENT DU REFUS D'ALIMENTS

A. Considérations générales. — Le refus d'aliments est un symptôme grave, dès qu'il s'annonce tenace et persistant ; il est étudié généralement au chapitre de la mélancolie, à laquelle il se rattache le plus habituellement. Mais on l'observe dans d'autres affections, par exemple dans les délires de persécution, dans l'alcoolisme, la manie, la paralysie générale, etc. ; il importe donc d'envisager sa valeur dans telle ou telle forme et d'examiner la conduite à tenir suivant l'espèce clinique en cause (1).

Mélancolie. — Dans la mélancolie, les causes du refus d'aliments sont physiques ou mentales.

Les troubles gastro-intestinaux sont parmi les premières. On ne se heurte pas, alors, à un refus systématique, mais le malade invoque l'inappétence qui, plus tard, pourra se transformer en refus énergique. Les causes d'ordre mental sont liées aux idées de suicide, ou aux idées d'humilité. Les malades ne veulent pas manger, parce qu'ils se croient indignes de

(1) Paul Garnier et Cololian, *Séméiologie et traitement du refus d'aliments* (*Gaz. des hôpitaux* 23 octobre 1900).

vivre et ils proposent de donner leurs aliments aux pauvres.

Les *mélancoliques stupides*, qui vivent pour ainsi dire d'une vie végétative, ne songent pas aux besoins de la nature, tellement leurs sensations sont émoussées.

Les lypémaniaques avec *idées de négation* ne mangent pas ; ils sont logiques avec eux-mêmes, puisque, disent-ils, ils n'ont plus d'organes.

Manie. — On voit des maniaques refuser les aliments, soit à cause de l'extrême agitation, qui leur enlève l'attention, soit à cause d'idées vagues de persécution. Leur refus n'est pas systématique : tel qui refuse obstinément le matin, mangera le soir.

Paralysie générale. — Le refus des paralytiques est, d'ordinaire, aussi passager que celui des maniaques ; il est le résultat des idées d'empoisonnement ou de préoccupations mélancoliques, dispositions ordinairement très mobiles chez eux.

Délires de persécution. — Les persécutés qui ont des troubles de la sensibilité gustative et générale trouvent que les aliments ont un goût particulier, qu'ils sont empoisonnés. Ils les refusent, mais non pas tous ; assez clairvoyants pour comprendre que les œufs, par exemple, ne peuvent être empoisonnés dans leur coque, ils les acceptent. Leur refus d'aliments n'est pas toujours tenace ; il peut cesser au bout de quelques jours.

Alcoolisme. — Dans l'*alcoolisme aigu*, le refus d'aliments est dû à l'agitation, comme chez les maniaques, ou aux hallucinations. Les voix ordonnent de ne pas manger, elles disent que les aliments sont empoisonnés. Dans l'*alcoolisme chronique*, avec affaiblissement psychique, le refus d'aliments fait partie de la dépression mélancolique et les raisons que le malade invoque sont celles d'un mélancolique.

Hystérie. — L'anorexie et le refus d'aliments dans l'hystérie ont été étudiés dans un chapitre précédent. Nous n'y revenons pas (Voir *Hystérie*).

B. Traitement du refus d'aliments. — Comment remédier au refus d'aliments ? Quelques aliénistes conseillent d'attendre et de n'intervenir qu'après plusieurs jours. D'après Siemens (1), le jeûne volontaire, provenant de causes psychiques, peut être prolongé quatorze jours, sans inconvénient ; le jeûne n'a pas de conséquences graves, tant que le poids ne diminue pas. Suivant Tuczeck (2), la quantité d'albumine dépensée au cours du jeûne est minime. Maccabruni n'intervient que lorsque la bouche exhale une mauvaise haleine. Nous sommes d'avis qu'il faut intervenir après un délai de quarante-huit heures environ.

Avant de recourir à l'alimentation artificielle, on aura, bien entendu, essayé de tous les moyens de douceur et de persuasion. Il faut chercher la cause du refus ; s'il paraît dû à un simple embarras gastrique, la première indication sera d'y remédier. Si la cause réside dans des troubles psychiques plus ou moins systématisés, on essaiera de la combattre par des moyens psychiques. On offrira du lait plusieurs fois dans la journée, on en vantera les qualités, le goût. Les aliments seront placés à proximité : quelques malades en prennent quand on ne les observe pas.

Et si, malgré tout, on échoue, il faudra recourir à l'*alimentation artificielle* ou forcée.

L'alimentation par *le rectum* peut être essayée.

Les recherches de Voit et Bauer (3), de Eichhorst (4), Leube (5), Czerny et Latchenberger (6), Fiechter (7), et autres ont démontré que les substances amylacées et albuminoïdes peuvent parfaitement être absorbées par la muqueuse rectale. On a, dès lors, essayé tous les aliments, les albumines dissoutes et additionnées de sucs pancréatiques, la viande

(1) Siemens, *Allg. Zeitschr. für Psych.*, 1886, 46.
(2) Tuczeck, *Centralblatt für Nervenheilkunde*, 1884, 12.
(3) Voit et Bauer, *Zeitschr. für Biologie*, Band V.
(4) Eichhorst, *Pflüger's Archiv*, Band VI, 1871.
(5) Leube, *Deutsch. Archiv für klinisch. Medicin.*, Band X.
(6) Czerny et Latchenberger, *Virchow's Archiv*, Band LIX.
(7) Fiechter, *Corresponden. für schweiz. Arzt.*, nos 15, 16, 1885.

hachée. Ewalde (1) recommande les œufs, Saltikow (2), le sang défibriné.

On doit, avant d'alimenter, nettoyer le rectum par un lavement simple ; puis, on administre le lavement nutritif, qu'on varie suivant le cas. On peut donner un lavement de lait tiède, 250 grammes avec deux ou trois œufs, trois cuillerées à café de peptone sèche et un peu de sel.

Évidemment, cette alimentation n'est pas suffisante. En outre, les lavements nutritifs irritent la muqueuse et peuvent produire de l'inflammation.

Nous ne dirons rien des *bains nutritifs* au lait, au bouillon, des *injections* sous-cutanées de *lait*, d'*huile*, de *jus de viande*, etc., essayées par Menzel et Perco (3), Krueg (4), Pick (5). Ces moyens d'alimentation sont peu pratiques, insuffisants, même dangereux, car ils provoquent des abcès.

Cathétérisme œsophagien. — Le mode d'alimentation artificielle le plus en usage, le plus efficace, le plus commode, c'est le *cathétérisme œsophagien* [Baillarger (6)].

L'introduction d'une sonde molle dans l'estomac peut se faire par la bouche ou par le nez.

Le *cathétérisme œsophagien* est délicat, parfois difficile, et même dangereux. Les mélancoliques, les sitiophobes ne disjoignent pas aisément les mâchoires. Aussi, a-t-on inventé un certain nombre d'instruments pour remédier à cet obstacle. Brasseur et Bellot avaient trouvé la « bouche d'argent » ; Belhomme se servait d'un instrument en bois. On a employé le spéculum laryngien de Labordette, qui permet de dilater la bouche du malade, suffisamment du moins pour conduire

(1) Ewalde, *Deutsch. medicin Zeitung*, 1887.
(2) Saltikow, *Sur la nutrition par le rectum*, 1887.
(3) Menzel et Perco, *Wien. medicin. Wochenschr.*, n° 31, 1863.
(4) Krueg, *Wien. med. Wochenschr.*, n° 34, 1875.
(5) Pick, *Deutsch. medicin. Wochenschr.*, n° 3.
(6) Baillarger, *Du cathétérisme œsophagien, des difficultés et des dangers qu'il présente* (*Ann. méd.-psych.*, 1845, t. II. p. 213).

la sonde. Mais, tous ces appareils sont délaissés, et à juste titre ; ils ne rendaient pas les services attendus, n'étaient pas pratiques et offraient des dangers : il fallait user d'une certaine violence qui occasionnait des accidents regrettables.

Cathétérisme œsophagien par la voie nasale. — L'opération du cathétérisme œsophagien se fait au moyen d'une sonde en gomme, de consistance demi-molle ou molle. Elle doit mesurer de 7 à 8 millimètres de diamètre, de 50 à 70 centimètres de longueur. Il vaut mieux ne pas se servir de sonde dure ni de mandrin ; toutefois, dans les cas difficiles, on peut prendre le mandrin en baleine ou en fil de fer de Baillarger. On fait coucher le malade, la tête légèrement surélevée, afin d'éviter la pénétration des aliments dans le larynx ; deux ou trois infirmiers le maintiennent. Le médecin, placé à la gauche du malade pour donner plus d'aisance à la main droite, introduit, par l'une des narines, le bout de la sonde, aseptique, mouillée d'eau pure, et la pousse légèrement en la faisant glisser entre ses doigts. Il s'arrête à chaque obstacle, retire un peu la sonde et cherche à vaincre la résistance, très délicatement, pour ne pas blesser le cornet. La sonde, arrivée à la base de la langue, peut être repoussée dans la bouche. Pour obvier à cet inconvénient, il faut, au moment où l'instrument arrive à l'œsophage, verser un peu d'eau par la sonde ou dans la bouche même du malade. Les mouvements de déglutition, provoqués ainsi, facilitent la pénétration du tube dans l'œsophage.

Malheureusement, les plus grands soins ne peuvent pas toujours empêcher de faire fausse route et de pénétrer dans les voies respiratoires, ou bien, de provoquer une épistaxis en blessant le cornet.

L'accident le plus à redouter est l'introduction de la sonde dans le larynx. On reconnaît l'erreur quand on voit le malade suffoquer, devenir aphone, être pris de quintes de toux et présenter, en un mot, tous les symptômes de l'asphyxie.

Il suffit de retirer la sonde pour faire disparaître ces trou-

bles. Mais, si l'on se trouve en présence de ces mélancoliques en pleine stupeur, qui ont une anesthésie considérable des muqueuses laryngées et trachéales, la pénétration de la sonde dans les voies respiratoires ne déterminera, sans doute, aucun réflexe. Il peut se faire que la sonde pénètre directement dans la trachée, sans provoquer aucun phénomène avertissant du danger.

Il faut se préoccuper de la possibilité de cet accident dans le cathétérisme œsophagien et avoir soin d'opérer doucement. On se souviendra que les signes révélateurs d'une fausse manœuvre peuvent faire défaut.

L'opérateur doit s'efforcer de parer à cet accident de diverses façons. La sortie de l'air par la sonde lui servira de guide, mais cet indice n'est pas infaillible. Luys (1) conseille d'avoir recours à la flamme d'une allumette en ignition, que l'on présente devant l'orifice libre de la sonde ; si l'on est, par hasard, dans la trachée, la flamme dévie; si l'on est dans l'œsophage, elle ne présente aucun changement de direction. Cette expérience n'est pas toujours probante ; car, l'air et les gaz contenus dans l'estomac et chassés par la sonde, peuvent faire dévier la flamme de l'allumette, sous l'influence des mouvements du diaphragme.

Magnan a la précaution de plonger le pavillon de la sonde dans un verre d'eau ; s'il n'en sort que quelques bulles gazeuses, au moment de l'expiration, c'est que la sonde a pénétré dans l'estomac; lorsque, au contraire, elle est dans la trachée, il se produit un véritable courant d'air, à la fois expiratoire et inspiratoire, qui agite le liquide. Il conseille encore de verser quelques centimètres cubes d'eau dans la sonde; si l'instrument est dans la trachée, l'eau est rejetée aussitôt par les efforts d'expiration et l'on entend quelques râles trachéens.

Foville (2) propose de « pousser par le pavillon de la sonde,

(1) Luys, *Traitement de la folie*, p. 262.

(2) A. Foville, *Nouv. Dict. de méd. et de chirurg. pratiq.*, article *Lypémanie*, t. XXI, p. 130.

soit avec la bouche, soit autrement, une assez grande quantité d'air, et, en même temps, de faire pratiquer l'auscultation de la région épigastrique et des parois thoraciques ».

Cathétérisme œsophagien par la voie buccale. — Ces difficultés et ces accidents sont évités quand il est possible d'introduire la sonde par la voie buccale.

C'est, à notre avis, le meilleur procédé, le plus commode et le moins dangereux. Le point délicat est de faire ouvrir la bouche. Quelquefois les malades s'y prêtent d'eux-mêmes; sinon, il faut recourir à des ruses. On introduit, par exemple, une sonde molle dans une des narines; elle chatouille la muqueuse pituitaire, le patient ouvre la bouche, instinctivement, et l'on en profite pour introduire entre les dents un bouchon de liège, ou un morceau de bois blanc, bien propre, taillé en coin. Le mode opératoire est alors des plus simples. On se place à gauche du sujet, on déprime la langue avec le doigt indicateur gauche, que l'on peut porter très loin, jusqu'à l'épiglotte; puis, on fait glisser la sonde, tenue par la main droite, comme une plume, le long de l'indicateur gauche. La sonde arrive à la paroi postérieure du pharynx, et l'on pousse sur cette paroi. Dès que l'extrémité de la sonde dépasse le cartilage cricoïde, la pénétration dans l'œsophage devient facile; on est alors tout de suite dans l'estomac.

Les avantages du cathétérisme buccal sont nombreux; à l'aide du doigt indicateur, on progresse en toute sécurité, sans provoquer d'épistaxis, sans crainte de faire fausse route; en outre, on a la facilité d'employer un tube de gros diamètre, les appareils Debove ou Faucher, par exemple, qui permettent un lavage d'estomac plus aisé et une alimentation plus substantielle.

Le tube, une fois enfoncé, il faut procéder au lavage de l'estomac. Nous nous sommes toujours servis, pour cette opération, d'eau de Vichy tiède; l'eau un peu chaude nettoie mieux. Après le lavage, on introduit les aliments; les uns préfèrent se servir, pour cet usage, de l'irrigateur simple, les autres

d'un entonnoir. Febvré a présenté, à la Société médico-psychologique (1), un appareil pour l'alimentation à l'aide de la sonde œsophagienne. Cet appareil, un peu compliqué, a la forme d'une bombe renversée; on le tient dans une position élevée, pour faciliter l'écoulement des liquides. Il est pourvu, sur ses parties latérales ou antérieures, de trois autres appareils destinés à recevoir, l'un les médicaments, l'autre le thermomètre, et le troisième, un niveau d'eau, permettant de suivre l'écoulement des liquides.

L'appareil le plus simple est l'entonnoir en verre qui sert au lavage et permet l'introduction d'aliments substantiels. Il a surtout l'avantage d'un nettoyage facile.

La nourriture qui forme l'alimentation du sitiophobe doit être liquide. On donnera, dans du lait ou du chocolat : des œufs, de la viande râpée, ou de la poudre de viande, du jus de viande, de la purée de légumes, de lentilles, soit encore un peu de peptone. Il ne faut pas oublier le sel. On peut, au besoin, ajouter des médicaments.

Il faut alimenter une ou deux fois par jour, suivant la quantité de lait consommée volontairement. Presque chaque fois, il faut donner du lait tiède, de six à huit œufs, un bifteck râpé, un peu de lentilles en purée, du sel. Le tout égalant la valeur d'un litre. On ajoute, pour certains, de l'huile de foie de morue.

Quand le malade vomit pendant le cathétérisme, on retire la sonde, car des aliments pourraient pénétrer dans le larynx.

Au moment de retirer la sonde, il faut la pincer pour empêcher le liquide alimentaire de pénétrer dans les voies respiratoires.

Dès qu'on aura retiré le tube, on lèvera le malade, on le fera marcher pour éviter la régurgitation.

Ce mode d'alimentation, lorsqu'il est soigneusement surveillé, peut être pratiqué longtemps sans grand danger.

(1) Febvré, *Ann. méd.-psych.*, janvier, février 1898.

Cependant, on s'efforcera toujours de ramener le malade à une alimentation naturelle. Il faut, tous les jours, malgré l'alimentation forcée, insister pour qu'il mange et boive d'une manière normale.

G... Félix, trente et un ans, à son entrée dans le service était atteint de mélancolie avec stupeur. G..., qui est un débile sans hérédité marquée, était comptable et gagnait à peine sa vie. Il resta deux ans sans place et cette oisiveté forcée le tourmenta beaucoup. Ayant enfin trouvé un emploi, il voit mettre aussitôt opposition sur ses gages. Il en ressent un profond chagrin, verse d'abondantes larmes, déclare à sa femme qu'il ne veut plus vivre. Cet état d'esprit dure toute une semaine, pendant laquelle G... continue pourtant à travailler; puis, un matin, il reste au lit, étendu, les yeux fermés, sans faire le moindre mouvement : il était en pleine stupeur. — Le jour de son entrée à l'asile, G... paraît très anxieux; il semble halluciné et refuse tout aliment. On le met au lit et on lui fait prendre, le soir, un bain sédatif. Dès le lendemain, nous commençons l'alimentation artificielle par la voie buccale. Les premiers jours, la difficulté est grande pour faire écarter les mâchoires ; nous y parvenons en introduisant une petite sonde dans la narine et en chatouillant la membrane pituitaire ; G... ouvre la bouche; un morceau de bois blanc est introduit immédiatement entre les dents et le reste de l'opération est facilement mené. Un mois après, le malade ouvrait lui-même la bouche au moment de l'alimentation artificielle. Avant d'introduire les aliments, on lavait l'estomac avec de l'eau de Vichy, puis on procédait au nettoyage des dents et de la bouche au moyen d'eau boriquée. L'alimentation artificielle était pratiquée deux fois par jour; chaque fois on introduisait dans l'estomac deux ou trois œufs, 100 à 200 grammes de viande crue, un peu de sel et près d'un litre de lait. — En dépit de toutes les instances, G... refusait systématiquement le lait qu'on lui offrait plusieurs fois dans la journée. — Malgré l'alitement, le massage, et tout l'en-

semble du traitement, G... est resté près d'un an en stupeur. Par moments, il ouvrait les yeux, prononçait quelques mots incohérents; les traits se contractaient, puis il retombait en stupeur pour plusieurs jours. L'état physique était bon, la température moyenne oscillait autour de 37°, le pouls battait entre 76 et 80 pulsations, tandis qu'ordinairement, dans la stupeur, le pouls est au-dessous de la moyenne et la température abaissée. Pendant onze mois, G... fut alimenté par la sonde sans aucun inconvénient. A partir du onzième mois, un mieux se fait sentir, le malade prend de lui-même un peu de lait, il semble s'éveiller ; on ne l'alimente plus qu'une fois par jour, puis, une fois tous les deux jours. La convalescence commençait, quand G... fut atteint de pneumonie et enlevé en six jours.

Cette observation, où la guérison définitive fut entravée par une maladie intercurrente, est rapportée à dessein. On peut, disions-nous, alimenter longtemps un sitiophobe par la sonde, sans que l'état physique s'en ressente. C'est le cas de G... qui fut alimenté pendant un an artificiellement, sans dépérir. L'embonpoint avait au contraire augmenté.

Dans le cas d'un autre mélancolique sitiophobe, l'alimentation artificielle fut continuée six mois sans interruption. Le malade gardait le lit; deux fois par jour, le cathétérisme buccal était pratiqué et des aliments liquides lui étaient administrés. Des paroxysmes d'anxiété et d'agitation étant apparus plusieurs fois, on ordonna des bains tièdes et 2 ou 3 grammes de bromure de potassium furent mélangés aux aliments du soir. — Le malade guérit de cet état de stupeur, mais il demeura quatre mois en mélancolie. La guérison définitive fut obtenue le quatorzième mois après l'entrée dans le service.

SIXIÈME PARTIE

CAUSES ET PROPHYLAXIE DES MALADIES MENTALES ET NERVEUSES

Quand le médecin aura traité son malade d'après le dernier mot de la science; quand la société aura senti la nécessité absolue d'asiles spéciaux et de sociétés de patronage ; quand elle en aura assuré l'existence et le bon fonctionnement par le vote des crédits nécessaires, pourrons-nous dire que nous avons fait, selon notre conscience, tout ce qui dépendait de nous? Non, car il y a une tâche qui s'impose encore.

Une question, d'un intérêt capital, doit attirer l'attention du médecin, du magistrat, du pédagogue : nous voulons parler de la *prophylaxie des maladies mentales et nerveuses.*

Les aliénistes les plus distingués en ont compris toute la valeur ; Esquirol, Calmeil, Morel, ont consacré à ce sujet de remarquables chapitres.

Cependant, cette question de prophylaxie ne va pas sans l'étude des conditions étiologiques de la folie; car, pour avoir chance d'entraver son œuvre perturbatrice, il importe d'en connaître les causes rapprochées ou lointaines.

CHAPITRE PREMIER

L'HÉRÉDITÉ ET SA PROPHYLAXIE

A. Considérations générales. — Les neuro-pathologistes ont constaté, depuis longtemps, le rôle prépondérant de l'hérédité dans la genèse des affections mentales et nerveuses. « Il

existé, disait Trélat (1), une grande cause de l'aliénation, cause primordiale, cause des causes, l'hérédité, qui fixe cette maladie dans les familles et la rend transmissible de génération en génération. »

Pour se convaincre de cette triste réalité, il suffit de parcourir les statistiques, et, si variables qu'elles soient, elles démontrent le rôle prépondérant de l'hérédité dans la pathologie mentale. Pour Ellis (2), la proportion était de 15,50 p. 100; pour Morel 20 p. 100 (3); pour Esquirol, 36,80 p. 100; pour Moreau (de Tours), 90 pour 100 (4).

Baillarger (5), ayant constaté que dans 452 cas, 271 fois l'hérédité dérivait du côté maternel, en a conclu que la folie se transmettait plus fréquemment par la mère.

a) *Hérédité similaire.* — La folie peut provenir de l'*hérédité similaire*, ainsi que l'avaient déjà remarqué Pinel (6) et Esquirol. Parmi les hérédités vésaniques similaires, la folie du *suicide* est la plus fréquente. Plusieurs membres de la même famille se suicident de la même manière et quelquefois au même âge.

Les *folies dégénératives*, les obsessions, les impulsions, les phobies passent des parents aux enfants, parfois intégralement. Magnan (7) dit « qu'on trouve plus souvent qu'on ne paraît le croire, l'hérédité similaire, et notamment l'hérédité de ces phénomènes étranges des *syndromes épisodiques* ».

La passion de l'alcool est également héréditaire : tel père qui a bu aura des enfants précocement alcooliques.

Les *névroses* se lèguent de la même façon ; il n'est pas rare

(1) Trélat, *Des causes de la folie* (*Ann. méd.-psych.*, 1856, t. II, p. 174).

(2) Ellis, *Traité de l'aliénation mentale*, trad. Archambault, 1840 p. 69.

(3) Morel, *Traité des maladies mentales*, 1860, p. 114.

(4) Moreau (de Tours), in Legrand du Saulle, *La folie héréditaire*, 1873, p. 5.

(5) Baillarger, *Recherches statistiques sur l'hérédité de la folie* (1884), n *Recherches sur les maladies mentales*, 1890, t. I, p. 160 et 161.

(6) Pinel, *Traité méd.-phil. sur l'aliénation mentale*, 1809, p. 13.

(7) Magnan, *Annales méd.-psych.*, 1886, t. IV, p. 277.

de trouver dans une même famille plusieurs *neurasthéniques*; les syndromes changent chez chaque sujet, mais le fond neurasthénique demeure.

C'est surtout chez les *hystériques* et les *épileptiques* qu'on observe l'hérédité similaire. L'hystérie se transmet en nature. Briquet (1) a trouvé, dans les familles de 351 hystériques, 214 ascendants ou collatéraux atteints de la même névrose. Hammond (2) arrive à une proportion supérieure. « Il n'y a rien d'étonnant vraiment, dit Déjerine (3), à ce que des enfants qui voient journellement leurs parents en proie aux attaques les imitent inconsciemment. »

L'hérédité similaire de l'épilepsie a été niée par quelques auteurs, ou bien elle a été considérée comme très rare. Mais les recherches récentes, les statistiques de Aug. Voisin (4), de Echeverria (5), et surtout de Féré (6), prouvent que des épileptiques ont fréquemment des descendants épileptiques. Brown-Séquard a démontré, on le sait, que les cobayes, devenus épileptiques par la section de la moelle ou du nerf sciatique, engendraient des cobayes épileptiques.

b) *Hérédité dissemblable.* — Elle a été notée par les aliénistes de tous les temps. « Le plus souvent, la maladie mentale qui se transmet, se transforme », écrivait Legrand du Saulle (7). « Toutes les formes de la folie, manie, mélancolie, délire partiel, dit Marcé (8), s'engendrent réciproquement et d'une manière indistincte. » Morel (9) soutenait qu' « on risquerait de se faire une fausse idée de l'hérédité, si on ne l'envisageait au point de vue de ces transformations qui

(1) Briquet, *Traité clinique et théorique de l'hystérie*, 1859, p. 52.
(2) Hammond, *Traité des maladies du système nerveux*, trad. Labadie-Lagrave, 1879, p. 870.
(3) Déjerine, *De l'hérédité dans les maladies du système nerveux*, 1886, p. 119.
(4) A. Voisin, article *Épilepsie*, in *Nouv. Dict. de méd. et de chir.*, 1870.
(5) Echeverria, *Marriage and hereditairiness of epileptics* (*Journ. of ment. Science*, oct. 1880).
(6) Féré, *Les épilepsies et les épileptiques*, 1890, p. 241.
(7) Legrand du Saulle, *La folie héréditaire*, 1873, p. 9.
(8) Marcé, *Traité pratique des maladies mentales*, 1862, p. 107.
(9) Morel, *Traité des maladies mentales*, 1860, p. 115.

UNIVERSITY OF LEEDS.

ouvrent un champ si vaste au pronostic et au traitement des maladies nerveuses. »

L'hérédité psychopathique n'intervient pas seulement dans la folie; les affections nerveuses, les névroses ne sont pas soustraites à cette influence; on trouve, dans les familles névropathiques, des ascendants hystériques, des descendants aliénés, et réciproquement.

L'hystérie peut engendrer héréditairement l'épilepsie, et la réciproque est encore vraie, ainsi que les statistiques de Déjerine peuvent en témoigner.

La folie a été observée dans la parenté d'individus atteints de maladies nerveuses telles que le *tabes* (1), la *sclérose en plaques* (2), la *myopathie* (3), la *paralysie infantile* (Féré, Déjerine), etc.

La genèse de la paralysie générale, tant discutée, a de nouveau, ces temps derniers, attiré l'attention des aliénistes. La dégénérescence mentale est, d'après Joffroy, un des facteurs de la paralysie générale, et, en faveur de cette opinion, cet auteur rapporte des observations où l'on ne découvre, en effet, aucune des causes (alcoolisme, syphilis, surmenage, etc.) connues jusqu'à présent. Sans pousser si loin la théorie de la dégénérescence, nous pensons que la prédisposition entre pour sa part dans l'éclosion de la paralysie générale et il est certain qu'on trouve, en clinique, des paralytiques généraux dont les ascendants ont été névropathes ou aliénés.

B. Prophylaxie de l'hérédité. — L'observation montre donc que l'hérédité occupe une place considérable dans le développement des vésanies. Que pouvons-nous contre elle? Quels sont nos moyens de défense? C'est ce qu'il importe d'étudier et ce que tout aliéniste doit connaître. Le médecin

(1) Ballet et Landouzy, *Du rôle de l'hérédité nerveuse dans la genèse de l'ataxie locomotrice progressive* (*Ann. méd.-psych.*, 1884, t. XI, p. 29).

(2) Féré, *La famille névropathique*, 1884, p. 35 et 40.

(3) Déjerine, *Ouv. cité*, p. 207.

est souvent consulté au sujet d'un mariage : il est appelé ainsi à se prononcer sur la délicate question de l'hérédité névropathique ou psychopathique.

a) *Le mariage des descendants d'aliénés.* — Une loi d'hygiène sociale est celle qui donnerait les moyens d'empêcher la procréation d'êtres presque fatalement voués aux affections mentales.

« L'avantage que la société et la civilisation ne manqueraient pas de réaliser, dit Calmeil (1), en contribuant à diminuer la fréquence des cas de phlegmasie cérébrale, dont les manifestations extérieures sont, la plupart du temps, effrayantes ou peu consolantes à voir, fait presque regretter, dans certains instants, que la législation ne soit pas chargée d'intervenir et de s'interposer comme elle se décide à le faire dans certains cas d'idiotisme, pour couper court à certains projets de mariage, dont l'accomplissement pourrait concourir à propager les vices d'organisation qui contribuent à perpétuer les maladies inflammatoires du système nerveux. Ce que les lois sont impuissantes à accomplir, la médecine devra quelquefois le tenter et s'efforcer de l'obtenir, lorsque des familles bien inspirées prendront l'initiative de recourir à ses conseils. »

Il est du devoir de chaque médecin que l'on consulte, au sujet de craintes de cet ordre, de ne jamais dissimuler les graves inconvénients auxquels s'exposent ceux qui s'unissent à des personnes dont les ascendants ont présenté des cas d'épilepsie, d'idiotie, de paralysie générale, ou de vésanie. On ne peut nier que les conjoints sur lesquels pèsent de pareilles hérédités, ne soient bien plus enclins que d'autres aux psychoses et que leurs enfants ne soient menacés très gravement. Le médecin devra donc, d'une façon générale, déconseiller un mariage qui expose à des dangers dont la réalisation est chaque jour sous nos yeux.

Les médecins devraient se prononcer avec plus d'énergie

(1) Calmeil, *Maladies inflammatoires du cerveau*, t. II, p. 648 et 650.

encore, quand on leur demande avis sur les conséquences probables d'un mariage projeté entre des fiancés prédisposés, tous deux, à un très haut degré, aux affections de l'encéphale. La convergence de l'hérédité crée une menace bien plus effective que lorsqu'elle est unilalérale.

b) *Le mariage des aliénés guéris.* — Morel était d'avis de ne pas interdire le mariage aux personnes frappées, dans un passé déjà un peu lointain, d'un accès isolé d'aliénation, pourvu que la folie n'ait pas existé dans leur ascendance. Ces cas (1) lui paraissant les moins graves, il était d'avis que le mariage est possible dans cette circonstance. L'aliénation peut, en effet, apparaître dans les conditions d'une maladie intercurrente organique, ou sous l'influence d'une cause morale non inhérente aux malades dont il s'agit de fixer la destinée. On sera d'autant plus positif dans ses assertions que la folie se sera montrée avec un caractère plus aigu. Nous estimons qu'il vaut mieux être fils d'un père ayant subi cette seule atteinte mentale que d'être le fils d'un excentrique qui, toute sa vie, s'est montré bizarre et étrange.

Si la folie a été un accident passager, dû à une cause connue et désormais évitable, le mariage peut donc être permis. Un délirant alcoolique vraiment guéri peut également se marier et avoir des enfants indemnes de toute hérédité pathologique. Mais que de folies dont la cause reste obscure! Que d'individus, sans tare apparente, chez lesquels, pourtant, la dégénérescence latente ne cherchait qu'une occasion de se manifester!

Prenons, en exemple, la mélancolie franche : tel individu en est atteint; guéri après quelques mois de maladie, il demande s'il peut se marier.....

La mélancolie franche est une affection apparaissant non pas chez le dégénéré, mais chez le prédisposé. Ce qu'il y a de certain, en tous les cas, c'est l'absence de la folie chez les ascendants, dans l'espèce en cause; et, alors, que conseillerons-nous ? Cet homme peut avoir des enfants sains. Faut-il

(1) Morel, *Traité des maladies mentales*, 1860, p. 635.

le condamner au célibat? Nous pouvons d'abord lui dire d'attendre, de suivre un régime et une hygiène sévères, d'éloigner autant que possible toute cause provoquant les troubles mentaux, la fatigue du cerveau, etc. Il n'y aura pas opposition irréductible au mariage si une nouvelle attaque de mélancolie n'est pas survenue après un délai assez long. Mais, au moins, faut-il que la conjointe soit bien portante, à tous les points de vue, pour que le parfait équilibre mental de l'un des procréateurs apporte son appoint compensateur. Il faut noter, à ce propos, cette singulière affinité qui semble rapprocher les malheureux qui sont destinés aux affections cérébrales. Blanche, dans sa grande pratique, avait eu bien souvent l'occasion de la saisir sur le fait.

Ce n'est pas seulement l'hérédité qu'il faut envisager, c'est aussi le sujet qu'il s'agit de bien connaître.

Mais quel est le nombre de ceux qui viennent demander l'avis du médecin à propos d'un mariage? Combien se décident d'après cet avis? Les questions de sentiment ou d'intérêt priment et primeront sans doute longtemps toute considération, du moins dans la très grande majorité des cas.

Quelques-uns ont conseillé la création d'un *carnet sanitaire*! La seule chose pratique qu'on puisse tenter, c'est l'éducation du peuple sur ces questions importantes, par des conférences populaires ou des brochures. On ne sait pas assez, dans le monde, le mal que peut produire l'hérédité.

CHAPITRE II

CAUSES SOCIALES

Il existe, en dehors de l'hérédité, d'autres facteurs étiologiques de la folie que la prophylaxie peut et doit combattre.

La *misère physiologique*, les *soucis moraux*, les *difficultés*

insurmontables, l'intensité de la *lutte pour la vie* provoquent des troubles cérébraux chez les simples prédisposés. Ces causes, qui seraient anodines pour d'autres, suffisent, chez eux, pour faire éclater les troubles mentaux.

C'est à la société, c'est aux législateurs, qu'il incombe d'améliorer le sort des faibles et des déshérités.

CHAPITRE III

MALADIES INFECTIEUSES

La syphilis et sa prophylaxie. — Si les causes sociales ne sont pas faciles à atteindre, il en est d'autres, telles que la syphilis, qui sont du ressort de l'hygiène et qu'on doit pouvoir vaincre.

On sait combien est considérable le rôle de la syphilis dans l'étiologie des maladies mentales et nerveuses. Fracastor, A. Paré, Swédiaur avaient déjà observé la dépression psychique au début de l'infection syphilitique. Kiernan (1), Parant (2), Hagelstein (3), Mairet (4), ont signalé des cas de troubles psychiques consécutifs à la syphilis. Tous les médecins connaissent l'épilepsie syphilitique, surtout depuis les beaux travaux de Fournier; ils savent les lésions que la syphilis produit sur l'encéphale, les méninges, la moelle, les nerfs. Quant à la paralysie générale, quelle que soit l'opinion qu'on ait sur son processus pathogénique, il est certain que la syphilis, associée ou non à d'autres causes, joue un rôle

(1) Kiernan, *Psychoses de la fièvre syphilitique secondaire* (*Journ. of nerv. and ment. Diseases*, 1880. Analysé dans les *Ann. méd.-psych.*, 1882, t. VII, p. 326.

(2) Parant, *Syphilis et folie* (*Ann. méd.-psych.*, 1888, t. VIII, 415 et suiv.).

(3) Hagelstein, Thèse de Nancy, 1894.

(4) Mairet, *Aliénation mentale syphilitique*, Montpellier, 1893.

important dans son développement. Les travaux de Marcé, de Lasègue, de Lancereaux, ceux de Morel-Lavallée et Bellières (1), de Régis (2), de Fournier (3), ont établi ce fait d'une façon absolue.

Afin de prévenir cette infection, on a proposé des lois pour la surveillance des prostituées.

Le professeur Fournier (4), dont la compétence est universellement reconnue, a donné des conclusions sur la prophylaxie de la syphilis, dans un remarquable rapport adressé à l'Académie de médecine (5). Ces conclusions résultent d'une longue expérience; nous croyons devoir les résumer ici.

Les consultations externes spéciales des hôpitaux devront être confiées à des médecins titulaires des hôpitaux. Ces médecins, nommés au concours, auront une culture spéciale en dermatologie; ils connaîtront un peu de gynécologie, d'ophtalmologie, de laryngologie et d'otologie.

Les mesures administratives et policières sont d'une insuffisance absolue pour assurer la prophylaxie de la syphilis.

Des mesures sérieuses devraient résulter de précautions thérapeutiques spéciales, constituant une véritable prophylaxie par le traitement.

L'ordre actuel des choses ne permet pas la réalisation de cette prophylaxie, qui devrait assurer la stérilisation de la syphilis : ce ne sont pas des hôpitaux qu'il faut, mais des consultations externes convenables.

Le traitement de la syphilis devrait avoir lieu dans des dispensaires gratuits, dépendant des hôpitaux, fonctionnant le soir et distribuant gratuitement des médicaments.

Dans ces dispensaires, les consultations seraient indivi-

(1) Morel-Lavallée et Bellières *Syphilis et paralysie générale*, 1889.

(2) Régis, *Syphilis et paralysie générale.* (*Arch. cliniq. de Bordeaux*, juillet-août 1892).

(3) Fournier, *Les affections para-syphilitiques*, 1894, p. 137 et suiv.

(4) Fournier, *Prophylaxie publique de la syphilis* (*Ann. d'hyg.*, 1887).

(5) Fournier, *La prophylaxie de la syphilis* (*Acad. de méd.* Séance du 21 novembre 1899, et *Ann. d'hyg.*, 1899).

duelles; les malades, qui ne répugnent pas à exposer leur affection devant les médecins, n'auraient plus à le faire devant d'autres individus.

Le service serait confié à des médecins des hôpitaux, recrutés par concours spécial. Tout doit être dirigé vers un but unique : la prophylaxie de la syphilis.

En effet, ce ne sont pas des lois austères qui combattront de pareils fléaux, mais une hygiène bien comprise, et appliquée en temps et lieu.

CHAPITRE IV

ALCOOLISME

A. Considérations générales. — Un facteur de la folie, encore plus redoutable, est l'alcoolisme, la cause la plus puissante de la déchéance des peuples, des races et de la dégénérescence sociale.

L'alcoolisme n'est pas né de nos jours; si la désignation, créée par Magnus Huss, est relativement récente (1852), la maladie est fort ancienne; il suffit de parcourir l'histoire des différents peuples pour s'en convaincre. Pinel constatait qu'en Angleterre la *folie* dépendait presque toujours de l'*abus du vin*.

Casper (1) dit que l'abus de l'alcool est « précisément une des causes qui ont contribué à accroître le nombre des aliénés à Berlin, pendant les dernières années. »

Esquirol (2) (1838) cite un grand nombre d'aliénations mentales qui doivent leur origine à l'ivresse habituelle : « L'ivrognerie, en altérant le cerveau, dégrade peu à peu l'intelligence, affaiblit les organes du mouvement, conduit à la folie,

(1) Casper, *Mém. sur le Suicide*, dans ses *Beit. zur medicin. Statis. und Staat.* Berlin, 1823, p. 62.

(2) Esquirol, *Des maladies mentales*, Paris, 1838.

au *delirium tremens*, à la paralysie générale, qui tue un si grand nombre d'aliénés. »

Les travaux de Lasègue (1), de Lancereaux (2), de Magnan (3), le rapport de Claude (des Vosges) (4), ont démontré, statistique en main, que la folie a le plus souvent l'alcoolisme pour cause directe.

Ces statistiques sont éloquentes. D'après une enquête de Claude (des Vosges), dans les 46 asiles départementaux, la proportion des folies dues à l'alcoolisme est de 9 à 10 p. 100.

Lunier (5) a observé, en 1872, que dans les départements où l'on boit plus d'alcool que de vin, le nombre des aliénés est plus considérable. Dans ceux où l'on récolte du cidre, la folie ne fait pas moins de ravages.

La folie alcoolique règne surtout dans les grandes villes, à Paris, où des statistiques consciencieuses démontrent l'augmentation redoutable de l'alcoolisme.

L'un de nous (6), dans son service de l'Infirmerie spéciale, a relevé pour les années 1886, 1887 et 1888, la statistique des folies alcooliques. Le mouvement a été particulièrement rapide dans ces trois années. Il est impossible de n'être pas frappé de l'énormité des chiffres : en 1886, il y a eu à Paris 644 aliénés alcooliques (111 femmes, 533 hommes). La proportion est de 24,91 p. 100 sur le chiffre total des entrants de la même année. En 1887, le nombre monte à 706 (122 femmes, 584 hommes. Deux ans plus tard, ce chiffre est à 839 (143 femmes, 696 hommes). Sur le chiffre total des aliénés, cela représente 29,34 p. 100, soit, en ce court espace, une augmentation de 25 p. 100 environ. La femme, toutes proportions

(1) Lasègue, *Alcoolisme chronique* (1852), dans *Études médicales*.

(2) Lancereaux, article *Alcoolisme*, in *Dict. de médecine de Dechambre*, 1865, et article *Alcoolisme* du *Traité de médecine* de MM. Brouardel et Gilbert, Paris, 1897, t. III.

(3) Magnan, *De l'alcoolisme*, 1874.

(4) Claude (des Vosges), *Rapport fait au Sénat au nom de la Commission d'enquête sur la consommation de l'alcool en France*, 1887.

(5) Lunier, *Ann. méd.-psych.*, 1872, t. VII, p. 355.

(6) Paul Garnier, *La folie à Paris*, 1890, p. 26.

gardées, suit l'homme de près dans cette progression vertigineuse.

La statistique de Legrain, dressée à l'Admission de Sainte-Anne, de 1887 à 1890, constate une proportion de 24 à 28 p. 100 de folie alcoolique pour les hommes, et de 3 à 8 p. 100 pour les femmes. Parmi les antécédents héréditaires des aliénés, Legrain relève 35,53 p. 100 de cas d'alcoolisme.

Pour Joffroy, ce chiffre serait de 30 à 33 p. 100.

Il ressort de ces diverses statistiques, la preuve d'une augmentation démesurée de la folie alcoolique. L'écart qui existait jadis entre l'homme et la femme, tend à s'amoindrir.

En cherchant l'égalité sociale, l'identité des mœurs, en s'éloignant du foyer, la femme s'alcoolise chaque jour davantage.

B. Prophylaxie de l'alcoolisme. — Ceux qui se préoccupent de la santé de la nation, de cette santé morale et physique qui fait la force des peuples, doivent opposer des remèdes énergiques à la propagation du mal, à l'aide d'une prophylaxie rigoureuse.

Nombreuses sont les méthodes proposées ; jusqu'à l'heure actuelle, elles n'ont pas produit de résultat bien appréciable.

Suppression du privilège des bouilleurs de cru. — Le bouilleur de cru a, d'après la législation en vigueur en France, la liberté de fabriquer de l'alcool. Les fraudes sont considérables. Claude (des Vosges) énumère les conséquences déplorables du système : « extension de la fraude, développement de l'alcoolisme et violation du principe qui doit être le plus cher à une démocratie, le principe d'égalité. »

Les bouilleurs de cru ne paient pas toujours en argent leurs ouvriers ; l'alcool est souvent le salaire, et l'ouvrier le boit ou le vend.

Le professeur Joffroy (1), dans un très intéressant article qui stigmatise le privilège laissé aux bouilleurs de cru, con-

(1) Joffroy, *Les bouilleurs de cru et l'alcoolisme* (*Gaz. des hôpitaux*, 16 décembre 1896).

clut : « De sorte que, soit qu'on se place au point de vue de l'encouragement à donner à l'agriculture, soit qu'on se place au point de vue du fisc, soit enfin qu'on se place au point de vue plus élevé de la lutte contre l'alcoolisme, c'est-à-dire au point de vue hygiénique et moral, il nous semble qu'il y a la plus grande utilité, la plus grande urgence à mettre fin à ce privilège des bouilleurs de cru, et à faire cesser cette situation qui choque le bon sens, la morale et l'hygiène et qui se résume dans ces mots : l'inégalité devant l'impôt. »

En Suède et en Norvège, le nombre des alambics monopolisés était, en 1848, de 10 000 pour 1 500 000 habitants ; il est actuellement de 23, et cette suppression, accompagnée d'autres mesures, a donné de bons résultats (1).

Interdiction de la vente des boissons alcooliques aux enfants et aux ivrognes. — Cette mesure serait une précaution salutaire ; on s'en occupe depuis longtemps.

Au Moyen âge, les marchands de vin ne pouvaient donner à boire dans leurs boutiques, qui étaient entourées de grilles. Les acheteurs prenaient leur vin à travers un guichet, sans entrer dans la maison.

Une ordonnance de 1579 défendait « aux gens qui sont mariés et ont ménage d'aller boire et manger ès tavernes et cabarets et aux taverniers et cabaretiers de les y recevoir, à peine d'amende... et de prison ». Mais, déjà, en 1397, le Prévôt de Paris avait promulgué une ordonnance ainsi conçue : « Estant venu en notre cognoissance que plusieurs gens de métier, gens de petit estat... délaissent à faire leur besogne, à gouverner leur ménage, et gagner leur vie, pour la grande inclination et affectation qu'ils ont au jeu de paume, de dez, de cartes, de quilles, ès quels jeux ils l'emploient et occupent ès dits jours ouvrables, en tavernes et autres lieux, y perdent leur chevance et deviennent de jour en jour larrons, voleurs

(1) Paul Jacob, *Les Sociétés de tempérance et l'alcoolisme en Suède* (*Ann. d'hyg.*, 1900, t. XLIII, p. 152).

et gens de mauvaise vie; défendons de souffrir jeux de hasard ès les dits cabarets... »

Si l'État n'a pas pu réprimer l'alcoolisme individuel et restreindre la vente des boissons alcooliques, il est de son devoir le plus élémentaire de surveiller, du moins, les hôpitaux, les écoles, l'armée. En Belgique, le ministre de la guerre a interdit l'entrée de l'alcool dans les cantines. En Angleterre, le général Wolseley a pris la même disposition.

Tout dernièrement, en France, le général de Galliffet, alors ministre de la guerre, ordonnait de supprimer, dans les cantines, les eaux-de-vie, cognacs apéritifs, liqueurs, etc. Cette excellente mesure fut unanimement approuvée.

Système de Gœtheborg. — Jusqu'en 1865, à Gœtheborg, en Suède, une société fonctionnait pour appliquer ce qu'on nomme le *système des licences de Gœtheborg*. D'autres sociétés se sont formées depuis en Suède, en Norvège, en Finlande. Leur moyen d'action préservatrice consiste à acheter la patente de la vente au détail de l'eau-de-vie dont elles restreignent aussitôt le débit. Les bénéfices sont versés, soit aux caisses communales, soit à des œuvres de bienfaisance (Norvège). Les débits ont des heures de fermeture raisonnables; huit heures du soir, en semaine, cinq heures, le samedi et la veille des jours fériés; ils restent clos les jours de grande fête et d'élections.

Soutenu par des sociétés d'abstinence et de tempérance, le système de Gœtheborg a pu faire descendre en Suède la consommation, qui était en 1871-1875 de 5 litres 4 par individu, à 3 litres 4 en 1886-1890; en Norvège, où elle était de 2 litres 4 par personne, elle est descendue à 1 litre 5.

En Angleterre, on fait de sérieux efforts pour arriver au même but.

En France, on semble peu empressé de vulgariser un système, qui a pourtant déjà donné des preuves remarquables de son utilité.

Réglementation des heures et des jours d'ouverture des

cabarets. — Elle a produit une diminution appréciable de l'alcoolisme dans les pays où on l'a essayée. En Écosse, en limitant les jours et les heures (huit heures du matin à onze heures du soir, avec fermeture absolue le dimanche), on a diminué de près de moitié le nombre des détenus dans les prisons d'Édimbourg (Guillemet) (1). Le nombre des crimes s'est également abaissé dans une proportion considérable (à Glascow, 80 p. 100).

Les autres tentatives n'ont pas donné de résultats satisfaisants.

Augmentation de l'impôt sur l'alcool. — Elle n'est guère qu'une illusion. On trouvera toujours moyen de s'alcooliser, quand bien même cela coûtera davantage. Les gens paieront quelques sous de plus, mais ne se priveront pas de boissons dont ils ignorent en grande partie la nocuité. Le fisc y gagnera plus que la santé publique n'en profitera.

Dégrèvement des boissons hygiéniques et aromatiques. — Ce mode, qui paraît suggestif, au premier abord, n'est pas appelé à produire tous les effets qu'on en espère. L'alcoolique ne recherche pas l'hygiène; si on lui retire un peu d'alcool, il boira davantage sous une autre forme. Il est vrai que celle-ci sera moins nocive.

On a proposé de remplacer les boissons alcooliques par des boissons aromatiques (café, thé) ; mais on ne transforme pas à sa guise les goûts d'un peuple.

Limitation du nombre des cabarets. — Ce moyen n'est pas, non plus, très efficace pour combattre l'alcoolisme; l'expérience le prouve. L'enquête, poursuivie par les soins du Conseil fédéral suisse, a constaté que la consommation de l'eau-de-vie était plus considérable dans les cantons où les cabarets étaient peu nombreux. Les proportions que prennent alors les « *assommoirs* », suppléent largement à leur petit nombre.

Augmentation du taux des licences. — Ce moyen a été

(1) Guillemet, *Rapport sur le monopole de la rectification de l'alcool*. (*Chambre des députés*, Session de 1897).

UNIVERSITY OF LEEDS.

essayé aux États-Unis. Voici ce qu'en dit le ministre d'État, Lejeune, dans un discours prononcé, à Paris, à la Société des prisons en 1897.

« Le taux des licences, 1 000 dollars (5 000 francs) pour les cabarets de la catégorie supérieure, 500 dollars pour les autres, atteste que l'expérimentation commencée en 1882, a été complète et est décisive aujourd'hui. Après un recul qui n'a duré que deux ou trois années, avec la coïncidence exacte d'une crise économique, la passion de l'alcool se ressaisit en quelque sorte, et la consommation reprend une marche ascendante qui n'a plus été interrompue, et dans laquelle elle dépassait, dès 1890, le chiffre de 1885. »

Rectification des alcools. — C'est une bonne mesure, à en croire ceux qui prétendent qu'il existe du bon et du mauvais alcool, et que l'alcoolisme est le résultat du mauvais alcool. Des savants éminents, Magnan, Laborde, ont affirmé que ce sont les essences des différentes eaux-de-vie qui sont surtout nuisibles. Joffroy et son élève Antheaume concluent, après de nombreuses expériences, que, dans les boissons alcooliques fortes, le taux de l'alcool est si considérable par rapport au taux minime des impuretés, que l'alcool, même le plus pur (éthylique) et le moins toxique, doit être incriminé dans le développement de l'alcoolisme. De sorte que la rectification des alcools ne saurait produire de grandes modifications dans la marche de ce fléau.

Le système consistant à conférer à l'État le *monopole* de la rectification des alcools, a trouvé de nombreux partisans, et des projets séduisants ont été présentés aux divers parlements européens.

En Allemagne, Bismarck avait élaboré, il y a quelques années, un projet dans ce sens; il est resté lettre morte. Ce fut aussi le sort de celui qu'on proposa aux Chambres autrichiennes.

En Suisse, le monopole a été établi en 1886. Il a augmenté les revenus de l'État, mais il n'a pas satisfait les hygiénistes. Forel, l'aliéniste distingué, en parle ainsi : « Les habitudes de

boisson et les cabarets engendrent et augmentent toujours le capital producteur des boissons alcooliques. Ce dernier devient une puissance qui *finit par enlacer l'État* et par l'embaucher, en l'induisant à tirer parti de l'ivrognerie du peuple. Heureux sont les États, qui n'ont pas encore fait cette dangereuse expérience, car il n'est pas facile de sortir de ce traquenard fiscal, une fois qu'on y est pris. »

En France, Turquan, Loubet, Fleury-Ravarin, Maujan et Vaillant, Alglave et Guillemet, ces deux derniers particulièrement, se sont occupés de cette question du monopole de l'État sur la rectification des alcools. Au point de vue médical et hygiénique, le système paraît illusoire ; l'exemple de la Suisse, les cris de désappointement de Forel, suffisent à le prouver. L'État y gagnera onze cent millions de francs, c'est-à-dire plus de huit cents millions d'excédent sur le revenu net actuel de l'impôt; mais il faut songer à ce qu'y perdra la France en santé morale.

Avec le monopole de l'État, l'alcoolisme, loin de disparaître, tendra plutôt à augmenter. L'alcoolique boira d'autant plus qu'on lui garantira la qualité des boissons ; il boira d'autant plus qu'on lui donnera de l'*alcool rectifié, garanti par le gouvernement*! Aujourd'hui, il se méfie quelque peu des boissons qu'on lui sert et dont il ne connaît pas la provenance ; il avoue que tout est falsifié. Mais quand l'État lui livrera les bouteilles d'alcool sous son estampille, alors il boira, en toute sécurité, le produit chimiquement pur!

Riche écrit : « Si, par malheur, la thèse du monopole de rectification venait à triompher en France, on arriverait à faire croire au public qu'il peut exister des alcools dont la consommation est inoffensive. N'avons-nous pas déjà les prétendues boissons hygiéniques? Il faut, au contraire, répéter que l'alcool est mauvais en lui-même, et par la quantité qu'on en absorbe, quelle qu'en soit d'ailleurs la qualité. »

Propagande privée et éducation de la jeunesse. — De tout ce qu'on a imaginé et expérimenté pour la lutte contre l'al-

cool, la propagande privée et surtout l'éducation de la jeunesse ont seules donné des résultats et sont appelées à en produire de plus en plus réels. Partout où l'on a expliqué sans relâche aux buveurs les méfaits de l'alcoolisme, partout où l'on a tenté, par l'effort privé, de le combattre et de propager l'abstinence, l'alcoolisme a fléchi. La propagande privée a donné de tels résultats, en si peu de temps, que nous restons convaincus que, par ce moyen, on pourra à la longue atteindre le but.

On a créé des sociétés de tempérance ; dans les unes, l'abstinence totale est la règle ; dans les autres, on n'exige qu'une abstinence partielle concernant les liqueurs fortes.

A l'étranger, dans les pays protestants, en Amérique, en Angleterre, en Suisse, les sociétés de tempérance fonctionnent depuis plusieurs années. Les idées religieuses en forment la base. Des conférences publiques sont organisées ; des médecins, des philanthropes y prennent la parole pour disserter sur les méfaits de l'alcool et pour causer de Dieu, des devoirs de l'homme, etc.

En France, le Dr Lunier fonda, en 1871, la première *Société française de tempérance, association contre l'abus des boissons alcooliques*. Miss Grey a tenté de réunir quelques convaincus aux sociétés d'abstinence, mais vainement.

Deux sociétés ont actuellement, en France, un certain nombre de partisans : la *Société contre l'usage des boissons spiritueuses*, fondée en 1895 par Legrain, et l'*Association de la jeunesse française tempérante*, fondée en 1896. Cette dernière exige de ses membres « l'engagement de ne faire aucun usage des boissons distillées, sauf prescriptions médicales, et de n'user que modérément des boissons fermentées ».

Au moyen de publications, de conférences, ces associations cherchent à recruter le plus grand nombre possible d'adhérents. Elles fondent des cafés et des restaurants où l'on ne boit pas de boissons alcooliques.

Malheureusement, en France, terre d'élection de la vigne,

on reste sceptique, on ne veut pas croire facilement que l'alcool puisse nuire ; car, dit-on, nos ancêtres en buvaient et se portaient bien. Il est difficile de convaincre un peuple imbu des idées de Liebig qui affirmait que l'alcool est un aliment.

Dans la lutte contre l'alcoolisme, le médecin se trouve au premier rang et nous sommes persuadés qu'à lui seul, il peut faire plus que toutes les sociétés de tempérance. Les adhérents à ces sociétés ne sont généralement pas des buveurs ; ils ne modifient pas beaucoup leur régime en entrant dans ces sociétés; ce sont déjà des convaincus. C'est surtout l'ouvrier, le travailleur, qui proclame l'excellence et les bienfaits de l'alcool; celui-là ne fréquente pas les conférences publiques : il raille l'anti-alcoolisme, tant que sa santé reste bonne. Mais le médecin, généralement aimé et estimé par l'ouvrier, peut avoir l'influence qui manque aux conférenciers. Il doit en profiter pour conseiller de modérer l'usage des boissons fermentées : vin, bière, cidre, etc., et proscrire toutes les boissons distillées : eaux-de-vie, apéritifs, liqueurs. Il est encore de son devoir de prohiber le vin pur aux enfants, aux adolescents, aux femmes enceintes, aux nourrices, aux personnes nerveuses, que des tendances dépressives poussent à abuser de l'alcool, dans l'idée de recouvrer la gaieté et l'entrain. C'est à lui de faire entendre qu'une bronchite, une pneumonie, une dyspepsie, prennent tout de suite de la gravité chez le buveur. C'est au chevet du malade, devant la famille, qu'il doit prêcher l'anti-alcoolisme et profiter de la bonne volonté de tous pour vanter l'eau comme la boisson la plus saine et la plus hygiénique.

Mais, il faut reconnaître que tous les médecins ne mènent pas ce bon combat. Pour certains, l'alcool reste l'aliment d'épargne. Non seulement ils ne l'interdisent pas, mais quelques-uns prescrivent, durant des mois, des potions à l'eau-de-vie, des toods, etc.

Il serait à souhaiter qu'un corps médical faisant autorité, tel que l'Académie de médecine, se décidât à tracer aux pra-

ticiens, par des conclusions précises, la conduite qu'ils doivent tenir dans cette question vitale de la prophylaxie de l'alcoolisme.

L'*éducation de l'enfant* (1) peut, il nous semble, donner des résultats satisfaisants. L'instruction anti-alcoolique commencera dans la famille, pour se poursuivre à l'école. Les parents, les maîtres, doivent prêcher d'exemple en pratiquant l'abstinence.

En Belgique et dans d'autres pays, c'est à l'école que l'enseignement anti-alcoolique commence. En Angleterre, en Suisse, il existe des sociétés enfantines de tempérance, où, dès l'âge de sept ans, on admet filles et garçons. « On ne saurait trop insister sur le rôle puissant de l'éducation dans la lutte contre l'alcool. Pour qu'elle ait son plein effet, l'éducation doit, non seulement intervenir chez les enfants moralement et matériellement abandonnés, indigents ou de basses conditions, mais encore étendre son influence sur toutes les classes. Dans les écoles primaires des villes et des campagnes, dans les institutions particulières, dans les collèges, les séminaires, les grandes écoles civiles ou militaires du gouvernement, les écoles normales d'instituteurs et d'institutrices, dans les facultés, dans l'armée et la marine, les professeurs devront signaler à leurs élèves les dangers de l'alcool, leur faire détester ce breuvage sous toutes ses formes, comme ils font détester le mensonge, la brutalité, la délation. Autant que possible, ils prêcheront d'exemple. » (Magnan et Sérieux.)

Mais il ne suffit pas de prouver aux élèves que l'alcool est un poison, qu'il est le « pourvoyeur infatigable » des hôpitaux, des asiles d'aliénés, des prisons, de l'échafaud, un des plus grands facteurs de la dégénérescence de la race; il faut encore, il faut surtout donner une éducation morale, fortifier la volonté, l'affermir, la préparer à la lutte.

(1) Cololian, *Les alcooliques persécutés*, 1898.

Bacon dit qu'un grand nombre de moralistes ressemblent à ces maîtres d'écriture qui montrent des spécimens d'une calligraphie idéale, mais ne disent rien de la façon de tenir la plume et de la conduire.

Il en serait ainsi de l'enseignement anti-alcoolique si, des leçons théoriques, on ne passait au traitement des vices de caractère et des passions, si l'on ne cherchait à former la *volonté* des élèves. Car, parmi tant de causes diverses de l'alcoolisme n'est-ce pas la faiblesse de caractère qui domine? *On devient alcoolique parce qu'on n'a pas la force de lutter contre tel appétit ou tel entraînement.*

D'où dérivent la tuberculose, la pneumonie infectieuse, la fièvre typhoïde, sinon du triomphe des microbes dans leur lutte contre l'organisme? Le champ reste au plus fort. Si nous échappons à la tuberculose, c'est que, plus robuste ou mieux aguerri, notre corps résiste aux attaques des bacilles de Koch.

Dans l'alcoolisme, il y a une lutte qui n'est pas sans analogie avec celle-là. Le conflit s'engage, non plus entre le microbe et la cellule, mais entre la volonté humaine et la tentation exercée par l'alcool.

L'alcoolisme est partout, mais ceux-là seuls y succombent qui n'ont pas assez d'énergie pour résister à la force d'imitation ou au désir, au besoin des liqueurs fortes.

« La diathèse alcoolique, dit le professeur Kovalevsky (1), consiste dans l'insuffisance de l'énergie du système nerveux central, d'où *insuffisance de la force de volonté* et de la force de résistance à l'attraction exercée par l'alcool et les autres substances inébriantes. »

Il faut, contre les désirs de l'enfant, ériger une volonté ferme, solide.

Sorti de l'école, il entrera bientôt dans la vie : les amis, les circonstances l'entraîneront au cabaret, et, tout de suite, à des *abus alcooliques*. Si aucun enseignement ne l'a préparé

(1) Kovalevsky, *Ivrognerie*, trad. du russe, 1889, p. 41.

à la défense, il ne saura opposer qu'une faible résistance à la tentation ou à l'imitation.

Une volonté même moyenne peut combattre un premier désir, alors qu'elle est renseignée sur son objet ou plutôt sur ses conséquences. Mais si le goût se transforme en habitude, et si l'habitude devient un vice, la volonté se refuse à la lutte et capitule.

Nous ne croyons pas nécessaire d'indiquer, ici, les moyens de cultiver les facultés morales. C'est aux moralistes, aux pédagogues à fournir ces enseignements. On tente de guérir le buveur adulte en lui fournissant les moyens de dominer sa passion, en modifiant son caractère, etc. Chez l'enfant, encore sans passions, sans vices, qui n'a aucun désir, l'éducation psychique est de beaucoup plus facile : il suffit d'y veiller.

Faut-il citer ces quelques conseils de Leibnitz : « Lorsqu'un homme est dans de bons mouvements, il doit se faire des lois et règlements pour l'avenir et les exécuter avec rigueur, s'arracher aux occasions capables de le corrompre, ou brusquement ou peu à peu, selon la nature de la chose. Un voyage entrepris tout exprès guérira un amant; une retraite nous tirera des mauvaises compagnies. François Borgia, général des Jésuites, qui a été enfin canonisé, étant accoutumé à boire largement lorsqu'il était homme du grand monde, se réduisit peu à peu au petit pied, lorsqu'il pensa à la retraite, en faisant tomber chaque jour une goutte de cire dans le bocal qu'il avait coutume de vider (1)! »

François Borgia avait de la volonté!

En résumé, moralistes, thérapeutes, législateurs, doivent combiner leurs efforts dans le but de lutter contre les causes de la dégénérescence des peuples ; si l'on ne peut régénérer les races, du moins, par des mesures appropriées, doit-on entraver l'œuvre désorganisatrice et fatale de la dégénérescence, arrêter la marche envahissante des maladies évitables comme la syphilis et l'alcoolisme pour ne citer que celles-là.

(1) Leibnitz, *Nouveaux essais sur l'entendement humain.*

CHAPITRE V

L'ÉDUCATION DES ENFANTS NÉVROPATHES

En dépit de toutes les précautions, il restera dans la société des êtres atteints de nervosisme, de dégénérescence héréditaire, que la folie guette si une hygiène sévère et une éducation appropriée à leur capacité psychique, ne leur sont appliquées dès l'enfance.

« L'éducation et l'instruction méthodiquement ordonnées, disent Magnan et Pécharman, communiquent aux dégénérés juvéniles, un degré de résistance cérébrale, que ne fait qu'accentuer la vigueur physique, résultant d'une diététique judicieuse (nourriture tonique, mais non excitante, exercices du corps, hydrothérapie), et du traitement des manifestations diathésiques, si fréquentes chez eux (herpétisme, arthritisme, etc.). Leur dressage psycho-moral constitue la partie importante de ce traitement. »

Un problème des plus délicats est à résoudre ici. L'éducation peut-elle combattre les tendances morbides héréditaires? Les opinions sont nombreuses, diverses, contradictoires.

Suivant les uns, l'éducation peut tout; elle réprime le tempérament, corrige les penchants.

Herbert Spencer estime qu'elle est impuissante à régénérer un cerveau; on naît fou, comme l'on naît poète.

Entre ces deux doctrines extrêmes, il y a place pour une doctrine plus logique et plus vraie. Certes, l'éducation ne saurait, à elle seule, déraciner les penchants pathologiques, mais il n'en faut pas conclure qu'elle soit incapable de modifier les tendances, de prévenir les accidents morbides. Si, dans les cas extrêmes, elle échoue ; si elle n'arrive pas toujours à détruire les tendances d'un dégénéré, elle crée le plus souvent des instincts nouveaux qui font contrepoids à ceux de l'hérédité.

L'éducation des enfants héréditaires doit avoir pour but de raffermir l'énergie défaillante, d'augmenter la résistance du

UNIVERSITY OF LEEDS.

système nerveux, de développer les capacités de chaque sujet, afin d'équilibrer harmonieusement la vie physique et la vie mentale.

L'éducation physique des enfants névropathes. — « Dans les temps primitifs, dit Herbert Spencer, alors que la guerre, la lutte à main armée, était la première des activités sociales, la vigueur du corps devenait le but essentiel de l'éducation.

« On se souciait peu de la culture de l'esprit, on la traitait même avec mépris. Aujourd'hui que le succès dans la vie dépend presque entièrement de la force de l'intelligence, l'éducation est devenue presque exclusivement intellectuelle, et l'on néglige le corps. »

Remarques fort judicieuses. L'éducation physique du corps est aussi indispensable que l'éducation psychique. On ne doit pas négliger l'une au profit de l'autre. De l'accord des deux sortira l'équilibre du cerveau et du corps.

Le milieu. — L'enfant névropathe, né à la ville, doit être envoyé à la campagne, au grand air, dès l'âge de trois ou quatre ans. C'est là, dans la saine nature, qu'il sera éduqué ; l'air vicié des villes ne peut convenir à sa nature nerveuse. La campagne, « c'est le paradis de l'enfant ». Et si des difficultés pécuniaires ou autres mettent entrave à cette utile précaution, on multipliera les mesures hygiéniques pour combler cette lacune.

Le principe de l'internat est mal compris dans les collèges. Il ne peut surtout convenir aux enfants nerveux dégénérés. L'externat est préférable.

Nous n'avons pas, ou plutôt nous n'avons plus le système familial, qui existe encore en Angleterre, en Allemagne, où, dit Michel Bréal, « sur mille élèves fréquentant les gymnases allemands, il n'y en a pas cent qui soient placés hors de la famille ». Les élèves sont confiés à des familles honorables, qui en prennent soin, moyennant salaire. L'enfant fait partie

de la famille, prend part aux plaisirs et se rend à l'école aux heures de travail.

L'éducation morale. — C'est, là, le point essentiel et le plus délicat.

L'enfant, né de parents nerveux, déséquilibrés, a des penchants morbides que l'éducation morale doit combattre énergiquement; c'est elle qui développera la volonté, l'énergie, ces qualités si utiles à la lutte ; c'est elle qui refrénera les exagérations des penchants, cultivera les aptitudes, tentera de suppléer aux lacunes de l'organisation morale.

L'éducation doit commencer à l'éveil de l'intelligence, alors que l'enfant est vierge de toute empreinte dans ses couches corticales. Et si le milieu est nuisible aux efforts de cette éducation, si la bizarrerie du caractère des parents, ou le manque d'hygiène y font obstacle, il faut soustraire l'enfant à ces mauvaises conditions et le soigner à la campagne.

Dans un entourage pervers, tout ce que l'enfant observe s'incruste dans son esprit, et l'on a de la peine à l'extirper.

Le cerveau de l'enfant se prête à toutes les influences; il faut en profiter pour suggérer les bons sentiments et les idées nobles.

De bonne heure, la famille, l'entourage doivent aider les efforts de l'enfant ; rien ne blase autant que les reproches continus. Il faut donner le stimulant nécessaire, l'aliment moral qui réconforte et excite l'intelligence.

L'encouragement ne doit pas aller jusqu'à fermer les yeux sur les défauts et les fautes. Pour faire entendre raison à un enfant nerveux, la bienveillance et la douceur ont plus d'effet que la colère et la réprimande ; elles ne risquent pas de briser sa volonté naissante.

« L'homme, dit Pascal, est ainsi fait qu'à force de se le dire à soi-même, on se le fait croire. Car l'homme fait lui seul une conversation intérieure qu'il importe de bien régler. » Cela est également vrai pour l'enfant. Quand on lui répète

brutalement qu'il est incapable, il en reste persuadé et ne fait plus d'effort pour vaincre la difficulté. L'éloge est un stimulant de l'esprit ; il agit sur les enfants comme sur les hommes.

La mauvaise humeur, la tristesse sont presque constantes chez les petits névropathes déséquilibrés. Ce sont des travers de caractère qu'on doit réprimer. Si l'enfant boude, s'il est triste, c'est souvent la faute des éducateurs. Pour le corriger on l'accable de reproches ; on amasse dans le petit être des peines et des douleurs qu'il concentre et dont il reporte la faute sur ceux qui l'entourent.

L'égoïsme et la vanité qui, dès le jeune âge, rendent les enfants indifférents à leurs petits compagnons, doivent être énergiquement combattus.

Les enfants sont enthousiastes de la force, de la fermeté. Ils admirent la force physique, comme la force morale. Il faut tirer parti de ce sentiment, montrer de la fermeté, les diriger par l'effet d'une volonté forte. La peur ne doit pas servir de moyen d'éducation. L'enfant obéira avec conscience à la force supérieure qui veut son bien, et non à la force brutale. La confiance pénétrera en son âme avec la fermeté.

Les enfants névropathes sont, en général, émotifs, sensibles à l'excès. Le moindre choc, la première difficulté les éprouvent, et provoquent sur les centres nerveux une excitation qui se propage aux autres organes. Ils ont, la nuit, des cauchemars qui les éveillent en sursaut ; le jour, ils sont hantés par des peurs inexplicables.

Les parents profitent de ces impressions pour obtenir la tranquillité en contant des récits de croque-mitaine et de monstres effroyables. Rien n'est plus dangereux que ces histoires terrifiantes, ces récits fantasmagoriques. L'état émotionnel demeure et peut devenir, plus tard, le point de départ du délire.

Chez ces émotifs, l'instinct génital naît et se développe rapidement. C'est encore un côté de l'éducation morale qu'on ne doit pas négliger : il faut veiller à ce que l'enfant ne

puisse se procurer des livres ou des images qui évoquent l'idée de la vie sexuelle.

L'attention doit redoubler à l'approche de la puberté. A cette époque si critique pour les prédisposés, l'instinct génital l'emporte sur les autres sens, et l'enfant peut s'adonner à la masturbation.

Plus tard, quand il se fait homme, les préoccupations augmentent ; devant les difficultés, le jeune homme découragé, sans force dans l'âme, se laisse aller, au hasard des circonstances.

L'entourage a, là encore, un devoir à remplir; puisque l'adolescent nerveux a des lacunes intellectuelles, on doit lui trouver une occupation convenant à ses facultés. Le médecin doit être consulté. Il dira, d'après l'examen du sujet et des antécédents, l'occupation qui pourra le mieux convenir. Il interdira, s'il le faut, l'habitation des villes, où la vie est plus fiévreuse et le surmenage intense. La province, à la rigueur un quartier retiré de la cité seront choisis, mais la vie calme, régulière, exempte d'excès, est indispensable au sujet nerveux. L'hygiène la plus rigoureuse, les exercices du corps, l'hydrothérapie ne seront jamais oubliés.

C'est à ce prix qu'un prédisposé pourra jouir de la vie, résister aux difficultés de l'existence et ne pas verser dans la folie.

TABLE ALPHABÉTIQUE

A

Aboulie, 407.
Absence épileptique, 381.
Abstinence à l'asile d'alcooliques, 123.
— morphinique, ses effets, 310.
— (sociétés d'), 308.
Accès maniaque dans la folie intermittente, 282.
— mélancolique dans la folie intermittente, 283.
Acétate d'ammoniaque, 191.
Admission des aliénés dans les asiles, 58.
Agents chimiques, 153.
— mécaniques, 217.
— physiques, 195.
— psychiques, 222.
Agneau (viande d') dans l'alimentation, 150.
Alcool (impôt sur l'), 462.
Alcoolique (délire), ses formes, 299.
— (démence), 331.
Alcooliques chroniques, à l'asile d'alcooliques, 123.
— vétérans, 122.
Alcoolisme, 299, 457.
— aigu, 299.
— chronique, 301.
— (traitement de l'), 302.
Alcools (rectification des), 463.
Alexandre de Tralles, 9.
Alexandrine (période), 5.
Aliénation aiguë, 6.
— chronique, 6.
— (rôle de l'hérédité dans l'), 449.
Aliénés dangereux, 106, 117.
— (irresponsabilité des), 110.
— (état des) avant Pinel, 22.
— (placement des), 59.
Alimentation dans la mélancolie, 267.
— des maniaques, 252.
— des neurasthéniques, 416.
— par Pinel, 24.
Aliments, 146.
— (refus d'), 438.
Alitement, 67.
— par Magnan, 40.
— par Joffroy, 41.
— en Amérique, 68.
— en Angleterre, 68.
— en Autriche, 68.
— en France, 68.
— en Russie, 68.
— en Suisse, 68.
— (la durée de l'), 72.
— (le milieu où l'on peut pratiquer l'), 70.
— technique, 71.
— (effets physiologiques de l'), 72.
— Effets sur la circulation, 72.
— Effets sur la nutrition, 72.
— Effets sur la respiration, 72.
— Résultats cliniques, 74.
— Avantages, 74.
— Indications, 76.
— dans l'épilepsie, 77.
— dans les états maniaques, 76.
— dans la manie, 76.
— dans les névroses, 77.
— dans l'alcoolisme, 78.
— dans les délires hallucinatoires aigus, 77.
— dans l'hystérie, 78.

Alitement dans le morphinisme, 79.
— dans la paralysie générale, 79.
— dans les agitations passagères, 80.
— dans les états mélancoliques, 81.
— dans la mélancolie, 81, 266.
— dans la neurasthénie, 81.
— contre-indications, 81.
Amaurose hystérique, 373.
Ammoniaque (acétate d'), 191.
Ammonium (bromure d'), 158.
Amoindrissement psychique, 407.
Amyosthénie, 365.
Anesthésie hystérique, 373.
Anesthésies, 364.
Anorexie hystérique, 377.
Anti-alcoolique (propagande), 464.
Antipyrine, 298.
Aphonie hystérique, 374.
Apomorphine, 384.
Apoplexie, 339.
Appareils volta-faradiques, 209.
Arétée, 7.
Arsenic, 193.
— (bromure d'), 158.
Arythmie cardiaque, 406.
Asclépiade de Bythinie, 6.
Asile d'alcooliques, 118
— — de Ville-Évrard, 118.
— anglais pour alcooliques, 120.
— Sainte-Anne, ferme Sainte-Anne, 90.
— central dans colonie agricole, 93.
— clinique, 112.
— pour criminels (organisation des), 164.
— pour criminels dangereux et vicieux, 106.
— pour délinquants, 106.
— de Gaillon, 110.
— hôpital, 93.
— prison, 112, 114.
— de Broadmoor, 115.
— allemand d'alcooliques, 120.
— pour enfants idiots et dégénérés, 129.
— pour épileptiques et hystériques, 124.
— pour déments, 139.
Asile de refuge, 143.
— spécial, 106.
— ouvroir, 143.
— suisse pour alcooliques, 121.
— de sûreté, 108, 112, 114, 123.
— pour vicieux, 106.
Assistance des enfants idiots dans le département de la Seine, 133.
Asthénie neuro-musculaire, 405.
Athonis, 2.
Atonie gastro-intestinale, 406.
Atrophie musculaire, 377.
Atropine, 316.
Attaques hystériques, 363.
— épileptiques, 380.
Attention (troubles de l') dans la manie, 246.
Aura épileptique, 380.
— hystérique, 363.
Auto-accusation, 274.
Auto-dépréciation, 275.
Automatisme ambulatoire, 381.

B

Baglivi, 15.
Baignoires (tablier des), 66.
Bains par Hippocrate, 3.
— d'air chaud, 286.
— chauds, 203.
— électro-statiques, 207.
— froids dans le délire aigu, 254,
— — dans le *delirium tremens* fébrile, 305.
— d'huile par Celse, 7.
— minéraux par Cœlius Aurélianus, 9.
— de surprise, 32.
— tièdes par Esquirol, 28.
— par Georget, 29.
— d'immersion, 32.
— prolongés de dix, douze heures et plus, 35.
— sinapisés, 285.
— nutritifs, 441.
Baryum (bromure de), 158.
Basedow (maladie de), 353.
Basedowiens (hygiène des), 357.
Belladone, 390.
Bettbehandlung, 67.

Bicêtre. Services pour les enfants idiots, 130.
— Sections pour les petits idiots, 134.
Bière dans l'alimentation, 152.
Board in Lunacy, 103.
Bobines électriques à fil long, 209.
— — à gros fil, 209.
— de Ruhmkorf, 209.
Bœuf (viande de), 150.
Boissons dans l'alimentation, 151.
— alcooliques, interdiction de la vente aux enfants et aux ivrognes, 460.
— aromatiques, 152.
— fermentées, 152.
— hygiéniques (dégrèvement), 462.
Bonet (Théophile), 14.
Borate de soude, 392.
Bouche d'argent dans l'alimentation artificielle, 441.
Bouilleurs de cru, 459.
Brome, 153.
Bromisme, 401.
Bromure d'ammonium, 158.
— d'arsenic, 158.
— de baryum, 158.
— de calcium, 158.
— de camphre, 158.
— de lithium, 158.
— de magnésium, 158.
— de nickel, 158.
— d'or, 158.
— de potassium, 154.
— — Mode d'administration, 157.
— — dans le traitement de l'épilepsie, 396.
— de sodium, 158.
— de strontium, 158.
— de zinc, 158.
Broncho-pneumonie, 328.
Buveurs d'habitude (mesures à prendre à l'égard des), 308.

C

Cabarets (limitation du nombre des), 462.
— (réglementation des heures et des jours d'ouverture des), 462.
Cacodylate de soude, 194.
Café, 152.
Caféine, 192.
Calcium (bromure de), 158.
Calmeil, 34.
Camisole à larges manches, par Ellis, 31.
— de force, par Magnan, 40.
— — (ses dangers), 65.
— — et non-restreint, 65.
Camphre, 193.
— (bromure de), 158.
Catalepsie, 346, 363.
Cathétérisme œsophagien, 441.
— — par voie nasale, 442.
— — — buccale, 444.
Causes sociales dans l'étiologie des maladies mentales et nerveuses, 454.
Causus, 3.
Celse, 6.
Céphalalgie hystérique, 364.
— neurasthénique, 405.
Céphalée neurasthénique, 418.
Cérébrales (tumeurs), 332, 387.
Champ visuel (rétrécissement du), 406.
Charcot, 45.
Chardin (piles de), 211.
Chloral, 170.
Chloralamide, 173.
Chloralose, 174.
Chorée, 347.
— de Huntington, 347.
— de Morvan, 347.
Choréiques (hygiène des), 350.
Christianisme et folie, 9.
— et manifestation surnaturelle, 11.
Clou hystérique, 364.
Coca, 194.
Cocaïniques (traitement des) dans l'asile d'alcooliques, 123.
Cocaïnisme, 314.
Codéine dans le traitement du morphinisme, 314.
Cœlius Aurelianus, 8.
Collapsus morphinique, 317.
Collèges (internat dans les) pour les enfants névropathes, 471.
Colonie d'aliénés, sa disposition, 93.
— — son organisation, 94.

Colonie d'aliénés de Gheel, 96
— — de Dun-sur-Auron, 100.
— — de Lierneux, 99.
— — de Vaucluse, 133.
Colonisation, 89.
— en Allemagne, 92.
— en France, 90.
Commission d'inspection pour les colonies d'aliénés en Belgique, 98.
Commutateur, 211.
Condiments dans l'alimentation, 151.
Congestion cérébrale, 337.
— conjonctivale, 406.
Congrès pénitentiaire, 109, 110.
Contracture (diathèse de), 364.
— hystérique, 375.
Convulsions épileptiformes, 339.
— de la peur, 303.
Corps thyroïde, 353.
Correspondance des aliénés, 88.
Cottage system, 103.
Courant galvanique inversé, 213.
Courants alternatifs, 213.
— labiles, 212.
— stables, 212.
Cox, 25.
Craig-Colony, 126.
Crampes musculaires, 406.
Criminal lunatic asylum, 115.
Criminels dangereux et vicieux (asile pour), 106.
— irresponsables (asile pour), 107.
Cullen, 18.
Cutanées (éruptions) hystériques, 377.

D

Débiles, 118.
Dégénérés (asiles pour les enfants), 129.
— obsédés et impulsifs, 117.
Délinquants (asiles pour), 106.
Délire, 13.
— aigu (traitement), 254.
— alcoolique, 123, 299.
— chronique, 291.
— hallucinatoire aigu, 257.
— de persécution, 286.
— — chez les dégénérés, 287.
— — alcoolique, 291.
Delirium tremens, 301.
Démence, 329.
— alcoolique, 331.
— (complications dans la) 337.
— organique apoplectique, 331.
— pachyméningitique, 333.
— vésanique, 331.
Déments (asiles pour les), 139.
— à la colonie de Dun-sur-Auron, 100.
— (hygiène des), 139, 140, 335.
Démon, 1.
— (les idées de Plater sur le), 12.
Démoniaque 2.
Diacode, 159.
Diathèse de contracture, 364.
— vésanique, 281.
Digitale, 396.
Dipsomane, à l'asile d'alcooliques, 123.
Dipsomanie, 302.
Discipline dans les services de petits idiots, 134.
Dix-huitième siècle (les fous au), 16.
Douches de supplice, 35.
— écossaises, 202.
— électriques, 208.
— froides, 200.
— — dans la paralysie générale, 325.
— tièdes et chaudes, 202.
Douleur morale, 259.
Drap mouillé par Maudsley, 37.
— comme sédatif, 205.
— dans la manie, 250.
Duboisine, 188.
Dun-sur-Auron (colonie de), 100.
Dynamomètre, 374.
Dysesthésie psychique, 260.
Dyspepsie neurasthénique, 406.

E

Eau dans l'alimentation, 151, 152.
— chaude, en hydrothérapie, 202.
— froide, en hydrothérapie, 197.
École d'Alexandrie, 5.
— d'enfants idiots à Bicêtre, 131.
— — à la Salpêtrière, 131.
— de Séguin, 132.
Eczéma, 377.

Éducation anti-alcoolique de l'enfant, 467.
— des enfants idiots et arriérés, 137.
— des enfants névropathes, 470.
— — physique, 471.
— — morale, 472.
Effleurage, 219.
Électricité dans la paralysie générale, 325.
— dans l'épilepsie, 403.
— dans l'hystérie, 369.
— dans la neurasthénie, 414.
Électrique (douche), 208.
— (souffle), 208.
Électrisation statique, 207.
Électro-statiques (bains), 207.
Électrothérapie, 206.
Ellébore dans la période préhistorique, 2.
— par Hippocrate, 4.
— noir, par Celse, 6.
Embarras intellectuel, 277.
— de la parole, 320.
Émission sanguine par Galien, 9.
— — par Dagonet, 36.
— — par Krafft-Ebing, 39.
Émotions comme moyen de traitement, 32.
Énergumènes, 2.
Enfants arriérés (éducation des) 137.
— idiots (assistance des) dans le département de la Seine, 133.
— — (éducation des), 137.
— névropathes (éducation des), 470.
— — (hygiène des), 474.
Entérocolite pseudo-membraneuse, 406.
Entrée des malades dans les asiles, 113.
Épilepsie, 345, 378.
— (historique), 42.
— essentielle, 127.
— larvée, 381.
— dans la paralysie générale, 127.
— partielle, 127, 387.
— symptomatique, 127.
— traumatique, 386.
Épileptiques (asiles pour), 124.
— de Bicêtre, 134.
Épileptiques dangereux, 128.
— (hygiène des), 401.
Équivalents psychiques épileptiques, 381.
— — hystériques, 371.
Erasistrate, 5.
Éruptions cutanées hystériques, 377.
Escarre fessière, 328.
Esquirol, 26.
État de mal délirant, 372.
— — hystérique, 372.
— — épileptique, 382.
— mental des hystériques, 365.
— des choréiques, 348.
— dans la neurasthénie, 407.
— des paralytiques généraux, 320.
— dans la maladie de Basedow, 354.
— dans la paralysie agitante, 359.
États maniaques, 243.
— — épileptiques, 255.
— — hystériques, 255.
— mélancoliques, 259.
Éther sulfurique, 193.
Étincelles électriques, 209.
Exalgine, 298.
Examen de l'aliéné, 229.
Exothyropexie, 356.
Externat (influence de l') dans l'éducation des enfants névropathes, 471.

F

Faciale (névralgie), 364.
Facies parkinsonnien, 359.
Falret (J.-P.), 34.
Faradisation dans le traitement des maladies mentales, 209.
— générale, 210.
— locale, 210.
Fausses idées de suicide, 427.
Fauteuil trépidant, 362.
Féculents dans l'alimentation, 150.
Fer, 194.
Ferrus, 33.
Flechsig (méthode de) dans le traitement de l'épilepsie, 393.
Folie alterne, 281.
— circulaire, 281, 282.

Folie dégénérative, 449.
— à double forme, 280, 282.
— intermittente, 280.
— morale, 289.
— périodique, 282.
Fondation Vallée, 135.
Franklinisation dans le traitement des maladies mentales, 207.
Frayeur dans le traitement de la folie, 27.
Frictions de la peau, succédanées du massage, 221.
— dans la mélancolie, 267.
Friedreich (*paramyoclonus multiplex* de), 347.
Frigidité, 406.
Fromages dans l'alimentation, 149.
Fruits dans l'alimentation, 151.
Fugues des épileptiques, 381.

G

Gaiffe (induits de), 209.
— (piles de), 211.
Galien, 9.
Galvanisation dans le traitement des maladies mentales, 211.
— (application thérapeutique de la) 214.
— centrale, 216.
— interrompue, 213.
— (méthode de Erb), 216.
Galvanomètre, 211.
Gâteux (hygiène des), 342.
Gâtisme, 341.
Gémisseurs (aliénés), 276.
Génital (instinct), 474.
Georget, 29.
Gheel (colonie d'aliénés de) en Belgique, 96.
— historique, 96.
— discussion et rapport, 97.
Glycérophosphates, 195.
Guislain, 32.
Gymnastique médicale, 219.

H

Hallucinations dans l'alcoolisme, 300.
Hallucinations provoquant les idées de suicide, 427.
Hébétude, 382.
Heinroth, 30.
Hématurie hystérique, 378.
Hémiplégie hystérique, 365.
Hémorragie cérébrale, 332.
Hérédité, 448.
— dissemblable, 450.
— similaire, 449.
Héroïne, substitutive de la morphine, 315.
Hérophile, 5.
Herpès, 377.
Hippocrate et son temps, 3.
Historique de l'électrothérapie, 206.
— de l'hydrothérapie, 195.
— des maladies mentales, 1.
— des névroses, 42.
— de la pédagogie pathologique, 131.
Hôtes à la Colonie de Gheel, 97.
Huile (injection d'), 441.
Huntington (chorée de), 347.
Hydrothérapie, 195.
— pour les épileptiques, 201, 402.
— chez les hystériques, 201, 368.
— chez les mélancoliques, 201.
— dans la paralysie générale, 201.
— dans la manie, 250.
— dans la neurasthénie, 412.
Hygiène des aliénés, par Magnan, 40.
— alimentaire des aliénés et névrosés, 146.
— dans l'asile des déments, 139, 140.
— dans l'asile d'idiots, 139.
— des basedowiens, 357.
— des choréiques, 350.
— des déments, 335.
— des gâteux, 342.
— des épileptiques, 401.
— des enfants névropathes, 474.
— des paralytiques généraux, 322.
Hyosciamine, 184.
Hyoscine, 184.
Hyperesthésie hystérique, 364.

Hyperesthésie neurasthénique, 406.
Hypnal, 190.
Hypnone, 190.
Hypnotiques, 153, 423.
Hypnotisme, 234, 346.
— dans l'hystérie, 368.
— dans les névroses, 236.
— dans les psychoses, 234.
Hypocondriaques mélancoliques, 262.
Hypocondrie, 346.
Hystérie, 344, 362.
— (historique), 43.
Hystériques (asiles pour les), 124, 129.
Hystérogènes (zones), 364.
Hystéro-neurasthénie, 344.

I

Idées de négation, 262.
— de suicide, 25, 431.
— de suicide systématique, 428.
Idiotes (petites) de la Salpêtrière, 131.
Idiots (asiles pour les enfants), 129.
— à Dun-sur-Auron, 102.
— (hygiène des), 139.
— et épileptiques de Bicêtre, 134.
Impôt sur l'alcool, 462.
Impuissance, 406.
Impulsifs, 117.
Induits de Gaiffe, 209.
Inégalité pupillaire, 320.
— — neurasthénique, 406.
Infection thyroïdienne, 354.
Infirmiers, 228.
— (traitement chez les), 104.
Inflammation corticale, dans la paralysie générale, 324.
Injection intra-thyroïdienne iodée, 357.
— d'huile, 441.
— de jus de viande, 441.
— de lait, 441.
Insomnie, 422.
— neurasthénique, 405.
Instinct génital, 474.
Intellectuels (troubles), 244.
Interdiction de la vente des boissons alcooliques aux enfants et aux ivrognes, 460.
Internat dans les collèges, pour les enfants névropathes, 471.
Internement, 48.
— (formalités pour l'), 58.
— définitif, 113.
— des paralytiques généraux, 321.
Interrupteur électrique, 211.
Intervalles lucides dans la folie intermittente, 283.
Intimidation, par Willis, 14.
— par Esquirol, 27.
Intoxication morphinique, 309.
Inversion du courant galvanique, 213.
Irresponsabilité des aliénés, 110.
Isolement, 48.
— à l'asile, 57.
— par Cœlius Aurelianus, 8.
— dans la confusion mentale, 53.
— des déments, 54.
— des dégénérés à syndromes épisodiques, 53.
— dans le délire hallucinatoire, 53.
— des épileptiques, 54.
— par Esquirol, 27, 49.
— dans la folie, 51.
— des idiots et des imbéciles, 55.
— par Magnan, 40.
— dans une maison de campagne, 56.
— dans les maisons de santé privées, 57.
— dans la manie, 51.
— dans la mélancolie, 53.
— des intoxiqués alcooliques, morphiniques, cocaïniques, 53.
— des hystériques, 54.
— (le moment propice pour l'), 55.
— à domicile, 56.
— dans des familles étrangères, 57.
— des morphiniques, 311.
— des neurasthéniques, 410.
— dans la paralysie générale, 54.
— des persécutés, 53.
Ivresse, 299.
— bromique, 155.
— pathologique, 299.

J

Joffroy, 41.
Jus de viande (injection de), 441.
Jusquiame, 184.

K

Képhir, 149.
Kola, 194.
Koumys, 149.
Krafft-Ebing, 39.

L

Lait dans l'alimentation, 147.
— dans le délire aigu, 255.
— (injection de), 441.
Langage (troubles du) dans la manie, 244.
Langue (tractions rythmées de la), 385.
Laryngien (spéculum), 441.
Leclanché (piles de), 211.
Légumes féculents, 150.
— herbacés, 151.
Léthargie, 363.
Lethargus, 3.
Lierneux (colonie de), 99.
Lieutaud, 18.
Liquide testiculaire dans le traitement de la mélancolie, 269.
Lithium (bromure de), 158.
Lorry, 18.
Lotion froide, par Celse, 7.
Luys, 38.

M

Machine Carré, 207.
— Wimshurst, 207.
Magnan, 40.
Magnésium (bromure de), 158.
Maisons d'aliénés à l'époque d'Hippocrate, 4.
— de santé, 105.
Mal comitial, 42.
— d'Hercule, 42.
Maladie de Basedow, 355.
— de Parkinson, 358.
Maniaques à la colonie de Dun-sur-Auron, 102.
Manie, 243.
— raisonnante, 289.
— (troubles psychiques), 243.
Manifestation diabolique et christianisme, 11.
Manifestations interparoxystiques hystériques, 363.
Marcé, 35.
Mariage des aliénés, 452.
Massage, 217.
— dans l'hystérie, 369.
— dans la mélancolie, 267.
— dans la neurasthénie, 415.
Masturbation, 474.
Méconium, 159.
Médecin (boutique de), 5.
— (le premier médecin, Athonis), 2.
— (rôle du) dans le traitement moral, 227.
Médecine vibratoire, 415.
Médications substitutives de la morphine, 313.
Mélancolie, 259.
— *attonita*, 261.
— délirante, 276.
— dans la démence sénile, 264.
— dans l'épilepsie, 265.
— par Galien, 9.
— par Lorry, 18.
— perplexe de Lasègue, 38.
— (les formes de), 262.
— dans les psychoses toxiques, 264.
— (traitement), 266.
— simple (traitement), 272.
— mystique, 262.
— avec stupeur, 277.
— stupide, 262.
Mélancoliques actifs, 276.
— à la colonie de Dun-sur-Auron, 101.
— (humeurs des), par Jacques du Bois, 10.
— paralytiques généraux, 263.
Mémoire (diminution de la), 408.
Métallothérapie, 373.
Méthode électrique d'Hiffelsheim, 297.
— d'Erlenmeyer pour la suppression de la morphine, 312.
— de Levinstein pour la suppression de la morphine, 311.

Méthode métatrophique, 401.
Méthylal, 190.
Migraine ophtalmique, 364.
Migraines, 346.
Misère physiologique, 454.
Morbus divinus, 42.
— *major*, 42.
Morgagni, 17.
Morphine, 161, 162.
Morphiniques à l'asile d'alcooliques, 123.
Morphinisme, 265, 309.
Morvan (chorée de), 347.
Moteurs (troubles), 245.
Motilité (troubles de la), 364.
Mouton (viande de) dans l'alimentation, 150.
Moyen âge, 10.
Musculaire (rigidité), 358.
Musique dans le traitement des folies, 6.
Mutisme hystérique, 374.
Mydriase, 406.
Myopathie, 451.
Mystique (mélancolie), 262.

N

Narcéine, 394.
Narcotique, 423.
Négation (idées de), 262.
Neurasthénie, 344, 404.
— historique, 45.
— symptômes psychiques, 407.
Névralgie faciale, 364.
Névralgies pelviennes, 406.
Névropathie cérébro-cardiaque, 404.
Névroses, 343, 449.
— (historique), 42.
Nickel (bromure de), 158.
Nitro-glycérine, 315.
Non-restreint, 47, 59.
— à l'asile de Saint-Yon, 63.
— par Conolly, 59.
— par Cullen, 18.
— par Pinel, 23.
— par Esquirol, 62.
— par J.-P. Falret, 34.
— par Guislain, 61.
— par Morel, 63.
Non-restreint par Magnan, 65.
— ses avantages, 66.
Nourriciers à la colonie de Gheel, 97.
Nourriture animale, 149.
— végétale, 150.

O

Obsédés, 117.
Œdème bleu, 377.
Œsophagienne (sonde), 28.
Œufs dans l'alimentation, 149.
Officine, 5.
Open-door, 83.
— en Allemagne, 84.
— à l'asile d'épileptiques, 128.
— et correspondance des aliénés, 88.
— en Ecosse, 83.
— en France, 84.
— technique, 86.
— et visites aux aliénés, 87.
— et promenades, 88.
— et sorties provisoires, 89.
Opium, 159.
— dans l'épilepsie, 392.
— dans la mélancolie, 268.
Or (bromure d'), 158.
Organisation des asiles pour criminels, 114.
Oxalurie, 406.
Oxyde de zinc, 391.

P

Palpitation, 406.
Paraldéhyde, 177.
Paralysie agitante, 358.
— générale, 319.
— — avec crises épileptiques, 127.
— hystérique, 365.
— infantile, 451.
Paramyoclonus multiplex, 347.
Paraplégie hystérique, 365.
Parkinson (maladie de), 358.
Parole (embarras de la), 320.
Paroxysme hystérique, 363.
Passio puerilis, 42.
Patronage (Sociétés de), 140.
Paul d'Egine, 10.

Peau (frictions de la), 221.
Pelviennes (névralgies), 406.
Pemphigus, 377.
Pénitentiaire (Congrès), 109, 110.
Pensionnaires à la colonie de Gheel, 97.
Période alexandrine, 5.
— gréco-romaine, 5.
— préhistorique, 1.
— de transition, 10.
Persécutés à la colonie de Dun-sur-Auron, 101.
— persécuteurs, 117, 289.
Persécution (délire), 286.
Pétrissage, 219.
Peur (convulsions de la), 303.
Phosphaturie, 406.
Phrenitis, 3.
Piles de Chardin, 211.
— de Gaiffe, 211.
— de Leclanché, 211.
Pinel, 21.
Placement des aliénés, 58.
— — chez des particuliers, 102.
Plater, 12.
Poisson (chair de), 150.
Porc (viande de), 150.
Potassium (bromure de), 154.
Poudre de viande, 150.
Private dwelling System, 103.
Promenades des aliénés, 88.
— des neurasthéniques, 412.
Propagande anti-alcoolique, 464.
Prophylaxie de l'alcoolisme, 459.
— de l'hérédité, 451.
— des maladies mentales et nerveuses, 448.
— de la syphilis, 455.
Propylamine, 349.
Prurit, 406.
— comme moyen curateur, par Guislain, 32.
Pseudo-angine de poitrine, 406.
Psychiques (troubles), 243, 259.
Psycho-névroses, 343.
Psychose systématique progressive, 291.
Pupille (inégalité de la), 320.
Pyridine, 315.

Q

Quinquina, 194.

R

Rachialgie neurasthénique, 405.
Raideur musculaire, 361.
Ralentissement intellectuel, 260.
Ramollissement cérébral, 332.
Réaction hydrothérapique, 198.
Rectification des alcools, 463.
Refus d'aliments, 438.
Régime de l'asile d'alcooliques, 123.
Réglementation des heures et des jours d'ouverture des cabarets, 462.
Renaissance, 12.
Repos intellectuel, 410.
Répression, 24.
Rétention d'urine, 328.
Rétrécissement du champ visuel, 406.
Réunion du dimanche des aliénés guéris, 143.
Rigidité musculaire, 358.
Rotation, par Cœlius Aurelianus, 8.
— par Guislain, 32.

S

Saignées au début de la folie, par Ellis, 31.
Sainte-Anne (sa fondation), 90.
Salpêtrière (sa fondation), 130.
— (section pour les petites idiotes), 131.
Sauvage de l'Aveyron, 131.
Sauvages, 18.
Schüle, 37.
Sclérose en plaques, 451.
Secours à domicile, 143.
Section des enfants idiots épileptiques de Bicêtre, 134.
— à l'hospice de la Salpêtrière, 134.
Sédatifs, 153.
Séguin, 132.
Sennert, 13.
Sérothérapie, 270.
Sociétés d'abstinence, 308.
— de patronage pour les aliénés guéris, 140.
Sodium (bromure de), 158.
Solanine, 361.
Sommeil hystérique, 363.

Somnambulisme, 346.
Sonde élastique, par Pinel, 24.
— œsophagienne, par Esquirol, 28.
Sorcellerie et folie, 11.
Sortie des malades, 113.
— provisoire des aliénés, 89.
Soude (borate de), 392.
— (cacodylate de), 194.
Souffle électrique, 208.
Spartéine (sulfate de), 315.
Spéculum laryngien, 441.
Stahl, 15.
Statique (électrisation), 207.
Strontium (bromure de), 158.
Strophantus hispidus, 355.
Substance végétale, 150.
Suc testiculaire, 357.
Suggestion hypnotique, 234.
Suicide, 426.
— (fausses idées de), 427.
— par Esquirol, 28.
— (idées de suicide systématisées), 428.
— dans les névroses, 430.
Sulfate de spartéine dans le morphinisme, 315.
Sulfonal, 181.
Suppression de la morphine, 311.
— — brusque, 311.
— — lente, 312.
— — rapide, 312.
Surdité hystérique, 374.
Sydenham, 13.
Syndromes épisodiques, 449.
Syphilis, 455.
Système de Gœtheborg, 461.

T

Tablier des baignoires et non-restreint, 66.
Tachycardie, 406.
Tapotement, 219.
Temples comme maisons de santé, 2.
Terreur, par Guislain, 32.
Testiculaire (liquide) dans le traitement de la mélancolie, 269.
— (suc), 357.
Thé, 152.
Thériaque, 159.
Thyroïdectomie, 356.
Toniques, 190.
Tractions rythmées de la langue, 385.
Traitement de l'alcoolisme, 302.
— — chronique, 306.
— de l'anesthésie hystérique, 373.
— de l'apoplexie, 340.
— des attaques épileptiques, 383.
— — hystériques, 370.
— causal de la paralysie générale, 326.
— de la céphalée neurasthénique, 418.
— de la chorée, 348.
— des complications dans la paralysie générale, 327.
— de la congestion cérébrale, 338.
— des contractures hystériques, 375.
— des convulsions épileptiformes, 339.
— du délire chronique, 296.
— — de persécution, 292.
— du *delirium tremens*, 305.
— de la démence, 334.
— de la dipsomanie, 307.
— de l'épilepsie, 383.
— de l'état de mal épileptique, 385.
— dans les familles, 95.
— de la folie intermittente, 283.
— de l'hyperesthésie, 374.
— de l'hystérie, 367.
— des idées de suicide, 25, 431.
— chez les infirmiers, 104.
— de l'inflammation corticale dans la paralysie générale, 324.
— de l'insomnie, 424.
— dans les maisons de santé libres, 105.
— de la maladie de Basedow, 355.
— de la manie, par Hippocrate, 4.
— — par Pinel, 23.
— — par Schüle, 37.
— de la mélancolie, 266.
— — par Hippocrate, 4.
— — par Dufour, 19.
— — par Schüle, 37.
— — par Willis, 14.
— — par Théophile Bonet, 15.

Traitement moral, 222.
— — par Alexandre de Tralles, 9.
— — dans l'antiquité, 3.
— — par Cœlius Aurelianus, 8.
— — par Griesinger, 36.
— — de l'hystérie, 367.
— — par Lasègue, 38.
— — par Leuret, 35.
— — de la neurasthénie, 410.
— — dans les névroses, 231.
— — dans les psychoses, 222.
— du morphinisme, 310.
— de la neurasthénie, 409.
— de la paralysie agitante, 359.
— — générale, 321.
— de la raideur musculaire, 361.
— du refus d'aliments, 440.
— — — par Esquirol, 28.
— symptomatique du morphinisme, 316.
— du tremblement parkinsonnien, 360.
— des troubles gastro-intestinaux de la neurasthénie, 419.
— des vertiges, 418.
— de Weir Mitchell, 421.
Transfusion nerveuse, 270.
Travail, 411.
— des aliénés, 241.
— dans la colonie d'épileptiques, 128.
Tremblement parkinsonnien, 358.
— hystérique, 365.
— neurasthénique, 406.
Trépan dans la folie, 14, 25.
Trional, 165.
Trophiques (troubles), 328.
Troubles intellectuels dans la manie, 244.
— moteurs dans la manie, 245.
— physiques dans la manie, 246.
— psychiques dans la manie, 243.
— — dans la mélancolie, 259.
— trophiques dans la paralysie générale, 328.
— vaso-moteurs, 406.
— de la volonté, 246, 261.
Tumeurs cérébrales, 332, 387.
Tympanite gastro-intestinale, 378.

U

Uréthane, 190.
Urine (rétention d'), 328.

V

Vallée (fondation), 135.
Vaso-moteurs (troubles), 406.
Veau (viande de) dans l'alimentation, 150.
Vente des boissons alcooliques aux enfants et aux ivrognes (interdiction de la), 460.
Ventouse de Junod, 384.
Vératrine, 355.
Vertige, 418.
— épileptique, 381.
— neurasthénique, 406.
Vésanique (diathèse), 281.
Viandes, 149.
Viande d'agneau, 150.
— de bœuf, 150.
— crue, 150.
— de mouton, 150.
— de porc, 150.
— (poudre de), 150.
Vibratoire (médecine), 415.
Vicieux (asile pour), 106.
Vide psychique, 260.
Villejuif (quartier de l'asile de) pour les petites idiotes, 133.
Vin dans l'alimentation, 152.
Visites aux aliénés, 87.
Volonté (troubles de la), 261.
— — (dans la manie), 246.
Volta-faradiques (appareils), 209.

W

Wahnsine, 257.
Wier (Jean), 12.
Willis, 13.

Z

Zinc (bromure de), 158.
— (oxyde de), 391.
Zones hystérogènes, 364.

10963-00. — Corbeil. Imprimerie Éd. Crété.

Atlas manuel du Système nerveux, par le Dr *C. JAKOB*. 2e édition française par le Dr *RÉMOND*, professeur de clinique des maladies mentales à la Faculté de Toulouse. 1900, 1 vol. in-16 de 364 pages, avec 84 pl. coloriées, rélié maroquin souple, tête dorée..... **20** fr.

Sémiologie et traitement des Maladies nerveuses, par le Dr *J. ROUX*, médecin des hôpitaux de St-Etienne. 1901, 1 vol. in-16

Aide-mémoire de Neurologie, par le professeur *P. LEFERT*. 1900, 1 vol. in-18 de 300 pages, avec figures, cart..... **3** fr.

La Pratique des Maladies du Système nerveux dans les Hôpitaux de Paris, par *P. LEFERT*. 1894, 1 vol. in-18 cart.. **3** fr.

Traité des Maladies du Système nerveux, par les Drs *HAMMOND et LABADIE-LAGRAVE*. 1890, 1 vol. gr. in-8 de 1300 pages.... **20** fr.

Traité clinique des Maladies de la Moelle épinière, par le professeur *LEYDEN*. 1879, 1 vol. gr. in-8 de 850 pages..... **14** fr.

Diagnostic des Maladies de la Moelle épinière, par le professeur *GRASSET*. 1899, 1 vol. in-16 de 96 pages, cart..... **1** fr. **50**

Anatomie clinique des Centres nerveux, par le professeur *GRASSET*. 1900, 1 vol. in-16 de 96 pages, avec fig., cart.. **1** fr. **50**

Le Système nerveux central. Coupes histologiques, par le Dr *DAGONET*. 1897, gr. in-8, avec planches, cart..... **3** fr. **50**

Nervosisme et Névroses. Hygiène des énervés et des névropathes, par le Dr *CULLERE*. 1892, 1 vol. in-16 de 352 pages..... **3** fr. **50**

Du Nervosisme aigu et chronique et des Maladies nerveuses, par le Dr *BOUCHUT*. 1887, 1 vol. in-8 de 408 pages..... **6** fr.

La Neurasthénie (épuisement nerveux), par le Dr *BOUVERET*. 2e édition. 1891, 1 vol. in-8 de 600 pages..... **6** fr.

Les États neurasthéniques, par le Dr *GILLES de la TOURETTE*. 1898, 1 vol. in-16 de 96 pages, cart..... **1** fr **50**

Les Myélites syphilitiques, par le Dr *GILLES de la TOURETTE*. 1899, 1 vol. in-16 de 96 pages, cart..... **1** fr. **50**

Neurasthénie et Génitopathies féminines, par le Dr *SOULEYRE*. 1898, 1 vol. in-8 de 212 pages..... **5** fr.

Les Hystériques, actes insolites, délictueux et criminels, par le Dr *LEGRAND du SAULLE*, 3e édition. 1891, 1 vol. in-8, 625 p.. **8** fr.

Des Vomissements de Sang chez les Hystériques, par le Dr *GÉLIBERT*. 1898, 1 vol. in-8 de 224 pages..... **5** fr.

Études sur l'Hystérie, par le Dr *CHAIROU*. 1870, in-8, 143 p. **3** fr.

L'Hystéro-Tabes, par le Dr *VIRES*. 1896, gr. in-8, 189 p. **3** fr. **50**

Du Réveil des Affections anciennes du Système nerveux, par le Dr *PAULY*. 1895, gr. in-8, 147 pages, 2 pl..... **3** fr. **50**

Séméiologie et Diagnostic des Maladies nerveuses. Valeur des réflexes cutanés et muqueux, par *ZLATAROFF*. 1900, in-8 **3** fr. **50**

Méningites microbiennes, par *ADENOT*. 1890, gr. in-8. **3** fr. **50**

Méningites suppurées, par *VAUDREMER*. 1893, 1 vol. gr. in-8. **4** fr.

De l'Élimination des Phosphates dans les Maladies du Système nerveux, par le Dr *VOULGRE*. 1892, gr. in-8, 100 pages. **2** fr.

Le Tabes dorsalis, par le Dr *PHILIPPE*. 1897, gr. in-8, 200 p. **5** fr.

Les Traitements du Tabes, par le Dr *J. LECLERC*. 1899, in-8 **6** fr.

L'Ataxie des Tabétiques, par le Dr *A. RICHE*. 1899, in-8... **4** fr.

Traite des Maladies mentales, par le Dr **DAGONET,** médecin de l'Asile Saint-Anne. 1894, 1 vol. gr. in-8 de 850 p., avec 42 fig. **20** fr.
Traité pratique des Maladies mentales, par le Dr **A. CULLERRE.** 1889, 1 vol. in-18 jésus de 608 pages ..... **6** fr.
Leçons cliniques sur les Maladies mentales et sur les Maladies nerveuses, professées à la *Salpêtrière,* par le Dr **Aug. VOISIN,** 1883, 1 vol. gr. in-8 avec fig..... **15** fr.
Traité de la Paralysie générale des Aliénés, par le Dr **Auguste VOISIN.** 1879, 1 vol. gr. in-8 de 540 pages, avec 15 planches.. **20** fr.
La Folie à Paris, par **P. GARNIER,** médecin en chef de l'infirmerie de la préfecture de police. 1890, 1 vol. in-16, 415 pages.. **3** fr. **50**
Les frontières de la Folie, par le Dr **CULLERRE.** 1888, 1 vol. in-16 de 360 pages..... ... **3** fr. **50**
La Folie chez les Enfants, par le Dr **P. MOREAU** (de Tours). 1888, 1 vol. in-16 de 444 pages..... ..... **3** fr. **50**
Fous et Bouffons, étude physiologique, psycholcgique et historique, par **P. MOREAU** (de Tours). 1885, 1 vol. in-16..... **3** fr. **50**
Étude de Psycho-physiologie, Echomatisme, Zoandrie, Échokinèse, Écholalie, par le Dr **SIGAUD.** 1890, gr. in-8..... **2** fr. **50**
L'Épilepsie psychique, par le Dr **ARDIN-DELTEIL.** 1898, in-8 **6** fr.
Traité de l'Epilepsie, par le Dr **GÉLINEAU.** 1901, 1 vol. in-8
Études cliniques sur les Maladies mentales et nerveuses, par **J. FALRET,** médecin de la Salpêtrière. 1889, 1 vol. in-8... **8** fr.
Les Aliénés et les asiles d'Aliénés, assistance, législation et médecine légale, par **J. FALRET.** 1890. 1 vol. in-8 de 564 pages.. **8** fr.
Des Maladies mentales et des asiles d'Aliénés, par le Dr **P. FALRET.** 1864, 1 vol. in-8 de 800 pages..... **11** fr.
Des Aliénés. Étude pratique sur la législation et l'assistance qui leur sont applicables, par le Dr **FOVILLE.** 1870, in-8, 208 pages.... **3** fr.
La législation relative aux Aliénés en Angleterre et en Ecosse, par le Dr **FOVILLE.** 1885, gr. in-8, 208 pages..... **5** fr.
L'éducation des Facultés mentales, par le Dr **NOGIER.** 1892, 1 vol. in-16 de 175 pages..... **2** fr.
Grippe et Aliénation mentale, par le Dr **LELEDY.** 1891, gr. in-8 **4** fr.
Les Typho-psychoses. par **E. AUDEMARD.** 1898, gr. in-8, 105 p. **2** fr. **50**
La Bicyclette, ses effets psycho-physiologiques, par **E. GUILLEMET.** 1897, gr. in-8, 113 pages, avec fig. et 1 planche..... **3** fr.
Physiologie cérébrale. Le subconscient chez les artistes, les savants, les écrivains, par **CHABANEIX.** 1897, gr. in-8, 124 pages... **3** fr. **50**
La Folie érotique, par **B. BALL,** professeur à la Faculté de médecine de Paris. 2e *édition,* 1893, 1 vol. in-16 de 160 pages..... **2** fr.
Les Fétichistes, pervertis et invertis sexuels, par le Dr **GARNIER.** 1895, 1 vol. in-16 de 192 pages..... **2** fr.
Les Morphinomanes, par **GUIMBAIL.** 1891, 1 vol. in-16 **3** fr. **50**
Alcoolisme et Folie, par le Dr **DARIN.** 1896, gr. in-8, 120 p. **3** fr.
L'Alcoolisme, dangers et inconvénients pour l'individu, la famille et la société, par le Dr **BERGERET.** 1889, 1 vol. in-16..... **3** fr. **50**
Le Tabac et l'Absinthe, influence sur la santé, par le Dr **JOLLY.** 1887, 1 vol. in 16 de 228 pages..... **2** fr.

10965-00. — Corbeil. Imprimerie Ed. Crété.