

# L'ALIÉNATION MENTALE

SES CAUSES

SES DANGERS, SES TRAITEMENTS

---

AMÉLIORATIONS A APPORTER A L'ORGANISATION DES ASILES

---

RAPPORT DU D<sup>r</sup> ALEXANDRE PARIS

MÉDECIN EN CHEF DE LA DIVISION DES FEMMES DE L'ASILE DE MARÉVILLE

A M. le Préfet de Meurthe-et-Moselle

---

ANNÉE 1896

NANCY

IMPRIMERIE BERGER-LEVRAULT ET C<sup>ie</sup>

18, RUE DES GLACIS, 18

---

1897

7. 213

# L'ALIÉNATION MENTALE

SES CAUSES

SES DANGERS, SES TRAITEMENTS

AMÉLIORATIONS A APPORTER A L'ORGANISATION DES ASILES



RAPPORT DU D<sup>r</sup> ALEXANDRE PARIS

MÉDECIN EN CHEF DE LA DIVISION DES FEMMES DE L'ASILE DE MARÉVILLE

A M. le Préfet de Meurthe-et-Moselle

ANNÉE 1896

NANCY

IMPRIMERIE BERGER-LEVRAULT ET C<sup>ie</sup>

18, RUE DES GLACIS, 18

1897

## AVANT-PROPOS

Diverses préoccupations toutes d'actualité me semblent prescrire de la part des médecins aliénistes une étude plus approfondie des causes de l'aliénation mentale, des influences du milieu sur le développement de la folie, des conditions dans lesquelles elle prend naissance, des circonstances qui favorisent son extension, son accroissement, et imposer de nouvelles recherches relatives au traitement, à une organisation plus rationnelle des hospices d'aliénés, aux conditions dans lesquelles doivent être de préférence placés tels ou tels groupes de malades, telle ou telle personne ne pouvant plus sans danger jouir de sa liberté.

Je prendrai pour base d'un travail de ce genre ma statistique annuelle de 1896 qui résume assez bien, comme je le montrerai à propos des guérisons, toutes celles analogues que j'ai établies annuellement pour les dix dernières années.

C'est en montrant les principes précis sur lesquels est aujourd'hui déjà basée la thérapeutique de l'aliénation mentale que l'on peut inspirer confiance au public et l'amener à diminuer le nombre des placements tardifs, causes d'incurabilité. Je m'attacherai surtout à mettre en relief des faits instructifs et nettement probants.

## CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

MONTRANT :

1° L'importance des chiffres sur lesquels sont basées quelques parties de ce travail; 2° les principales causes d'accroissement de l'aliénation mentale, etc.

Le dernier recensement général de la population rend tout particulièrement intéressante une étude comparative du mouvement de la population du service des femmes de l'asile de Maréville durant ces dernières années et du mouvement de la population dans notre région de l'Est.

Le chiffre des aliénées présentes à l'asile, le 1<sup>er</sup> janvier 1896, était de 815; il s'élevait à 833 pour les aliénées restant le 31 décembre 1896, soit une différence de 18 en plus en une année.

Cette différence n'est pas en réalité aussi minime qu'elle apparaît à première vue et nous la verrons revêtir une assez grande importance à mesure que nous ferons ressortir toutes les causes de dépopulation qui devaient spécialement se faire sentir à Maréville: diminution progressive du nombre des aliénées de la Seine admises à Maréville et non-remplacement des décédées ou des sorties de ce département — placement des aliénées du territoire de Belfort<sup>1</sup> dans un autre établissement — organisation dans le département de la Haute-Saône<sup>1</sup> d'un asile-dépôt où l'on reçoit: imbéciles, déments et, en général, tous aliénés relativement tranquilles, etc...

Mais nous reviendrons sur ce point après l'exposé du mouvement général de la population en 1896:

Le 1<sup>er</sup> janvier 1896, notre population, aliénées, se décomposait ainsi:

Pensionnaires	de 1 <sup>re</sup> classe . . . . .	6	
	de 2 <sup>e</sup> classe . . . . .	14	
	de 3 <sup>e</sup> classe . . . . .	32	
	de 4 <sup>e</sup> classe . . . . .	61	
Total des malades au compte des familles. . . . .		113	113
Indigentes	de Meurthe-et-Moselle . . . . .	285	
	de la Haute-Saône. . . . .	100	
	des Vosges. . . . .	164	
	de la Seine. . . . .	114	
	du territoire de Belfort. . . . .	11	
	de divers départements. . . . .	28	
Total des indigentes . . . . .		702	702
Total de la population au 1 <sup>er</sup> janvier 1896 . . . . .		815	815

Nous avons reçu, en 1896, 166 femmes, de sorte que le total des femmes traitées et mises en observation à Maréville a été de  $815 + 166 = 981$ , pour cette année, chiffre qui n'avait jamais été atteint, ainsi que l'indique le tableau comparatif suivant, résumé du

1. Département qui plaçait tous ses aliénés à l'asile de Maréville.

mouvement général de la population du service des femmes dans les huit dernières années, c'est-à-dire depuis l'époque à laquelle nous avons pris la direction de ce service :

ANNÉES.	Population au 1 <sup>er</sup> janvier.	Entrées.	Sorties.	Décès.	Population au 31 décembre	Total des traitées.	Total. des sorties et des décès.
1889 . . . . .	770	143	48	56	809	913	104
1890 . . . . .	809	132	52	76	813	941	128
1891 . . . . .	813	137	50	85	815	950	135
1892 . . . . .	815	107	41	69	812	922	110
1893 . . . . .	812	111	46	63	814	923	109
1894 . . . . .	814	136	65	71	814	950	136
1895 . . . . .	814	112	43	68	815	926	111
1896 . . . . .	815	166	66	82	833	981	148
1897 . . . . .	833	»	»	»	»	»	»

La colonne « Population au 1<sup>er</sup> janvier » accuse, comme nous l'établirons plus loin, une progression très sensible de l'aliénation mentale dans l'Est, précisément par le faible écart de ses chiffres d'une année à l'autre. Nous avons fait allusion déjà aux circonstances qui auraient dû diminuer la population du service depuis quelques années.

Au point de vue des classes de pension et du mode de placement (placements par les familles ou par l'autorité), les admissions de 1896 se répartissent comme suit :

1<sup>o</sup> Personnes<sup>1</sup> admises pour la première fois.

Placements volontaires.	Première classe . . . . .	3	
	Seconde classe . . . . .	2	
	Troisième classe . . . . .	2	
	Quatrième classe . . . . .	20	
	Total . . . . .	27	27
Placements d'office . . . . .	Meurthe-et-Moselle . . . . .	55	
	Haute-Saône . . . . .	19	
	Vosges . . . . .	25	
	Divers . . . . .	7	
	Total . . . . .	106	406
Total des admises pour la première fois . . . . .			133

1. Ce terme général permet de compter les femmes simplement mises en observation.

Report des premières admissions. . . . . 133

2<sup>o</sup> Malades admises par suite de rechute.

Placements volontaires.	Troisième classe . . . . .	1	
	Quatrième classe . . . . .	2	
	Total . . . . .	3	3
Placements d'office . . . . .	Meurthe-et-Moselle . . . . .	5	
	Haute-Saône . . . . .	2	
	Vosges . . . . .	4	
	Total . . . . .	11	11
Total des admises par suite de rechute . . . . .		14	14

3<sup>o</sup> Malades admises par suite de réintégration<sup>1</sup>.

Placements volontaires.	Seconde classe . . . . .	4	
	Quatrième classe . . . . .	2	
	Total . . . . .	6	6
Placements d'office . . . . .	Meurthe-et-Moselle . . . . .	4	4
Total des admissions par réintégration . . . . .		10	10

4<sup>o</sup> Malades admises par suite de transfèrements.

Placements d'office . . . . .	Domiciliées en Meurthe-et-Moselle . . . . .	3	
	— en Haute-Saône . . . . .	1	
	— en Vosges . . . . .	3	
	— en divers . . . . .	2	
	Total . . . . .	9	9
Total général des admissions . . . . .			166

Nos recherches doivent d'autant plus retenir l'attention qu'elles émanent d'un service de femmes et qu'elles touchent plus directement, par conséquent, aux causes héréditaires, à la multiplication de ces causes et qu'elles peuvent nous conduire à des enseignements relativement très complexes, car l'accroissement de la folie dans le sexe faible est, comme nous l'expliquerons plus loin, la conséquence de l'hérédité et, ce qui semble paradoxal, des causes mêmes d'aliénation mentale qui atteignent les maris ou les chefs de famille, causes qui entraînent pour la femme ou la fille les chagrins, la misère physiologique, la débauche même, etc.

1. Après sortie avant guérison.

*Causes principales des progrès de l'aliénation mentale dans l'Est.*

— Les progrès de l'aliénation mentale en France sont manifestes, notamment dans la région de l'Est et surtout dans deux départements : Meurthe-et-Moselle et Vosges. La population de Maréville, l'asile régional de l'Est, s'accroît en effet très sensiblement, comme nous le disions plus haut, bien que le territoire de Belfort n'y envoie plus d'aliénées, bien que le département de la Haute-Saône en envoie plutôt moins qu'autrefois, puisqu'il en recueille une partie dans un hospice-dépôt qu'il a créé il y a quelques années.

Ces pertes pour l'établissement n'ont pas empêché la progression du chiffre de la population et, cependant, pour le service des femmes au moins, il ne s'est, à aucun moment, produit de vides suffisants pour que l'on puisse demander au département de la Seine de remplacer les malades sorties ou décédées depuis le dernier envoi de ce département (antérieur à 1889).

Si ces causes de diminution n'ont eu aucune influence, c'est qu'une compensation s'est produite d'un autre côté, par conséquent, et il devient évident qu'elle n'a pu résulter que de l'augmentation du nombre des aliénées des deux autres départements qui placent leurs malades à Maréville, Meurthe-et-Moselle et Vosges.

Le dernier recensement accuse, du reste, un accroissement de population d'une vingtaine de mille habitants pour Meurthe-et-Moselle, d'une dizaine de mille pour les Vosges ; on trouverait donc naturelle déjà une légère augmentation du nombre des aliénés, proportionnelle à la différence de population ; mais il y a lieu, à notre avis, de tenir un très grand compte de la qualité de la majeure partie du nouvel appoint d'habitants.

Depuis la guerre, notre région voit son territoire se hérissier, en nombre toujours progressant, de hauts fourneaux, de forges, de salines, de soudières, de brasseries, de verreries, de tissages, etc..., et l'industrie minière y prend une grande extension. Toutes ces industries, tous les besoins qui en ont été la conséquence, multiplication des habitations, des commerces, des fabriques, etc., ont amené des agglomérations ouvrières plus considérables, des populations que la réunion en cités dites ouvrières, les sollicitations et l'éduca-

tion prédisposent exceptionnellement aux abus, aux maladies vénériennes et à toutes les conséquences de ces fléaux.

La nature qualitative et les tares personnelles héréditaires des premiers immigrés en Meurthe-et-Moselle et dans les Vosges depuis la guerre nous donneraient certainement la raison d'une augmentation très sensible de l'aliénation mentale dans cette région, car la génération actuelle descendant d'une population d'immigrants<sup>1</sup> moins saine, moins sobre, de qualité moindre que la population ancienne, a détruit au profit des dégénérescences la proportion qui existait autrefois dans ces départements entre la dégénérescence et l'état normal.

En effet, la multiplicité des industries, des fabriques, des professions a pour contre-coup la multiplication des bouchons, des cabarets ; l'alcoolisme et la syphilis, spécialement favorisés par les agglomérations ouvrières, fleurissent de tous côtés. S'ils entraînent bien souvent directement l'aliénation mentale pour l'ivrogne, pour le débauché ou pour sa progéniture, ils sont, bien souvent aussi, une puissante cause indirecte de folie et l'on peut affirmer aujourd'hui, c'est pour nous de l'observation de chaque jour, que les excès alcooliques ou la débauche du mari ouvrier, du chef, du seul soutien de la famille, parfois d'une nombreuse famille, sont causes de beaucoup de cas de folie pour la femme, ou qu'elle soit entraînée par lui, ou qu'elle ait à souffrir de l'inconduite, des brutalités, du gaspillage de celui-ci. S'il n'apporte rien au ménage, c'est bientôt la misère pour la femme et les enfants et, parmi les maux engendrés par la misère, nous avons souvent occasion de trouver la folie, pour peu qu'il y ait quelque prédisposition héréditaire, folie dont la cause déterminante ne peut pas être mise en doute, puisqu'un bon régime, du repos et la tranquillité morale en dissipent assez facilement les manifestations.

De plus, l'ouvrier ivrogne procréé comme une brute, car l'alcoolique est fécond, sa femme est presque constamment enceinte ou nourrice, nouvelle cause de débilité pour elle et de folie dite puerpérale.

1. Ouvriers de fabriques abandonnées dans les pays annexés et reconstituées en Meurthe-et-Moselle et dans les Vosges.

La misère physiologique engendre plus fréquemment que l'on ne pense l'aliénation mentale ; la démonstration en est faite pour nous par les résultats que nous fournit le traitement reconstituant et un bien-être relatif donné à nos malades. Ces cas de folie sont, en effet, de ceux auxquels nous pouvons opposer un traitement raisonné et démontré fécond, n'en déplaise aux philanthropes et aux critiques qui ne voient que renfermeries dans les hospices d'aliénés.

Pépinière du socialisme révolutionnaire, l'alcoolisme, directement ou par la misère qu'il traîne à sa suite, est aussi la pépinière de la folie ; il établit entre eux des relations fraternelles.

Y a-t-il quelque remède général à opposer à ce fléau ?

*Moyens de combattre les progrès de l'alcoolisme.* — On crie de tous côtés : « Il faut combattre l'alcoolisme par l'école. » C'est évidemment un remède, nous l'avons préconisé nous-même il y a quelque dix ans avec l'approbation de M. le sénateur Claude, des Vosges, un spécialiste en la matière, mais ce remède est bien insuffisant si l'on se trouve, et le cas est extrêmement fréquent, en face d'enfants mis au berceau avec une tare qui les prédispose aux excès et que les premières sollicitations rendront d'autant plus facilement prédominante que :

« De tous les animaux, l'homme a le plus de pente à se porter dedans l'excès. » (La Fontaine.)

Que feront quelques heures de morale d'école, sur une nature assoiffée d'alcools par une prédisposition congénitale et par la suggestion d'exemples journaliers et presque continuels donnés par les parents ?

L'école est donc bien insuffisante, quoique utile cependant ; elle vaut simplement mieux que rien.

Pour la rendre le plus utile possible, il faudrait des maîtres préparés à cet enseignement spécial que l'on désire et ils ne peuvent l'être sérieusement que si l'on institue des cours d'hygiène dans les écoles normales, pour les élèves-instituteurs.

Qu'y a-t-il de mieux que l'école ? dira-t-on.

Frapper les alcools de droits considérables ? Ne sera-ce pas aller à l'encontre du but, apporter un peu plus de misère à la femme et aux enfants, leur retirer le peu qui leur revenait du gain du chef de

ménage ? Pour boire autant que de coutume, il devra dépenser davantage ; eh bien ! il dépensera davantage et voilà tout.

Le frapper d'amendes ou de peines de prison, par exemple, c'est encore couper le peu de vivres qu'il apporte aux êtres intéressants de la maison. Il y aurait cependant à l'emprisonnement ou à la séquestration quelques indications, je le reconnais, si l'on pouvait pratiquer assez largement l'assistance et secourir toutes les misères honnêtes ou licites ; mais, malheureusement, il reste beaucoup à faire pour en arriver là.

Le mieux, actuellement, à notre sens, est de combattre l'alcoolisme par l'assistance publique surtout, par l'école ensuite.

L'école est insuffisante, je le répète, parce qu'elle ne supprime pas l'influence du milieu, les sollicitations de la prédisposition par l'exemple ; il faut éloigner l'enfant et, par conséquent, favoriser, solliciter la création d'établissements nombreux d'assistance pour les enfants d'ivrognes ou de débauchés. L'école dans ces établissements sera réellement fructueuse, car ses effets ne seront pas détruits à peine naissants ou quotidiennement sapés par des influences de milieu.

Mais comment enlever un enfant au père qui s'y opposera ? Le moyen est, à mon avis, un remède pour le père, remède peut-être le plus efficace, s'il y a encore un peu de cœur chez ce père : l'application rigoureuse de la loi du 24 juillet 1889, aux termes de laquelle les parents convaincus d'ivrognerie habituelle peuvent, même en dehors de toute condamnation antérieure, être déclarés déchus de la puissance paternelle.

Si le père a réellement quelque affection pour les siens, quelque souci de leur avenir, s'il lui reste un peu de volonté, il fera tout son possible pour échapper à cette loi, à laquelle il faudrait donner la plus grande publicité ; s'il ne fait rien, il prouve suffisamment qu'il est indigne de conserver seulement l'illusion de la puissance paternelle.

Quant à la mère, si elle ne partage pas les habitudes de son mari, elle acceptera facilement de soustraire sa progéniture à la misère et à la contagion de l'exemple.

L'ivrogne doit évidemment être séquestré ou emprisonné s'il

cause du scandale ; il devrait l'être dès qu'il est démontré qu'il est incorrigible, qu'il n'est d'aucune nécessité dans son ménage ; ce serait, du reste, un moyen de prévenir de nouvelles naissances de dégénérés, une augmentation de population de mauvaise qualité. L'alcoolique n'est pas seulement dangereux par la tare héréditaire qu'il peut infliger à ses descendants, mais « il est nocif, dit M. le professeur Pinard, quand il oblige la mère enceinte à se surmener, quand il est cause de coups, de chutes et de terreurs. L'incubation de l'œuf humain, pour évoluer dans de bonnes conditions, doit se faire dans le calme et la quiétude. »

Enfin, l'ivrogne est aussi dangereux pour le nourrisson ; M. Budin a démontré, dans une communication à la Société obstétricale de France (séance du 11 avril 1896), l'influence des troubles nerveux survenant chez la nourrice sur les enfants qu'elle allaite, le retentissement immédiat de ces troubles sur les nourrissons.

Deux solutions seraient possibles, à notre avis : dans les cas où la femme est enceinte ou allaite, ou éloigner l'ivrogne, ou l'abandonner et protéger sa femme en l'accueillant dans un hospice ou un refuge ; mais si elle a de la famille, il faut alors secourir tout le monde ; le mieux serait donc de secourir la mère à domicile, mais en séquestrant d'office le père. Il faudra tôt ou tard arriver à des mesures qui sont dictées par des nécessités sociales.

Quoi que l'on fasse, nous estimons qu'il est prudent d'assister les enfants avant l'âge de raison dans des établissements spéciaux, et parce qu'ils sont prédisposés et qu'il y a quelque chose à faire pour atténuer la prédisposition, et pour les soustraire aux entraînements du dehors, plus spécialement menaçants pour eux, et pour qu'ils bénéficient davantage des leçons spéciales qui leur seront faites à l'école, et, enfin, pour soulager la mère, pour diminuer la misère qui peut aussi la conduire à l'asile d'aliénés pour peu qu'elle ait quelque tare nerveuse.

Cette assistance ne serait qu'en apparence une charge nouvelle pour la société ; elle amènerait, en effet, certainement une diminution de la criminalité et de toutes les exagérations instinctives ou politiques que nous avons si fréquemment à déplorer, elle atténuerait dans de notables proportions les charges des communes, des

départements (moins d'aliénés, moins d'impotents à soutenir) et de l'État (moins de criminels, moins de frais de prison).

Et puis qui veut la fin doit vouloir les moyens.

Il suffirait, du reste, de crier bien haut les raisons qui réclament la création d'hospices-écoles, ou tout au moins de quartiers, d'annexes d'hospices pour les descendants d'alcooliques, pour voir bientôt délier les cordons de toutes les bourses.

#### Les formes de la folie.

L'aliénation mentale peut revêtir diverses formes qui sont imprimées ou par l'hérédité ou par les causes déterminantes, par l'organisation congénitale du système nerveux ou par les troubles physiologiques ou anatomo-pathologiques acquis. Ainsi l'imbécillité, la débilité mentale du dégénéré inférieur résultent d'un état congénital du système nerveux, ou par hérédité ou par maladie fœtale, tandis que la folie alcoolique, la paralysie générale progressive et les troubles psychiques qui l'accompagnent sont des conséquences d'intoxications et d'altérations organiques acquises.

Le tableau suivant, par exemple, de nos admises en 1896 nous permettra quelques considérations générales sur les formes.

TABLEAU.

Admissions classées par mois d'après la forme  
de l'aliénation mentale.

FORMES DE L'ALIÉNATION MENTALE.		Janvier.	Février.	Mars.	Avril.	Mai.	Juin.	Juillet.	Août.	Septembre.	Octobre.	Novembre.	Décembre.	Totaux.
Nos														
1	Délire aigu . . . . .	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	1
2	Manie . . . . .	»	3	3	3	2	2	3	5	1	1	4	4	31
3	Mélancolie et lypémanies diverses . . . . .	»	2	6	9	4	2	1	»	3	1	4	1	33
4	Folie à double forme . . . . .	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1
5	Folie systématisée progressive. Dégénérescence avec délire chronique . . . . .	»	»	1	»	1	2	»	»	1	»	»	»	5
16	Débilité mentale avec troubles rémittents . . . . .	2	3	2	4	2	3	»	»	»	1	1	3	21
7	Démence organique et folies séniles . . . . .	2	2	1	4	3	2	1	1	1	»	3	1	21
8	Paralysie générale progressive.	1	»	»	1	2	1	1	»	2	1	2	»	11
9	Folie syphilitique. — Syphilis cérébrale . . . . .	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	1
10	Folie névrosique épileptique . . . . .	1	1	»	»	1	»	»	1	»	»	»	2	6
11	Folie névrosique hystérique . . . . .	1	2	1	1	1	1	»	1	1	3	1	1	14
12	Folie puerpérale . . . . .	1	»	1	2	»	2	»	»	1	»	2	»	9
13	Folie alcoolique . . . . .	»	1	»	»	»	»	1	»	»	»	1	»	3
14	Imbécillité ou idiotie . . . . .	»	1	»	1	»	1	»	1	»	»	»	»	4
15	En observation et non aliénées.	1	1	»	1	1	1	»	»	»	»	»	»	5
	Totaux par mois . . . . .	9	17	15	26	17	17	7	10	10	8	18	12	466

Ce tableau, que nous ferons suivre de quelques notes analytiques et signalétiques sur chacune des formes, indique assez bien la fréquence relative des divers groupes d'aliénations mentales, pour la femme au moins, chez laquelle prédominent de beaucoup les formes vésaniques, ou sans altérations organiques profondes, les folies exubérantes étant généralement un peu moins nombreuses que les folies dépressives, tandis que chez l'homme, au contraire, les formes bruyantes sont plus communes ainsi que les affections mentales par intoxication ou altérations organiques étendues, folies alcooliques, paralytiques, etc...

La manie et la mélancolie représentent les deux formes typiques principales de l'aliénation mentale, les deux types opposés; la première représente l'exubérance, la seconde la dépression. On peut

1. Ou folie par dégénérescence.

trouver le reflet de chacun de ces deux types comme phénomène intercurrent dans toutes les maladies mentales; on peut le rencontrer avec quelques caractères d'alternance dans chacune.

Je dirai quelques mots de chacune de ces formes, me réservant de n'entrer dans quelques détails qu'à l'occasion de documents susceptibles de fournir quelques enseignements :

1. *Délire aigu*. — Le délire aigu appartient autant sinon plus au cadre de la pathologie médicale pure qu'à celui de la pathologie mentale. Il est accusé, en effet, par une agitation paroxystique avec fièvre et symptômes d'accidents méningo-encéphaliques qui, étant aussi données sa courte durée, 8 à 10 jours, et sa terminaison généralement fatale, doivent le faire rapprocher des délires fébriles ou par auto-intoxication.

2. *Manie*. — Une des formes typiques de l'aliénation mentale, a pour caractéristique un désordre général des idées et des actes, une loquacité avec *incohérence par hyperactivité cérébrale*, impossibilité d'attention, insomnie, etc... Forme curable, mais extrêmement sujette à retour. Nous aurons occasion de revenir sur la question des guérisons dans la manie.

3. *Mélancolie*. — Seconde forme typique de l'aliénation mentale, caractérisée principalement par une dépression profonde, des idées tristes, sans incohérence, de l'anxiété et, le plus souvent, des tendances au suicide. Quelques troubles secondaires, surajoutés, sont souvent observés, spéciaux suivant la nature de la prédisposition, l'état nerveux antérieur (névropathisme et hypochondrie, religiosité et débilité mentale, etc...).

Forme d'autant plus curable, comme la précédente, qu'elle est plus franchement caractérisée.

4. *Folie à double forme et folie circulaire*. — Folie mixte, participant à la fois de la manie et de la mélancolie. Caractéristique habituelle: alternance régulière d'accès de manie et d'accès de mélancolie à intervalles à peu près égaux dans la folie circulaire, variables mais relativement courts dans la folie à double forme. J'insiste à dessein sur ce dernier point sur lequel je reviendrai à propos du rôle de l'hérédité dans la détermination de la forme d'une maladie mentale. Généralement incurables.



5. *Folie systématisée progressive.* — Symptomatologie principale : délire logique et coordination logique d'idées délirantes et d'hallucinations. Raisonnement logique basé sur des interprétations erronées. Conversation saine lorsqu'elle porte sur des sujets étrangers aux préoccupations habituelles des malades. Évolution progressive du délire qui, basé sur une exagération constante du sentiment de la personnalité, sur un égoïsme tout spécial, part de préoccupations intéressées, d'idées de persécution, pour aboutir au délire des grands d'abord, à la caducité intellectuelle ensuite, le champ des hallucinations s'étendant progressivement aussi....

6. *Dégénérescence avec délire chronique ou débilité mentale avec troubles rémittents*<sup>1</sup>. — Groupe comprenant les intelligences faibles, plus ou moins voisines de l'imbécillité et de l'état normal, les individus incapables de se diriger seuls, de pourvoir à leurs besoins ou de vivre en liberté sans danger pour la morale ou la sécurité et l'ordre publics, comprenant aussi les cas de délire non ou peu systématisés, les réactions maniaques, etc..., troubles passagers ou rémittents greffés sur de la débilité mentale.

7. *Démence organique et folies séniles.* — Aliénations mentales caractérisées par la déchéance des facultés intellectuelles par suite d'altérations organiques surtout liées à la sénilité, ou folies vésaniques, maniaques ou mélancoliques, chez des séniles, folies dont les manifestations mêmes, à caractères de puérité, d'instabilité, etc..., accusent la sénilité mentale.

8. *Paralysie générale progressive.* — La paralysie générale, comme le délire aigu, revient au cadre de la pathologie médicale pure autant qu'à celui de la pathologie mentale. C'est une affection, à notre avis, encore très mal connue, quoi que l'on dise, et que l'avenir supprimera certainement en tant qu'entité morbide. Je ne m'arrêterai pas, par conséquent, à donner une symptomatologie générale, car je suis persuadé, ainsi que j'ai tenté de l'établir ailleurs<sup>2</sup>, que l'on englobe aujourd'hui sous la dénomination « Paralysie générale progressive » des affections absolument différentes par leurs

1. Ou folie par dégénérescence.

2. *Revue médicale de l'Est.* 1893. *Périodes paralytiques de l'alcoolisme et du saturnisme.* Et communication au Congrès de médecine mentale de 1896. Nancy.

causes, par leurs phases premières, souvent par leur terminaison et, par conséquent, par l'anatomie pathologique. La paralysie générale ne serait, à mon sens, qu'une phase d'une intoxication et elle a des caractères spéciaux suivant qu'elle est produite par l'alcool, par la syphilis, par le plomb, par l'oxyde de carbone, etc..., ou par l'union de plusieurs causes, — caractères qu'il n'est pas indifférent de chercher ou de connaître si l'on ne veut pas commettre des erreurs graves de pronostic et annoncer, par exemple, comme fatalement prochaine la fin de personnes dont la santé physique sera prospère dans vingt ans.

Cette question est donc à reprendre, et j'ai la ferme conviction que, pour l'éclairer, la voie à laquelle je fais allusion est la plus sûre.

9. *Folie syphilitique.* — *Encéphalopathie syphilitique.* Allusion à un cas ainsi noté par application des réflexions qui précèdent : Malade entrée le 13 août 1896, atteinte, d'après un certificat à fin d'admission à l'Asile, « de paralysie générale progressive d'origine spécifique ». L'auteur de ce certificat faisait même un diagnostic différentiel en ajoutant : « Elle présente les signes somatiques de cette affection : inégalité pupillaire, tremblement de la langue et des lèvres, bredouillement de la parole qui est embarrassée, scandée..., agitation violente qui la porte à frapper les personnes qui l'entourent. »

Un autre certificat, en date du 4 août 1896, concernant la même personne est ainsi libellé : « ... a eu la syphilis il y a 6 ans, tombée dans la misère, je l'ai trouvée sans chemise ni bas avec une misérable loque autour des reins ; elle m'a invité à son prochain mariage ; passe son temps à marauder et déraisonner. »

A l'entrée, nous notons un affaiblissement intellectuel profond, perte de la mémoire des faits récents, abolition de la volonté et des sentiments affectifs, satisfaction personnelle enfantine, et, comme signes somatiques : inégalité des pupilles, lenteur plutôt qu'embarras de la parole, tremblement fibrillaire léger et *non continu* des muscles de la langue et des lèvres. Un de nos internes signale, dans son observation, que la parole est *scandée, sèche*. La malade est agitée, frappe et l'excitation continue pendant la nuit. Il est néan-

moins possible de faire subir un interrogatoire à cette malade et, par conséquent, d'interrompre momentanément l'excitation.

Décès le 4 octobre 1896 par suite de marasme extrême. (Sans procès-verbal d'autopsie par suite de circonstances spéciales.)

Voilà un cas qu'il est facile de différencier de la paralysie générale donnée comme type classique et par les caractéristiques signalées plus haut et par maintes autres telles que, par exemple : évolution spécialement rapide, possibilité de capter l'attention même au milieu d'une excitation très vive, etc...

Cette syphilitique s'est trouvée, il faut le dire, dans les plus mauvaises conditions ; elle n'a suivi aucun traitement, ainsi que cela résulte du certificat du 4 août, elle était abandonnée dans la misère la plus absolue. L'évolution rapide que nous signalons est donc naturelle.

Il n'en reste pas moins vrai que cette affection a présenté quelques caractères particuliers comme les périodes correspondantes de l'alcoolisme et du saturnisme appelées à tort pseudo-paralysies générales alcooliques ou saturnines.

10. *Folie névrosique épileptique ou épilepsie et imbécillité.* — Nous englobons sous cette dénomination tous les cas d'épilepsie avec troubles intellectuels assez prononcés pour que les épileptiques ne puissent plus vivre au dehors sans danger pour eux-mêmes ou pour la sécurité, la morale ou l'ordre publics, et les états de dégénérescence plus accentués s'accompagnant d'épilepsie, imbécillité ou idiotie et épilepsie.

On peut observer chez les épileptiques relativement intelligents presque toutes les variétés de troubles intellectuels depuis la simple confusion mentale jusqu'à la confusion mentale hallucinatoire, depuis l'excitation maniaque subaiguë, jusqu'à l'agitation paroxystique, depuis la dépression mélancolique jusqu'à la folie hypochondriaque la plus accentuée, etc..., mais tous ces troubles ont pour caractéristique de la rémittence dans leur intensité ou dans leurs manifestations. Ils sont généralement plus accentués chez la femme lors des écoulements menstruels, tantôt avant, tantôt pendant, tantôt après, parfois pendant toute la période de fluxion ovarienne.

Les troubles rémittents ou intermittents non convulsifs semblent

assez fréquemment se substituer aux attaques convulsives ; ainsi, fait assez probant à cet égard, j'observe actuellement une jeune fille qui n'a guère d'accès convulsifs qu'un ou deux jours avant l'écoulement des règles, qui, dans l'intervalle des périodes menstruelles, est chaque jour assez calme ou s'occupe depuis le lever jusqu'à 3 heures de l'après-midi, mais de 3 à 4 heures du soir, régulièrement, elle est agitée, l'excitation débutant par des cris ; lorsque l'agitation tombe, la jeune malade devient stupide, bave, crache beaucoup ; elle se trouve dans l'état d'une épileptique qui vient d'avoir une crise convulsive, mais cette stupidité dure chez elle de 4 heures à 5 heures et demie, parfois à 6 heures et demie, puis elle revient à son état normal.

Voilà une observation qui permet évidemment un rapprochement entre les folies rémittentes ou intermittentes et l'épilepsie.

11. *Folie névrosique hystérique.* — Forme protéique par les manifestations secondaires, mais derrière lesquelles on trouve toujours un état type avec quelques symptômes classiques de la névrose, sensation de boule, battements de paupières, clou, troubles de sensibilité périphérique, etc...

Comme état mental type : caractère d'instabilité, rires ou pleurs, alternances subites sans transition marquée des grandes formes vésaniques typiques, manie et mélancolie, ou d'accès bruyants ou autres et de périodes de lucidité, particularité différentielle nettement mise en évidence par M. Falret que dans la manie hystérique, par exemple, il est habituellement possible de fixer l'attention des malades, momentanément au moins, et de donner à leur conversation une certaine cohérence que l'on n'obtiendrait pas du maniaque type. Suggestibilité, esprit d'imitation, etc...

Comme symptômes de second plan : propos ou gestes lascifs, érotomaniaques plutôt qu'érotiques, illusions sensorielles et interprétations fantastiques plus fréquemment qu'hallucinations. Idées délirantes le plus souvent sans consistance. Attrait pour tout ce qui a un certain cachet de mysticisme, etc...

12. *Folie puerpérale.* — Nous ne conservons cette appellation que pour indiquer que l'aliénation mentale est liée à une altération de

l'état physique qui peut en partie résulter de la grossesse ou de l'allaitement et des circonstances concomitantes.

La forme affectée par les troubles intellectuels, dans leur ensemble, est surtout donnée par l'hérédité individuelle, ainsi que nous l'avons établi dans un travail spécial<sup>1</sup>.

On peut trouver : simple exaltation d'une dégénérescence, ou instinctive, ou hystérique, etc..., mélancolie, manie, etc..., avec cette particularité que lorsqu'il y aura de l'incohérence, cette incohérence se différencie nettement de celle du maniaque typique en ce sens qu'elle est à caractère de confusion, *incohérence par pénurie d'idées*, tandis que celle du maniaque est *incohérence par hyperidéation*.

Folies puerpérales en majeure partie curables, puisque liées habituellement à des troubles physiques manifestes, qu'il est relativement facile de combattre.

Pronostic dépendant beaucoup de la tare individuelle.

13. *Folie alcoolique*. — Assez variée aussi dans ses manifestations suivant l'état nerveux antérieur du sujet, son hérédité et la nature des spiritueux consommés en excès.

Il ne faut pas croire que les troubles intellectuels de l'alcoolique sont toujours caractérisés par de la dissociation d'idées plus ou moins prononcée avec hallucinations terrifiantes, angoisses, cauchemars, etc... Le tableau symptomatique diffère assez sensiblement, par exemple, pour l'alcoolique normand et pour l'alcoolique lorrain : le premier consommant surtout des eaux-de-vie de cidre et de poiré, le second des eaux-de-vie de marc, de myrtille (brimbelle), de betteraves, etc...

On peut chez des alcooliques absolument invétérées n'observer qu'une agitation paroxystique rémittente, agitation que l'on peut ainsi décrire : vociférations, propos grossiers, orduriers, tendances à la violence sur les personnes et les choses, loquacité intarissable, facies vultueux, mobilité ou désordre d'actes. Agitation par accès, sans incohérence des idées.

Nous avons reçu, en 1896, une femme de ce dernier type ; c'est une habituée de prisons, dont les dernières peines subies n'ont été

1. *De la Folie des femmes enceintes*. Librairie Maloine. Paris, 1897.

séparées les unes des autres que par deux ou trois journées de liberté, de libations. Agitation paroxystique aux époques menstruelles.

Il est évident pour nous que cette vieille alcoolique doit sa forme spéciale de folie alcoolique à l'hérédité, à son organisation nerveuse congénitale.

Comme nous le disions plus haut, la folie alcoolique comprend aussi une période paralytiforme, encore incomplètement isolée et appelée paralysie générale ou pseudo-paralysie générale, au risque d'établir une confusion entre cette phase et les phases correspondantes de diverses intoxications, saturnisme, syphilis, etc..., confusion regrettable, puisque le pronostic n'est pas le même pour toutes les phases paralytiformes d'intoxications.

14. *Imbécillité ou idiotie*. — Intelligences plus ou moins rudimentaires. Résultat de tares des ascendants ou de maladies fœtales ou infantiles.

15. *En observation et non-aliénées*. — Cette désignation vise un certain nombre de personnes, épileptiques, vagabondes, etc..., mises en observation et qui ont été renvoyées après examens, parce qu'elles ne présentaient pas de troubles intellectuels leur enlevant la responsabilité de leurs actes.

Une de ces vagabondes ainsi admise en 1896 mérite une mention spéciale :

Elle nous fut adressée après une simulation de folie et de tentative de suicide : arrêtée causant du scandale sur la voie publique, elle fut mise en observation dans un hospice où elle se pendit, mais en ayant soin de tenir d'une main la partie du lien appliquée sur le cou, supercherie que ne remarqua pas la surveillante qui vint couper la corde et qu'appela le bruit fait par la pendue. Dès le lendemain de son entrée à Maréville, cette femme nous faisait l'aveu de sa simulation et nous constatons que nous n'étions qu'en présence d'une paresseuse qui voulait se faire hospitaliser, et la meilleure preuve que nous étions dans le vrai, c'est que, mise en liberté avec quelques secours, elle est allée jusqu'à Épinal et revenue peu de temps après vagabonder à Nancy, simulant de nouveau la folie pour se faire réintégrer à l'Asile dont le régime lui plaisait assez.

Du nombre total d'admissions, 166, nous sommes donc amené à

retrancher cinq non-aliénées et cinq femmes qui figurent deux fois chacune dans le tableau, trois par suite de réintégration dans l'année, après sorties à titre d'essai, deux par suite de rechute. Nous n'aurons, par conséquent, à nous occuper ultérieurement que de 156 malades ; nous n'avons reçu en réalité que 156 aliénées.

Mais, avant d'aller plus loin, je tiens à revenir sur un point qui demande quelques explications en raison d'une accusation de contradiction dont je pourrais être l'objet :

A première vue, le tableau précédent ne justifie guère tous les reproches que nous avons formulés contre l'alcoolisme au début de ce travail ; on ne remarque, en effet, que trois cas de folie alcoolique pour une année. Cela signifie tout simplement que les excès alcooliques n'ont déterminé directement que trois cas de folie aiguë, mais on peut certainement mettre à l'actif de l'alcoolisme nombre de cas d'imbecillité et d'autres aliénations mentales qui figurent dans ce cadre. Combien, en effet, de ces femmes descendent directement d'alcooliques et sont victimes d'excès de leurs ascendants !

Nous lisons dans la *Revue scientifique* du 22 janvier 1897 :

« M. Bourneville, résumant ses observations, vient d'adresser à la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle une intéressante communication, sous forme d'une statistique portant sur mille enfants de toute catégorie (dégénérés, idiots, épileptiques, imbeciles moraux, instables et pervers), entrés dans son service de 1880 à 1890. L'alcoolisme a été relevé :

Chez le père de . . . . .	471	enfants.
Chez la mère de . . . . .	84	—
Chez le père et la mère de . . . . .	65	—
Les renseignements font défaut pour . . . . .	171	—
L'alcoolisme n'existait pas chez les parents de . . . . .	209	—
Total . . . . .	<u>1,000</u>	—

« Dans 57 cas la conception a eu lieu durant l'ivresse alcoolique du père. Dans 24 autres cas, il y a de grandes probabilités qu'il en a été de même, mais non certitude. »

Les recherches de M. Bourneville sont déjà très suggestives, mais

elles restent certainement incomplètes, car il n'y a pas que les dégénérescences inférieures, qui l'occupent plus spécialement, qui puissent être observées chez les descendants d'alcooliques, mais aussi quantité de névroses et de dégénérescences relativement supérieures, et l'ivrognerie, et la dysomanie même.

Tous ces états d'aliénation mentale montrent la fécondité de l'alcoolique et établissent irréfutablement, comme l'a dit M. le professeur Pinard, que, malheureusement, Bacchus n'est pas ennemi de Vénus.

Nous avons dit plus haut comment les alcooliques ne sont pas seulement dangereux pour leur descendance et comment ils le sont pour leurs conjointes.

Tout, en somme, fait de l'alcoolique un être menaçant pour la société ; c'est une charge et un fléau pour les familles, pour les communes et pour l'État. Il ne mérite donc pas, *lorsqu'il n'est pas une victime de son origine* (ivrogne par hérédité), toutes les tergiversations qui entravent les projets destinés à le combattre.

J'arrive à l'examen de toutes les causes habituelles de l'aliénation mentale :

#### *Causes habituelles de l'aliénation mentale.*

Une étude des causes de l'aliénation mentale, pour être complète, ne doit pas se borner à la constatation des causes prédisposantes et des causes déterminantes individuelles ; elle doit remonter aux causes premières, ancestrales, à l'origine des causes prédisposantes individuelles.

Comme nous l'avons vu, à propos de l'accroissement de l'aliénation mentale dans l'Est, ces causes premières sont surtout l'alcoolisme, la syphilis, la débauche des ascendants, mais principalement l'alcoolisme qu'accuse nettement l'augmentation des droits perçus sur les alcools par l'administration des contributions indirectes, augmentation qui s'est étendue dans des proportions effrayantes dans les régions frontières de nos départements de l'Est.

On a incriminé les mariages consanguins ; il est évident que

l'union de parents non absolument sains ne peut que favoriser le développement ou la genèse de dégénérescences.

La sénilité des ascendants est aussi justement mise en cause, car ils ne peuvent transmettre habituellement qu'un système nerveux débile, fragile, que le moindre heurt bouleversera. C'est l'histoire du dernier œuf d'une poule, par exemple, qui ne fournit généralement qu'un produit nain.

Je ne parle pas de la transmission ou de la transformation de tares nerveuses, puisque je cherche à montrer les causes premières de toutes ces tares.

En somme, les causes originelles de l'hérédité, cause prédisposante, seraient le plus généralement celles que nous venons d'indiquer.

On peut encore y ajouter la misère, les mauvaises conditions de milieu qui ne permettent à ceux qui en sont victimes de donner à leurs descendants qu'un système nerveux reflétant en quelque sorte les souffrances du générateur. De même les maladies de la mère peuvent imprimer un cachet pathologique au fœtus : « S'il est bon pour tout citoyen de posséder un casier judiciaire vide, il n'est pas moins utile de posséder, pour bien agir dans la vie, un casier utérin vierge de tout accident.... L'incubation de l'œuf humain, pour évoluer dans de bonnes conditions, doit se faire dans le calme et dans la quiétude. Et ces conditions ne peuvent se rencontrer, par exemple, dans un ménage où le père est alcoolique. » (Professeur Pinard.)

Telles sont les causes fondamentales, générales par opposition à quelques causes spéciales, relativement exceptionnelles, maladies infectieuses, par exemple, qui laissent une altération de l'organisme, une modification définitive de la constitution générale du système nerveux et qui semblent substituer en quelque sorte une personnalité nouvelle, anormale, à la personnalité antérieure à l'affection. Cette personnalité nouvelle peut-elle faire souche d'aliénation mentale ? Cela est très probable, toutefois la question n'est pas absolument tranchée ; elle ne peut être catégoriquement résolue que par de nombreuses études d'antécédents.

Les causes prédisposantes relevées pour les 156 aliénées entrées dans notre service en 1896 sont les suivantes :

Hérédité certaine . . . . .	17
Hérédité certaine et atteintes antérieures de folie . . . . .	10
Hérédité probable et atteintes antérieures de folie . . . . .	7
Hérédité probable, ou accusée par les symptômes . . . . .	13
Hérédité probable, ou maladie fœtale probable. . . . .	5
Névrose antérieure (accusant hérédité au moins probable) . . .	14
Hérédité certaine ou probable et puberté . . . . .	1
Hérédité certaine ou probable et âge critique . . . . .	20
Hérédité certaine ou probable et sénilité . . . . .	22
Hérédité et état puerpéral . . . . .	9
Tuberculose . . . . .	1
Syphilis . . . . .	3
Alcoolisme. . . . .	8
Mauvaises conditions de milieu et hérédité certaine ou probable	11
Total des causes relevées. . . . .	141
Causes inconnues par manque de renseignements . . . . .	15

---

156

Nous considérons quelques causes, telles que l'alcoolisme, les mauvaises conditions de milieu, etc..., comme pouvant jouer à la fois le rôle de causes prédisposantes et de causes déterminantes, mais il est bien probable que leur action est toujours favorisée par une tare héréditaire. A cet égard nous serons bien difficilement en situation de trancher la question, car les renseignements donnés sur les antécédents des malades sont rarement bien précis ; les tableaux spéciaux, comme le précédent, ne peuvent fournir une certitude absolue ; ils donnent cependant des indications utiles.

Les causes déterminantes de l'aliénation mentale, celles que l'on rencontre le plus souvent, sont indiquées, avec leur fréquence relative, dans le tableau ci-dessous : ce sont du moins celles que nous avons pu noter d'après les renseignements donnés par les familles :

Hérédité ou maladie fœtale (états congénitaux) . . . . .	14
Age critique . . . . .	17
Sénilité . . . . .	8

Maladies physiques, altération de l'état physique, grossesse, allaitement, anémie, etc. . . . .	25
Mauvaises conditions de milieu, misère, causes professionnelles (cuisinières, charbon), vagabondes, négligées. . . . .	18
Excès alcooliques . . . . .	9
Excès alcooliques et vénériens chez la même personne. . . . .	2
Syphilis . . . . .	1
Double influence du tabac et de la syphilis. . . . .	1
Onanisme. . . . .	1
Affection chirurgicale de l'utérus (opération). . . . .	1
Choc moral, chagrins, mauvais traitements. . . . .	32

Je crois qu'il n'y a pas lieu de séparer les causes déterminantes physiques des causes déterminantes morales et qu'elles doivent rester confondues ; le plus souvent elles sont, en effet, intimement liées, les longs chagrins, les mauvais traitements amenant une altération de la santé physique qui précède l'aliénation mentale et qui, dans beaucoup de cas, semblerait être seule la cause déterminante réelle, car la guérison de la maladie mentale est bien souvent consécutive à l'amélioration de l'état physique. Il est évident, d'un autre côté, que les causes morales ont une influence d'autant plus grande qu'elles agissent chez une personne plus débile.

Dans un très grand nombre de cas, la cause déterminante nous échappe : un accès de manie, par exemple, éclate chez une personne qui ne présente aucun trouble physique apparent, qui n'a pas eu de sujets de contrariétés ; cet accès se dissipe pour être suivi d'autres se répétant dans des conditions analogues à intervalles plus ou moins longs, parfois d'un grand nombre d'années. Il nous semble que, dans les cas de ce genre, l'hérédité joue en même temps le rôle de cause prédisposante et de cause déterminante ou que la cause déterminante se produit en nous par suite d'une organisation héréditaire spéciale, comme la cause déterminante de l'accès d'épilepsie se produit d'une façon intermittente ou rémittente par hérédité (même si l'on admet que l'accès soit dû à une accumulation de toxines).

Les causes de rechutes nous fourniront peut-être quelques enseignements à cet égard :

Quatorze femmes sont rentrées dans notre service, en 1896, par

suite de rechute. Suit l'analyse des causes de ces rechutes et de leurs particularités :

N° 1. Accès de manie chez une femme déjà âgée, ayant eu quatre atteintes antérieures analogues, la première semblant avoir été déterminée par l'âge critique, les autres, comme cette dernière, sans cause déterminante autre que l'influence de l'hérédité que paraît accuser la rémittence des troubles.

N° 2. Accès de manie chez une femme séquestrée six fois déjà depuis l'année 1870 par suite de troubles analogues à ceux que nous observons maintenant. Fille d'un homme très nerveux, elle a perdu cinq enfants en bas âge par suite de convulsions et eut plusieurs fausses couches. La cause déterminante de chacun des accès n'est probablement que l'hérédité ; cependant les accès sont plus fréquents depuis l'âge critique et le dernier semble avoir éclaté plutôt sous l'influence de la misère et d'une débilité physique profonde.

N° 3. Une débile mentale, placée déjà trois fois à la suite d'un mélange de troubles maniaques et lypémaniques ; le premier accès apparemment dû à l'hérédité et à un chagrin, perte d'une personne chère, les autres sans cause déterminante plausible autre que l'hérédité.

N° 4. Folie névropathique. Une atteinte d'aliénation mentale quatre ans auparavant attribuée à un état puerpéral et à de la débilité physique. Cause déterminante de la seconde atteinte : choc moral.

N° 5. Antécédents héréditaires ou personnels inconnus. Une atteinte de manie il y a dix ans. La seconde (1896) à l'âge critique.

N° 6. Hérédité. Cinq séjours antérieurs à l'Asile pour accès de manie. Sixième accès à l'âge critique.

N° 7. Un premier accès de manie attribué à un état puerpéral et à des chagrins, le second à des chagrins.

N° 8. Hérédité. Un accès de manie à l'âge de 21 ans et un à 48 ans, âge critique.

N° 9. Hérédité. Un accès de folie sénile suivi d'un second à sept mois d'intervalle.

N° 10. Hérédité. Deux accès de manie hystérique dans la même année (puberté, 17 ans). Un accès de folie hystérique à l'âge de

34 ans, déterminé par des souffrances physiques et morales et une opération chirurgicale (curetage de l'utérus).

N° 11. Hérité ou maladie fœtale ou infantile, tare nettement accusée par une débilité mentale prononcée. Six séquestrations à intervalles variables par suite d'excitation maniaque. Vagabonde, miséreuse.

N° 12. Hérité. Une première atteinte de folie sans cause déterminante indiquée; une seconde trois semaines après (confusion mentale) à la suite d'une variole; une troisième, six mois après la seconde, caractérisée par de la confusion mentale avec désordre d'actes, et une seule attaque épileptiforme en quelques mois.

N° 13. Un accès de mélancolie déterminé par un profond chagrin (perte de son mari) suivi, à deux mois d'intervalle, d'un accès de manie. N'est-il pas permis de supposer que cet intervalle de deux mois ne représentait, en somme, que la période de lucidité d'un accès global de folie circulaire?

N° 14. Hérité. Un accès de manie, en 1891, à l'âge critique, à la suite de chagrins et de troubles de la menstruation. Un accès de stupidité, confusion mentale, en 1896, à la suite de profonds chagrins.

Il est évident que les chagrins, que la misère, que l'âge critique, que divers troubles physiques peuvent être causes déterminantes de rechute, surtout lorsque la rechute se produit de longues années après la guérison, après une première atteinte, mais, en somme, les rechutes, n°s 1, 2, 3, 6, 11, 13, signalées plus haut, attestent nettement, à notre avis, que l'hérité peut être souvent à la fois seule cause prédisposante et seule cause déterminante de rechute, c'est-à-dire que l'on considère comme rechute, comme nouvelle maladie en quelque sorte, un simple accès de troubles intellectuels qui n'est, en réalité, que période d'aliénation mentale ou plutôt manifestation rémittente de dégénérescence. De telle sorte que pour nous il n'y a pas eu de rechute dans les cas n°s 1, 2, 3, 6, 11, 13, mais simplement répétition par hérité, à intervalles plus ou moins longs, accès rémittents de folie, qu'il n'y a pas plus lieu de considérer chacun comme une maladie que l'on ne considère des accès isolés, ou en séries, d'épilepsie comme rechutes.

Une fois la folie manifestée par un accès, chez certains groupes de prédisposés, les accès ultérieurs sont simplement symptomatiques et non entités, comme les accès d'épilepsie; ils se reproduisent à intervalles variables et suivant les tares et suivant certaines circonstances physiologiques sous la dépendance d'une hérité spéciale, accumulation de toxines, si l'on veut, mais accumulation dont le retour périodique accuse une organisation spéciale de l'individu, organisation anormale ou par hérité ou par maladie fœtale, etc...

Il est donc certaines formes d'aliénation mentale qui, jugées curables jusqu'à présent, ne le sont pas, ainsi qu'on le constate en les étudiant de plus près, surtout dans le passé; ces prétendues formes ne sont réellement que des périodes symptomatiques de dégénérescence. Il serait trop long de chercher ici les caractères qui les différencient des folies curables; nous ferons de cette recherche l'objet d'un travail spécial.

*Quant aux causes de réintégrations, c'est-à-dire du retour de malades sorties avant guérison, leur examen présente aussi quelque intérêt; nous avons eu dix réintégrations en 1896:*

N° 1. Épileptique sujette, après les crises convulsives, à des accès d'agitation extrêmement vive; retirée, malgré notre avis, pour être conservée avec domestique spéciale dans sa famille; replacée en raison de la violence des périodes d'excitation.

N° 2. Accès d'agitation paroxystique chez une débile mentale sujette à des exaltations maniaques rémittentes; elle était sortie sur les instances réitérées de la famille, bien que nous ayons donné un avis défavorable.

N° 3. Mélancolie avec tendances au suicide; malade retirée par sa fille qui se chargeait de lui donner toute la surveillance et les soins nécessaires. Avis contraire du médecin. Réintégrée à la suite d'une tentative de précipitation par une fenêtre d'un premier étage; sans l'intervention d'un tiers, la mère se jetait par la fenêtre et entraînait sa fille dans sa chute.

N° 4. Mélancolique améliorée, conservée quelques années dans sa famille, jusqu'à recrudescence de troubles favorisée par les progrès de l'âge.

N° 5. Mélancolique rentrée très améliorée dans sa famille où elle vécut plusieurs années presque complètement lucide. Réapparition des premiers troubles liée à une altération profonde de la santé physique.

N° 6. Débilité mentale avec troubles bruyants rémittents. Un nouvel accès de ces troubles causé par la nature de l'hérédité.

N° 7. Mélancolique névropathe sortie malgré notre opposition, son mari s'engageant à lui donner soins et surveillance indispensables. Réintégration à la suite d'une tentative de suicide par submersion.

N° 8. Malade n° 1 ; nouvel essai de sortie dans les conditions ci-haut indiquées. Même cause de réintégration.

N° 9. Délire chronique. Sortie améliorée il y avait dix ans. Recrudescence de troubles psychiques sous l'influence des progrès de l'âge et d'excès alcooliques.

N° 10. Comme n° 2. Même malade.

De ces dix réintégrations sept ont suivi des sorties jugées ou prématurées ou dangereuses par le service médical, aussi les malades n'ont-elles fait qu'un court séjour dans leurs familles et quelques accidents ont-ils failli être la conséquence de la résistance à nos avis ; mais nous reviendrons sur cette question des sorties avant guérison ou amélioration franche, lorsque nous parlerons de conditions précautionnées dans lesquelles peuvent se faire les essais de sortie.

Au commencement de ce travail, j'ai donné le tableau des admissions par mois, mais je ne l'ai fait que pour me conformer à un usage suivi par la plupart de mes collègues des asiles et pour faire ressortir l'illogisme de cette statistique, illogisme qui découlera du résumé suivant relatif à la durée de la maladie avant l'admission :

*Durée de la maladie avant l'admission des 156 aliénées reçues en 1896.*

De 1 mois et au-dessous . . . . .	16
De 1 mois à 3 mois . . . . .	17
De 3 mois à 6 mois . . . . .	45
De 6 mois à 1 an . . . . .	11

De 1 an à 2 ans . . . . .	17
De 2 ans à 5 ans . . . . .	12
De 5 ans à 10 ans . . . . .	3
De 10 ans à 20 ans . . . . .	4
De 20 ans à 30 ans . . . . .	1
De plusieurs années ou remontant à la naissance . . . . .	12
Durée indéterminée ou inconnue, généralement longue . . . . .	48

Et maintenant que signifie le tableau des admissions par mois que l'on est accoutumé à trouver dans tout rapport annuel, absolument comme s'il devait apprendre que tels ou tels mois donnent plus de cas d'aliénation mentale que tels ou tels autres ? Il ne signifie absolument rien, ses indications n'ont aucune valeur, puisqu'elles ne reposent pas sur le début réel de l'aliénation mentale et qu'elles ne font nullement connaître le mois de l'éclosion de tel ou tel cas de folie. J'ajouterai même qu'avec les renseignements de notre dernier relevé, étant donné le mois d'admission, il n'est pas possible de remonter au début vrai de la folie, car les prodromes échappent généralement à l'entourage familial des malades. Ils sont même tellement méconnus que maintes femmes, par exemple, sont maltraitées, brutalisées comme soupçonnées de mauvaise volonté, considérées comme paresseuses, alors qu'elles deviennent indolentes, qu'elles négligent leur ménage, la préparation d'aliments, etc...., tout simplement parce qu'elles sont déjà malades. Et bien souvent aussi ces mauvais traitements que leur amènent les prodromes de la folie sont donnés comme causes morales, alors qu'en réalité ils n'ont pu qu'imprimer une impulsion à l'aliénation mentale, jouer le rôle de circonstances aggravantes. Les causes morales n'ont donc pas toujours toute l'importance qu'on est tenté de leur attribuer.

La remarque que nous venons de faire relativement aux mauvais traitements occasionnés parfois par les prodromes de la folie et l'ignorance de l'entourage, a une certaine importance au point de vue médico-légal ; j'ai vu, tout récemment, faire une enquête judiciaire sur un cas d'aliénation mentale attribué par des voisins à des



brutalités.... Ces brutalités, si brutalités il y avait réellement, n'étaient-elles pas tout simplement la conséquence du début de la maladie mentale, ne découlaient-elles pas de l'ignorance des parents et n'ont-elles pas joué le rôle de circonstances aggravantes, mais circonstances aggravantes inconsciemment déterminées, en somme? Autant de questions qu'il me semble utile de résoudre pour établir le degré de culpabilité de l'entourage des malades.

Nous sommes amené à constater que les prodromes peuvent être en quelque sorte la cause d'aggravation de la folie, s'ils sont assez vagues, assez lents pour ne pas frapper l'attention des personnes qui entourent les malades. C'est là aussi un des inconvénients des placements tardifs dont plus loin nous ferons ressortir la gravité.

Je ne donnerai pas, comme on le fait généralement, le tableau auquel on veut faire exprimer un rapport entre les formes de maladies mentales et les causes déterminantes, car, sauf peut-être pour les folies par intoxication, c'est la prédisposition individuelle, la tare héréditaire ou fœtale qui donne la forme syndromique. Les réserves que je fais au sujet de cette exception pour les folies par intoxication ne sont-elles pas justifiées par ces faits qui confirment nos vues générales, à savoir que telle personne, par exemple, sera atteinte de folie dépressive, mélancolie, à la suite de l'influenza, tandis que telle autre sera frappée d'un accès de manie, de folie exubérante après une atteinte de grippe infectieuse? C'est le plus souvent l'état nerveux antérieur qui donne la note. N'en est-il pas ainsi également pour les folies alcooliques : elles peuvent revêtir la forme mélancolique, la forme maniaque et même la forme circulaire, ce qui se comprend facilement si l'on songe que tel individu aura toujours l'ivresse triste, que tel autre aura toujours le vin gai, que chez tel autre encore l'ivresse sera successivement triste et gaie ou inversement.

Partout on trouve donc l'influence de la tare, de la constitution nerveuse spéciale, individuelle.

Au point de vue de l'âge et de ses rapports avec les formes d'aliénation mentale, nos admissions de 1896 se classent ainsi :

AGES.	Délire aigu.	Manie.	Mélancolie.	Folie systématisée progressive.	Débilité mentale avec ou sans délire ou excitation rémittente <sup>1</sup> .	Démence organique ou folies séniles.	Paralyse générale progressive.	Folie nerveuse épileptique ou imbécillité et épilepsie.	Folie névrosique hystérique.	Folie puerpérale.	Folie alcoolique.	Folie syphilitique.	Folie circulaire.	Imbécillité ou idiotie.	Totaux.
15 à 20 ans . . .	»	»	»	»	1	»	»	1	2	»	»	»	»	3	7
20 à 25 — . . .	»	5	1	»	2	»	»	»	2	1	»	»	»	»	11
25 à 30 — . . .	»	4	1	1	3	»	1	1	1	3	»	»	»	1	16
30 à 35 — . . .	»	1	3	1	6	»	»	1	4	1	1	1	»	»	19
35 à 40 — . . .	»	4	4	»	3	1	5	»	1	3	»	»	»	»	21
40 à 45 — . . .	1	4	4	»	3	»	2	»	2	1	1	»	1	»	19
45 à 50 — . . .	»	9	3	»	1	»	3	1	1	»	»	»	»	»	18
50 à 55 — . . .	»	1	7	2	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	10
55 à 60 — . . .	»	1	3	»	»	1	»	1	»	»	»	»	»	»	6
60 à 65 — . . .	»	2	4	1	»	3	»	»	»	»	1	»	»	»	11
65 à 70 — . . .	»	»	1	»	»	8	»	»	»	»	»	»	»	»	9
70 à 75 — . . .	»	»	»	»	»	6	»	»	»	»	»	»	»	»	6
75 ans et au-dessus.	»	»	1	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	2
Age inconnu (sénile)	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	1
Totaux . . .	1	31	32	5	19	21	11	5	13	9	3	1	1	4	156

Ces chiffres sont surtout intéressants en ce qu'ils permettent quelques constatations absolument physiologiques.

Si nous examinons les colonnes de maladies mentales qui peuvent se rattacher aux deux formes principales d'aliénation mentale vésanique, forme exubérante, manies, et forme dépressive, mélancolies, nous constatons la plus grande fréquence de la forme exubérante (manie, folie hystérique, excitation rémittente des débiles) de 20 à 35 ans, époque de l'exubérance vitale et génitale, de la floraison; une sorte d'équilibre s'établit entre les deux formes à l'âge mûr, de 35 à 45 ans, et l'âge critique, âge de dépression vitale, de défloraison, voit prédominer la forme dépressive.

Est-ce à dire que ce sont les grandes crises vitales qui donnent la forme affectée par la folie? Non, cette forme est généralement, comme nous l'avons vu précédemment, déterminée par la nature de la tare prédisposante; les prédispositions à caractère d'exubérance sont surtout développées, exaltées avant l'âge critique, tandis que les autres, à caractère de dépression, le sont surtout après.

Nous en concluons qu'au point de vue de la durée de la vie intel-

1. Ou folie par dégénérescence.

lectuelle normale, les *tares dépressives* sont plus avantageuses que les autres, puisqu'elles ne conduisent généralement que beaucoup plus tard à l'aliénation mentale, à l'asile d'aliénés.

L'âge critique n'apporte-t-il pas un peu de mélancolie à tout le monde? Quoi d'étonnant donc à ce qu'il devienne une cause adjuante plus spécialement fatale aux prédisposés dépressifs?

L'état civil n'a pas et ne peut pas avoir d'influence pour la détermination de la forme de la folie; c'est, je ne saurais trop le répéter, l'hérédité individuelle qui donne cette forme et qui explique pourquoi, étant données deux prédisposées à une anémie subite, telle que celle qui résulte d'une hémorragie abondante, on verra éclater chez l'une un accès de manie, chez l'autre une atteinte de mélancolie. Je crois donc inutile de suivre les errements habituels et de chercher un rapport statistique entre l'état civil et la forme de la maladie mentale. Sur 156 aliénées admises dans l'année, nous comptons :

- 55 célibataires;
- 68 mariées, sous puissance de maris;
- 32 veuves;
- 1 divorcée.

Les célibataires sont en assez grand nombre, car elles comprennent imbéciles, épileptiques et débiles, dégénérées non mariables en somme.

Le total plus élevé des mariées ou des veuves justifie le rôle que nous avons attribué, comme causes déterminantes, aux chagrins, aux mauvais traitements, au surmenage physique ou moral, en un mot à tout ce qui peut avoir une influence débilante sur l'état physique.

Les causes professionnelles sont moins nombreuses pour la femme que pour l'homme; elles devraient être divisées en: 1° causes professionnelles directes, et 2° causes professionnelles indirectes; les premières professions exigeant, par exemple, des manipulations de préparations à base de plomb, peintures, ou exposant directement à des influences pernicieuses (cuisinières et oxyde de carbone, etc.), pouvant amener ainsi par elles-mêmes l'aliénation mentale, les se-

condes étant surtout dangereuses par des conséquences qu'elles n'imposent pas absolument (cafetiers, marchands de vins, etc., et excès alcooliques). La création d'une troisième division serait même logique et justifiée par l'influence possible des deux ordres principaux de causes professionnelles chez le même individu (cuisiniers et union d'influences d'excès alcooliques et d'intoxication par oxyde de carbone). Cette étude appartient plus spécialement à l'hygiène générale et à la toxicologie; je me bornerai donc à donner le tableau suivant, à titre de renseignement :

PROFESSIONS.	SÉDENTAIRES.	NON SÉDENTAIRES.	MIXTES.
Bouillère . . . . .	»	»	1
Brodeuses . . . . .	8	»	»
Cigarières . . . . .	2	»	»
Couturières . . . . .	7	»	»
Cuisinières . . . . .	2	»	»
Cultivatrices . . . . .	»	15	»
Dentellières . . . . .	1	»	»
Domestiques . . . . .	»	10	»
Filles publiques . . . . .	»	»	»
Fruitière . . . . .	1	»	»
Institutrices . . . . .	2	»	»
Jardinières . . . . .	»	2	»
Journalières . . . . .	»	14	»
Marchande de friture . . . . .	1	»	»
Matelassière . . . . .	1	»	»
Mercièrè . . . . .	1	»	»
Mendiantes (vagabondes) . . . . .	»	3	»
Ménagères . . . . .	»	37	»
Ouvrières de fabrique . . . . .	6	»	»
Religieuse . . . . .	1	»	»
Repasseuse . . . . .	1	»	»
Vignerones . . . . .	»	2	»
Rentières ou sans profession ou profession inconnue . . . . .	»	»	36
Totaux . . . . .	34	83	39

D'une façon générale, on peut dire qu'il n'existe aucun rapport logique entre la plupart des professions et les formes de l'aliénation mentale; il est bien évident que toute profession exercée avec exagération de façon à amener du surmenage peut être spécialement nuisible à qui est prédisposé à l'aliénation mentale et cette exagé-

ration même constituera toujours une cause déterminante, adjuvante tout au moins. Si la folie éclate, sa forme sera déterminée le plus souvent par la nature de l'hérédité ainsi que nous l'avons vu plus haut.

Cependant il est certaines professions qui déterminent plus particulièrement certaines maladies mentales, ce sont les professions qui exposent le plus à quelque intoxication, qui favorisent le mieux les auto-intoxications ; ainsi, c'est parmi les ouvrières de fabriques, plus exposées à contracter la syphilis, chez les repasseuses et les cuisinières soumises à l'influence délétère de gaz toxiques et les dernières faisant souvent aussi quelques excès alcooliques, c'est, enfin, parmi les filles publiques, victimes de tous les accidents de la débauche, que l'on rencontre le plus de cas d'affections encéphalo-médullaires groupées sous la dénomination paralysie générale progressive. J'ai dit groupées, car je ne crois plus à l'entité de la paralysie générale, et je suis persuadé, je ne saurais trop le répéter, que l'on englobe sous cette dénomination maints états pathologiques différents et par leurs causes et par leurs lésions et par leur pronostic, comme l'attestent les variations que l'on constate dans la symptomatologie, la durée et même les terminaisons de beaucoup de paralysies générales. La paralysie générale du syphilitique diffère très sensiblement de celle que l'on peut rattacher à l'oxyde de carbone ou à la fois à l'oxyde de carbone et à l'alcoolisme ; la paralysie générale ne représente qu'une phase avancée d'intoxication lente mais continue, et elle reçoit des caractères distinctifs de la nature même du toxique. Dans ces cas, par conséquent, l'hérédité n'a rien ou presque rien à voir, c'est le toxique, l'agent infectieux, qui engendre les lésions organiques d'où résultent l'altération des fonctions de l'organe, la symptomatologie. Il est évident cependant qu'un système nerveux préparé par hérédité ou par maladie fœtale, qu'un appareil nerveux relativement débile résistera moins qu'un système nerveux normal à des influences nocives.

Je terminerai ce qui a trait à la recherche des causes des maladies mentales par le résumé de notre dernière statistique des domiciles des aliénés :

Sur 156 admissions, 81 ont été fournies par les campagnes ; 74 ont été fournies par les villes et 1 sans domicile fixe.

Peut-on conclure de ces chiffres que les villes sont meilleures que les campagnes au point de vue de la santé mentale et que les excès, que les causes déterminantes sont plus nombreuses à la campagne ? Évidemment non ; cette proportion, inverse de celle que l'on trouve dans la plupart des autres parties de la France, est plus spéciale à notre région, car la plupart des industries, des usines, des fabriques sont de fondation récente, ont été établies et disséminées dans les campagnes, pour deux raisons : situation de cours d'eau, frais d'octroi, etc.

L'étude des causes, des tares, de la durée antérieure de l'aliénation mentale et de sa nature permet de formuler le pronostic et, parmi nos 156 cas de 1896, nous trouvons :

- 69 états d'aliénation mentale curable ;
- 14 états d'aliénation mentale à pronostic douteux ;
- 73 états d'aliénation mentale incurable.

Nous avons fait la part très large à la curabilité en comptant comme curables toutes les manies, les mélancolies, ou les accès de manie, ou de mélancolie des débiles, les folies hystériques et alcooliques, les folies simples remontant à moins de deux ans ou ne s'accompagnant pas de signes manifestes d'incurabilité, tels que démences ; nous avons laissé comme cas à pronostic douteux tous ceux qui n'appartiennent à aucun des cadres suivants : paralysie générale progressive, démences, vésanique ou sénile, épilepsie et folie organiques.

Je ne donne ce résumé de pronostics qu'à titre de renseignement, car il n'est pas possible d'en tirer de déductions bien utiles. En effet, nous avons vu par tout ce qui précède, par le grand rôle de l'hérédité, que, pour émettre un avis certain sur la curabilité d'une maladie mentale, il faudrait, le plus souvent, remonter à la cause première, connaître la nature particulière, qualitative pour ainsi dire, de l'hérédité ; c'est un travail qui ne peut être fait qu'avec une ample provision de documents sur les antécédents et, sous ce rapport, nous ne sommes pas suffisamment riche pour donner plus que des indications approximatives, des probabilités, en majeure partie assez fondées cependant.

Il me reste, pour en finir avec ce qui concerne les admissions dans un asile, à examiner les particularités d'un certain nombre de cas et à en tirer les enseignements qu'il est permis d'en déduire logiquement dans l'intérêt ou des malades ou de leurs familles, ou de la société et du personnel de l'établissement qui les reçoit.

L'étude de quelques types de dégénérées ou d'hystériques admises dans l'année montrera tout d'abord que la société non seulement ne prend pas toujours assez de précautions, mais qu'elle ne remplit même pas tous ses devoirs et vis-à-vis des êtres anormaux et à l'égard de ses membres normaux ; elle laisse trop souvent les derniers exposés aux caprices et aux instincts des premiers, qui eux aussi sont trop fréquemment victimes de leurs tares pathologiques :

I. Catherine L.... est une fille gourmande, paresseuse, menteuse, privée de sentiments affectifs et de sens moral ; elle n'obéit jamais qu'à ses instincts.

Douée d'un caractère très irascible, elle ne peut être occupée nulle part et elle ne fait aucun effort, parce qu'elle en est incapable, pour dominer ses tendances aux emportements instinctifs ; la misère la conduit non à la recherche de travail, mais tout simplement au vol : elle entre dans un restaurant lorsqu'elle a faim, se fait servir un déjeuner ou un dîner et s'en va sans payer. Éprouve-t-elle le désir de voyager, elle monte dans un train sans s'occuper de questions de billet ; elle veut coucher dans telle maison plutôt que dans telle autre, elle exige et ne demande pas qu'on la reçoive. Ce caractère la conduit plusieurs fois en police correctionnelle et en prison.

Finalement, elle allume un incendie et est soumise à notre examen ; nous terminons ainsi le rapport médico-légal la concernant :

Elle semble trouver absolument naturel et logique tout ce qu'elle fait d'anormal au point de vue de la famille, de son intérêt personnel et de la société. Son jugement n'est donc pas normal.

La volonté n'étant pas dirigée par un jugement sain est donc au service de toutes les tendances instinctives qui alimentent seules sa pensée.

Elle ne procède pas comme les malfaiteurs ordinaires, elle ne prend

aucune précaution, elle annonce à qui veut l'entendre qu'elle mettra le feu, l'incendie éclate le soir même...

Comme sa sœur, décédée dans mon service, cette fille est une dégénérée qu'une éducation bien comprise aurait peut-être pu maintenir en liberté sans danger pour la société, mais qui, actuellement, habituée à vagabonder, à ne juger que d'après ses tendances instinctives, est aussi incapable de pourvoir honnêtement à ses besoins et de vivre en liberté sans danger pour la morale et la sécurité publiques...

Lui infliger une condamnation ne sera jamais que protéger momentanément la société contre elle ; elle sera tout aussi dangereuse et nuisible, sinon plus, en sortant de prison qu'elle l'était hier.

Sous l'influence des plus légères contrariétés, elle profère des menaces de mort contre les personnes qui l'entourent. Elle pouvait être homicide aussi bien qu'incendiaire et voleuse.

II. N...., une enfant de 13 ans, à l'aspect d'une petite femme à allures un peu masculines, soumise à notre examen après trois tentatives d'incendie, est une arriérée, une dégénérée, fâcheusement influencée par l'approche de la puberté ; elle obéit sans réflexion, sans calcul, sans résistance à toutes les sollicitations qui prennent un certain corps dans son esprit ; elle désire voir un incendie, elle tente de l'allumer. Cette enfant avait cependant attiré l'attention sur ce que son état mental pouvait avoir d'anormal, avant les tentatives d'incendie qui ont amené son arrestation : elle avait fait diverses fugues, quitté le domicile paternel, voyagé par chemin de fer sans argent, montré une exaltation religieuse absolument anormale, par accès, avec crises de larmes et prières à haute voix dans lesquelles elle demandait le pardon des fautes qu'elle avait commises, etc....

Sa mère est très nerveuse ; une sœur de sa mère s'est suicidée.

III. T.... est la fille d'un alcoolique, l'influence du milieu aidant, elle est bientôt victime de son hérédité et devient alcoolique. Elle subit neuf condamnations à de l'emprisonnement, la dernière à 40 jours, pour ivresse et outrage à la pudeur, avant d'être placée dans un asile d'aliénés. Suivant les circonstances elle pouvait être beaucoup plus dangereuse, car elle est sujette périodiquement, à chaque époque menstruelle, à une exaltation maniaque extraordi-

naire, avec tendances à mettre le feu, à frapper, à briser, etc..., et elle n'a en aucun temps la moindre lueur de sens moral.

IV. Th.... est une dégénérée hystérique dont la volonté est facilement subjuguée ; elle est suggestible au point d'accomplir des actes qui, exécutés par une autre, seraient jugés criminels ; elle a, sur les instances d'une dégénérée hystérique comme elle, mais plus intelligente, enlevé pendant la nuit les liens de la camisole de celle-ci et assisté souriante au suicide par pendaison de sa compagne.

Voilà quelques exemples suffisants, il me semble, pour mettre en évidence les dangers que peuvent faire courir à la société les arriérées et les débiles négligées au point de vue de l'éducation ou abandonnées à elles-mêmes en raison de leur faible niveau intellectuel, de leur caractère, etc. Les familles et les municipalités ne devraient donc pas hésiter à s'occuper davantage de ces êtres anormaux et les signaler à qui de droit pour avis de spécialistes. Familles et municipalités tergiversent en général par raison d'économie, dans la crainte du placement dans un asile, jusqu'à l'éclat de quelque accident. J'ai connu jadis des administrateurs et des conseillers généraux qui cherchaient à faire mettre en liberté le plus de débiles possible, sous prétexte qu'ils étaient inoffensifs pour la sécurité et l'ordre publics, en réalité pour réaliser une économie ; lorsqu'elle pouvait être tentée, lorsque les débiles pouvaient trouver au dehors quelques ressources que leur intelligence ne leur aurait pas permis de se procurer, cette économie était absolument illusoire ; pour ne pas s'exposer à payer, par exemple, dix ou quinze ans de pension pour une imbécile, on expose une commune ou un département à assister deux ou trois descendants de cette imbécile pendant peut-être 50 ou 60 ans et plus.

V. Une paralysée générale, à la fin de la 2<sup>e</sup> période, enceinte de cinq mois, entre à l'Asile en 1896 ; elle accouche à terme d'un enfant mâle. Cette femme est veuve et mère d'une grande fille ; sa dernière grossesse est évidemment une conséquence de sa maladie mentale ; si le placement avait eu lieu plus tôt, à la première période de la maladie, cette naissance regrettable n'aurait pas eu lieu. Voilà un enfant qui est évidemment né dans de fort mauvaises conditions et qui sera probablement une charge, peut-être un danger

pour la société ; il est d'autant plus exposé que, dès le début de sa maladie nerveuse, la mère s'est mise à boire, ce qui arrive souvent dans la paralysie générale progressive.

Je m'abstiendrai de relever les innombrables erreurs de diagnostic et de pronostic des confrères qui délivrent le certificat à fin d'admission dans un asile d'aliénés ; il est extrêmement exceptionnel de trouver un diagnostic, je ne dirai pas précis mais un peu approximatif. On ne sait même pas bien souvent diagnostiquer une paralysie générale progressive à la seconde ou même à la dernière période. Quant au pronostic, lorsqu'il est formulé par le médecin de la famille, il est habituellement inexact et peut avoir des conséquences désastreuses pour la famille, pour des enfants, pour la malade même, car il fait parfois prendre des mesures qui ne seraient logiques que si les prévisions qui les motivent étaient justes. Mais aussi comment donner des conseils judicieux relativement à un état que l'on ne connaît pas, dont on ignore l'évolution, les conséquences possibles, le traitement, etc...? C'est que l'étude théorique de l'aliénation mentale ne signifie par grand'chose, la clinique est tout en médecine mentale.

Mais passons ; voici quelques exemples, pris au hasard, qui montreront que l'asile d'aliénés vaut encore mieux, d'une façon générale, pour l'aliéné incurable et soi-disant inoffensif, que le milieu familial ou l'hospice non spécial ; ce sont des arguments à opposer aux partisans des placements d'aliénés chez les campagnards :

VI. Une femme B..., envoyée atteinte de manie chronique avec affaiblissement intellectuel lié à un foyer de ramollissement cérébral, arrive à l'Asile débile, misérable, ne tenant plus sur ses jambes. Elle était sujette, depuis un accouchement remontant à deux ans, à des vomissements fréquents, à des métrorrhagies et à de la leucorrhée qui l'épuisaient. Souvent violente, excitée par accès, elle frappait les personnes qui l'entouraient, etc.... Après quelques semaines de soins, de repos au lit, bon régime, etc., l'état général s'améliore et on ne constate à l'Asile ni métrorrhagie, ni leucorrhée, ni vomissements, ni accès d'agitation analogues à ceux qui se produisaient au dehors ; il ne reste qu'un affaiblissement intellectuel profond.

VII. C...., abandonnée par son mari dans le dénûment le plus absolu, avec la charge de cinq enfants en bas âge dont un encore au sein, tombe dans la misère la plus noire avec toutes ses conséquences ; elle entend sans cesse ses enfants crier, pleurer, torturés par la faim ; prédisposée, elle devient aliénée. Elle nous arrive extrêmement émaciée ; nous prescrivons le nécessaire pour améliorer l'état physique et bientôt l'état mental subit un changement relativement favorable.

VIII. M<sup>me</sup> H.... quitte l'Asile en 1896, reprise par son mari qui affirme pouvoir lui donner une surveillance de tous les instants ; quelques jours après, elle fait, assez loin de son domicile, une tentative de suicide par submersion ; elle fut réintégrée.

IX. C. F...., débile tranquille, est rendue à des parents qui se chargent de la diriger et de veiller sur elle ; elle rencontre un ancien amant, cela lui donne l'idée de renouer des relations. Ses avances sont repoussées, elle s'en venge en cherchant à allumer un incendie chez celui-ci. Réintégrée.

X. O.... est une maniaque que le mari trouve une charge trop lourde pour ses revenus ; il cherche à la faire sortir pour l'abandonner dans la campagne (il l'écrit lui-même).

XI. C...., sénile sortie en 1895, fut, quelques jours après son départ de l'Asile, abandonnée par ses enfants au milieu de l'hiver ; bientôt atteinte de misère physiologique, elle eut une rechute d'aliénation mentale. Réintégrée et soignée à l'Asile, elle vit sa santé physique s'améliorer ainsi que son état mental.

La plupart de ces exemples, que je crois inutile de multiplier ici, puisque nous en trouverons d'autres à propos des sorties et des décès, montrent : ou qu'il ne faut tenir compte qu'à bon escient des promesses des familles, ou que le manque de soins, la négligence, la misère, etc...., sont bien souvent causes tantôt d'aliénation mentale, tantôt de troubles intercurrents qui peuvent être dangereux pour la société. Il est déjà permis d'en déduire que si l'on place *un aliéné tranquille, inoffensif, chez un paysan qui n'en prend pas soin, ce pauvre malade pourra redevenir dangereux*. Nous reprendrons plus loin cette question.

Le cas suivant, pris parmi les admissions de 1896, indique comment les dégénérées peuvent être aussi victimes de leur état mental et d'une ignorance, très naturelle, des personnes appelées à les juger :

XII. Une épileptique aliénée (G....) nous fut envoyée de la prison où elle purgeait une condamnation pour contrebande ; elle avait un casier judiciaire déjà très chargé. Un verbiage puéril intarissable, son raisonnement enfantin et confus attestaient un affaiblissement intellectuel déjà ancien, ne lui laissant pas la conscience de la valeur et des conséquences réelles de ses actes ; elle avait donc subi au moins quelques condamnations de trop. L'examen de ses antécédents familiaux aurait cependant été instructif : fille d'un apoplectique et d'une épileptique, sœur de deux épileptiques, nièce de deux épileptiques (tantes maternelles), elle eut six grossesses, six enfants embryotomisés (donc dégénérescence physique et intellectuelle).

Ne serait-il pas utile que tout inculpé fût, avant de passer en jugement, examiné par le médecin de la prison ou par un médecin ayant une certaine expérience des aliénés ?

Cet examen serait parfois important, en effet, non seulement pour l'inculpé mais pour la société. Si cette femme avait été examinée plus tôt, elle aurait été hospitalisée ; placée dans un hospice d'aliénés, elle n'aurait pas commis les derniers délits. Dans le cas particulier, le délit n'était pas bien grave pour la société, mais, sous l'influence de circonstances spéciales, cette femme pouvait finir par quelque acte plus fâcheux. Il n'est donc pas indifférent d'envoyer les dégénérés criminels en prison ou dans un asile d'aliénés ; la prison, ce n'est que la séquestration limitée ; elle laisse la probabilité de nouveaux crimes à l'expiration de la peine ; elle ne protège donc pas la société et elle est la punition d'actes très imparfaitement raisonnés. L'Asile, c'est la protection de la société, sans mesures disciplinaires, par l'assistance d'un malade. Catherine L...., dont nous venons de résumer l'observation (fait n° 1), ne serait pas devenue incendiaire si, au lieu de la condamner plusieurs fois pour escroqueries, on l'avait soumise à l'examen d'un médecin-expert, qui l'aurait très probablement fait séquestrer dans un asile d'aliénés.

J'emprunterai encore aux admissions de 1896 quelques cas con-

firmatifs de vues spéciales exprimées au début de ce mémoire ; j'ai dit que la débauche et les excès du mari étaient souvent causes d'aliénation mentale pour la femme, voici qui l'atteste :

XIII. J. C..., enfant naturelle, débile mentale, mariée à un ivrogne, est, à la suite de chagrins, de mauvais traitements, d'une altération manifeste de la santé physique, atteinte d'un accès d'excitation maniaque subaiguë (propos puérils, parfois incohérents, rires non motivés ou chants, etc.). Le calme relatif qu'elle trouve à l'Asile et un régime plus régulier, des conseils répétés aidant, amènent bientôt une amélioration de l'état physique et de l'état mental et, après trois mois de traitement, cette femme, revenue à son état normal, rentre dans son ménage.

XIV. R. P..., prédisposée, aussi mariée à un ivrogne qui devient aliéné et la laisse dans la misère avec un enfant qu'elle allaite, voit sa santé physique s'altérer par suite de tracasseries, de privations, etc., et est bientôt elle-même atteinte d'aliénation mentale qui nécessite son placement à Maréville, où une amélioration générale se produit bientôt.

Etc....

Je terminerai ce qui a trait aux causes et aux placements par l'analyse sommaire de quelques cas ayant présenté quelques particularités plus spécialement intéressantes :

XV. B..., une jeune fille de 18 ans, dégénérée, instinctive et hystérique, sœur d'un sourd-muet, hypnotisée pendant un mois environ avant que nous ne l'observions, dans le but, probablement, de combattre des prédominances instinctives, nous est envoyée vers la fin de 1896 ; elle présentait de la confusion mentale avec craintes liées à des auto-accusations par auto-suggestions : elle s'accusait d'avoir tué un de ses neveux avec un fer à repasser, d'avoir passé quelques jours dans une maison de tolérance et se croyait condamnée à mourir après avoir été soumise à diverses tortures. Son neveu était bien portant et n'avait pas été maltraité par elle ; elle avait bien fait une fugue de quelques jours, mais qu'elle avait passés chez des parents dans une ville voisine. Sous l'influence d'un traitement hydrothérapique et d'un traitement moral, sans hypnotisme, la raison revint et la jeune B... put rentrer dans sa famille ; elle avait

conscience de son état et attribuait elle-même les troubles qui l'ont amenée à l'Asile à la continuité et à la durée des pratiques hypnotiques qui les ont précédés. Était-elle dans le vrai ? Probablement, car ce fait se renouvelle encore assez fréquemment, indiquant que l'hypnotisme n'est pas une méthode thérapeutique applicable à tous les troubles nerveux.

XVI. P. L..., ancienne hystérique, âgée de 41 ans, sœur d'une aliénée, ayant eu elle-même une première atteinte d'aliénation mentale six ans environ avant l'atteinte actuelle, est une persécutée mystique qui n'admet aucun interrogatoire, qui refuse habituellement de répondre à nos questions, mais sujette à des accès d'agitation allant jusqu'à la fureur avec violences sur les personnes et les choses ; elle profère parfois des menaces d'incendie et fait remarquer en même temps qu'elle peut nuire impunément puisqu'aliénée, c'est-à-dire irresponsable comme M<sup>me</sup> P..., une malade affectée de folie circulaire, qui, au début de la période d'excitation, lorsque l'on ne satisfait pas tous ses désirs, menace de tuer une gardienne ou une malade pour occasionner quelque désagrément au personnel et qui se déclare aussi assurée de l'impunité.

Si ces malades mettaient leurs menaces à exécution, pourrait-on les considérer comme responsables ? Oui, pour la dernière au moins, si les violences étaient exercées pendant la période de calme avec lucidité, non si elles ne l'étaient que pendant la crise paroxystique, parce qu'alors l'acte ne serait plus discuté par l'auteur, parce qu'il n'y aurait plus volonté ou jugement suffisants pour neutraliser les tendances anormales. Mais comme les sentiments changent chez ces malades d'une période à une autre, elles sont, en somme, moins redoutables qu'elles ne cherchent parfois à le paraître, et puis elles peuvent être favorablement influencées par le traitement, hydrothérapie, traitement moral et médicamenteux.

XVII. Une femme B... entre le 6 juillet 1896, atteinte de mélancolie à la suite de chagrins (perte de son mari) et prédisposition héréditaire ; elle est profondément déprimée, ses réponses sont tardives, monosyllabiques, entrecoupées de mouvements de brusquerie, elle ne mange pas seule, etc... A la suite d'une gastro-entérite, son état mental s'améliore ; il semble normal le 25 août et nous la ren-

dons à sa famille. Elle rentre à l'Asile le 4 novembre suivant, atteinte d'un accès de manie, en proie à une agitation extrêmement violente.

Il ne s'agit donc pas, à notre avis, d'une rechute et le calme qui a séparé ces deux crises ne représentait que l'une des trois périodes d'une folie circulaire.

Ce cas laisse aussi un enseignement et montre que l'on prend bien souvent pour guérison une simple rémission ; il est plus fréquent que l'on ne croit. Il n'est pas rare, en effet, de recevoir un maniaque qui a été frappé de mélancolie quelques années auparavant ou inversement et que l'on considérerait comme guéri d'une première maladie mentale alors qu'il n'avait eu qu'une phase d'une aliénation mentale à périodes délirantes ou maniaques plus ou moins longues, séparées par une longue période de calme (en réalité une folie circulaire).

Il y a donc lieu de distinguer les guérisons véritables des phases de calme, de rémission de longue durée. C'est un travail qui sort évidemment des limites de ce mémoire et que nous devons traiter spécialement.

D'autres faits fournis par les admissions de 1896 trouveront leur place plus loin.

On ne peut pas attacher une bien grande importance à la classification détaillée des folies névrosiques ou vésaniques ; le grand nombre des classifications qui ont été tentées suffit à indiquer que la découverte de la véritable classification scientifique n'est pas facile. On ne trouvera pas, je crois, celle qui doit satisfaire tous les aliénistes tant que l'on s'obstinera à chercher la note au milieu de phénomènes secondaires sans s'inquiéter autant qu'il est nécessaire de l'origine réelle de tous ces phénomènes. Ne s'occupe-t-on pas trop des détails symptomatiques du délire et de l'hallucination, de leur cachet et pas assez de leurs rapports, des liens qui peuvent montrer leur pathogénie ? Leur association de telle ou telle façon a donné lieu à la formation de telle ou telle forme vésanique, alors qu'en somme elle ne donnait pas telle ou telle maladie, mais simplement telle ou telle note de sensibilité, note qui souvent, à la vérité,

permet un pronostic différentiel, indique l'évolution probable et même certaine de l'aliénation mentale chez la personne qui l'offre.

Cette question de la pathogénie du délire et de l'hallucination serait bien simplifiée, à notre avis, et simplifierait par suite l'étude de la médecine mentale, si l'on avait observé davantage les circonstances qui leur sont ou non favorables : le délire ou les hallucinations ne seraient-ils pas la résultante d'exaltations de sensibilités sensorielles et morales sous l'influence de causes héréditaires mises en jeu ou par la nature de la tare ou par des causes physiques et morales (chagrins, misère physiologique, toxines, etc.) ? Cette opinion pourrait s'appuyer sur les observations suivantes :

I. Le délire et les hallucinations s'atténuent progressivement à mesure que l'intelligence et la sensibilité morale diminuent ; ils disparaissent chez le dément ;

II. Extrêmement rares chez l'imbécile, ils n'y sont, lorsqu'on les y rencontre, que très limités, très simples, partiels pour ainsi dire, mais aussi l'on peut trouver chez l'imbécile de l'exaltation partielle de sensibilité ; c'est de l'observation de chaque jour ;

III. Délire et hallucinations n'atteignent jamais une bien grande intensité chez les sujets lymphatiques, dont les sensibilités sont relativement moindres ;

IV. Chez la femme non aliénée, lors de troubles ou simplement de variations physiologiques du côté des organes génitaux, on remarque habituellement une exaltation de la sensibilité, une impressionnabilité plus grande que de coutume ; chez l'aliénée les époques menstruelles, les grands troubles de la menstruation s'accompagnent le plus souvent de paroxysmes ou de recrudescences de troubles délirants ou hallucinatoires. N'est-ce pas chez la femme à l'âge critique, sa grande crise vitale et de sensibilité, que l'on rencontre le plus communément les hallucinations les plus intenses notamment celles du sens génésique. L'âge critique, moment des grandes variations de sensibilité, est aussi celui qui fournit le plus de folies tristes avec délire hallucinatoire intense ;

V. Chez l'hypochondriaque toutes les sensibilités peuvent être exagérées, mais c'est aussi chez lui que l'on rencontre les plus grandes variétés d'hallucinations et d'interprétations délirantes ;



VI. La douleur, liée à une affection organique du cœur, à un rhumatisme, etc., sera bientôt la source d'interprétations délirantes ou hallucinatoires nouvelles chez le persécuté, l'hypochondriaque, etc.

L'étude des variations de sensibilité dans leurs rapports avec le délire ou l'hallucination doit apporter de précieux éléments à la recherche d'une classification réellement scientifique des aliénations mentales dites vésaniques, aujourd'hui simplement divisées d'après leurs manifestations les plus bruyantes. Une classification grossièrement symptomatique n'a évidemment pas un caractère bien scientifique.

Je n'ai relevé chez les admises de 1896 qu'un signe non banal de dégénérescence physique : M. Féré, qui a cherché les rapports du tronc à la taille, a trouvé que, d'une façon générale, la hauteur du tronc par rapport à la longueur des membres inférieurs diminue à mesure que la taille augmente; nous avons reçu trois femmes adultes, deux hystériques et une hystéro-épileptique chez lesquelles l'inverse a dû se produire; elles avaient un tronc très long sur des jambes d'enfant de douze ans; la longueur du tronc corrigeant le peu de développement en longueur des jambes, elles étaient de taille moyenne. Leur démarche n'était pas disgracieuse et rien ne permettait de soupçonner cette disproportion que nous avons constatée en leur donnant des douches.

Puisque je parle d'anomalies, je signalerai incidemment cet autre fait que j'ai observé dans le service : une malade dont les deux pieds se terminaient chacun par six orteils, absolument normaux comme conformation et articulés chacun à un métatarsien, donc six métatarsiens. Aucun cas analogue n'a été remarqué dans la famille.

#### Sorties.

Les personnes placées dans un asile d'aliénés peuvent en sortir :

- 1° Par suite de guérison ;
- 2° Par suite d'amélioration ;
- 3° Par suite de non-aliénation mentale (personnes simplement mises en observation ou par la justice ou par la police, etc.);
- 4° Par suite d'évasion ;
- 5° Par suite de transfèrement dans un autre établissement ;

6° Sur la demande de parents ou d'amis, alors même qu'il n'y a pas d'amélioration de l'état mental, mais que les précautions nécessaires peuvent être prises au dehors pour que la personne retirée ne soit dangereuse ni pour elle-même ni pour la société.

Ainsi nos sorties de 1896 se répartissent comme suit :

Guérisons . . . . .	33
Améliorations . . . . .	14
Non-aliénées . . . . .	5
Évasions . . . . .	»
Transfèrments . . . . .	3
Autres causes . . . . .	11
Total . . . . .	<u>66</u>

Il ne peut évidemment être d'aucun intérêt de savoir combien de malades non améliorées ont été retirées par les familles dans tel mois plutôt que dans tel autre, combien ont été transférées dans un autre établissement dans tel mois plutôt que dans tel autre; je laisserai donc de côté les errements habituels, la statistique générale des sorties, pour ne m'occuper que des sorties réellement susceptibles de fournir quelques enseignements, c'est-à-dire celles qui ont eu lieu à la suite d'un résultat favorable du traitement, guérison ou amélioration. Les guérisons méritent surtout de retenir l'attention; elles ont donné le mouvement de sorties ci-dessous indiqué :

MOIS.	Manie.	Mélancoïie.	Délire partiel grêffé sur débilité mentale.	Folie hystérique.	Folie puerpérale.	Folie alcoolique.	Totaux.
Janvier . . . . .	3	»	»	1	»	»	4
Février . . . . .	»	2	»	»	»	»	2
Mars . . . . .	»	»	»	»	»	»	»
Avril . . . . .	2	»	»	»	»	»	2
Mai . . . . .	»	1	»	1	»	»	2
Juin . . . . .	1	1	1	»	1	»	4
Juillet . . . . .	1	3	»	»	1	»	5
Août . . . . .	2	2	»	»	»	»	4
Septembre . . . . .	»	»	»	»	»	»	»
Octobre . . . . .	1	»	»	»	1	»	2
Novembre . . . . .	5	1	»	»	»	»	6
Décembre . . . . .	1	»	»	»	»	1	2
Totaux . . . . .	16	10	1	2	3	1	33

L'étude des deux premières colonnes de ce tableau conduit à des déductions absolument conformes à certaines notions de physiologie générale : aux êtres vivants, animaux ou végétaux, les saisons froides ou brumeuses apportent la dépression, la somnolence, les saisons tempérées ou chaudes produisant, au contraire, le réveil, l'exubérance. C'est là une loi naturelle dont nous observons ici les effets, qui favorise le traitement des mélancoliques à certaines époques surtout et le traitement des maniaques à d'autres : les beaux mois de l'année donnent plus de guérisons de mélancoliques (folies dépressives), les mois relativement mauvais fournissent plus de guérisons de manies (folies exubérantes).

Nous avons dit, chapitre précédent, qu'il y avait un rapport entre les chances de guérison et la durée antérieure de la maladie ; il est manifestement accusé par les deux tableaux suivants relatifs, l'un à la durée antérieure de la folie, l'autre à la durée du traitement à l'asile des aliénées guéries :

DURÉE ANTÉRIEURE A L'ADMISSION.	Manie.	Mélancolie.	Délire partiel grège sur débilité mentale.	Folie hystérique.	Folie puerpérale.	Folie alcoolique.	Totaux.
Au-dessous d'un mois . . . . .	3	1	»	»	1	»	10
Un mois à trois mois . . . . .	3	»	1	1	1	»	6
Trois mois à six mois . . . . .	1	2	»	1	»	»	4
Six mois à neuf mois . . . . .	1	»	»	»	»	»	1
Neuf mois à un an . . . . .	»	2	»	»	»	»	2
Un an à deux ans . . . . .	1	1	»	»	»	»	2
Inconnue, mais inférieure à deux ans.	2	4	»	»	1	1	8
Totaux . . . . .	16	10	1	2	3	1	33

Parmi les personnes dont la durée antérieure de la maladie était inconnue, plusieurs, la plupart même n'étaient aliénées que depuis quelques mois lors de l'admission à l'Asile ; nous pourrions affirmer sans crainte de nous tromper qu'aucune n'était malade depuis plus de deux ans et demi. Nous constatons donc que les guérisons se produisent habituellement chez les personnes atteintes depuis moins de deux ans, mais principalement chez celles dont l'affection, lors de

l'admission, ne remonte pas à plus de six mois ; les guérisons sont d'autant plus nombreuses que la durée antérieure à l'admission est plus courte.

Le tableau indiquant la durée du traitement à l'Asile des guéries de 1896 confirme ces réflexions :

DURÉE DU TRAITEMENT.	Manie.	Mélancolie.	Délire partiel grège sur débilité mentale.	Folie hystérique.	Folie puerpérale.	Folie alcoolique.	Totaux.
Inférieure à deux mois . . . . .	»	1	1	»	»	»	2
De deux à trois mois . . . . .	3	2	»	»	1	»	6
De trois à six mois . . . . .	6	5	»	»	2	1	14
De six mois à un an . . . . .	5	2	»	2	»	»	9
D'un an à 14 mois . . . . .	2	»	»	»	»	»	2
Totaux . . . . .	16	10	1	2	3	1	33

Ce tableau n'est pas exceptionnel ; il reflète, comme du reste tous les autres, le mouvement habituel du service, mais, pour lui donner plus d'expression encore, je le ferai suivre du cadre correspondant de nos 192 derniers cas de guérison :

Durée inférieure à un mois . . . . .	6
Durée de 1 mois à 3 mois . . . . .	50
Durée de 3 mois à 6 mois . . . . .	67
Durée de 6 mois à 1 an . . . . .	43
Durée de 1 an à 2 ans . . . . .	20
Durée de 2 ans à 5 ans . . . . .	3
Durée supérieure à 5 ans . . . . .	3

Les guérisons se produisent surtout, comme on le voit, par ces chiffres assez importants, dans les deux premières années de traitement, mais principalement dans la première.

Dans l'intérêt des malades, des familles, des communes et des départements, il y aurait donc lieu de soumettre le plus rapidement possible les aliénés à un traitement rationnel : les trois premières lignes de chacun des deux cadres précédents ont à cet égard une signification aussi explicite que possible. Et nous verrons plus loin

que des traitements rationnels et réellement efficaces peuvent être enfin institués contre certaines aliénations mentales, qu'il est possible, sinon de guérir toujours, d'amender, d'améliorer presque toujours.

Mais, pour être complet, nous devons examiner encore quelques questions qui, au point de vue de la curabilité, peuvent être parfois la source de circonstances aggravantes, les questions d'âge et de causes prédisposantes ou déterminantes :

Les femmes guéries en une année, qui nous occupent, ici se divisent ainsi au point de vue de l'âge.

AGES.	Manie.	Mélancoïe.	Délire partiel greffé sur débilité mentale.	Folie hystérique.	Folie puerpérale.	Folie alcoolique.	Totaux.
18 ans. . . . .	1	»	»	»	»	»	1
21 ans. . . . .	2	»	»	»	»	»	2
23 ans. . . . .	2	»	»	»	»	»	2
25 ans. . . . .	1	1	»	»	»	»	2
26 ans. . . . .	1	1	»	»	»	»	2
28 ans. . . . .	»	»	»	»	1	»	1
30 à 35 ans. . . . .	1	»	1	1	1	»	4
35 à 40 ans. . . . .	3	1	»	»	1	1	6
40 à 45 ans. . . . .	2	1	»	1	»	»	4
45 à 50 ans. . . . .	»	2	»	»	»	»	2
50 à 55 ans. . . . .	»	4	»	»	»	»	4
55 à 60 ans. . . . .	1	»	»	»	»	»	1
60 à 65 ans. . . . .	2	»	»	»	»	»	2
Totaux. . . . .	16	10	1	2	3	1	33

Les chances de guérison diminuent une fois l'âge critique passé ; il semble que la vie intellectuelle est plus limitée pour les victimes d'une tare nerveuse héréditaire ou congénitale. Chez tout le monde l'intelligence commence à fléchir après l'âge critique ; étant donné le parallèle qui existe entre la vie des animaux et celle des plantes, c'est la conséquence toute naturelle de la langueur de la vie génitale, de la déflorance. Cette défaillance des facultés intellectuelles arrive plus promptement à un degré assez accentué chez les personnes frappées d'une tare nerveuse et c'est ce qui explique la séni-

lité mentale relativement précoce de beaucoup d'individus, alors que certains hommes deviennent centenaires sans présenter une déchéance intellectuelle aussi profonde que le sera, par exemple, celle d'un prédisposé septuagénaire qui a échappé à l'aliénation mentale vésanique et dont les facultés ne sont influencées que par le poids des ans. Ce qui revient à dire que la démence sénile typique ne peut s'observer que chez qui existe une tare nerveuse congénitale (les tares résultant d'intoxications chroniques exceptées, bien entendu).

Suit l'énumération des causes probables de l'aliénation mentale des femmes guéries dans l'année :

CAUSES PRÉDISPOSANTES.	Manie.	Mélancoïe.	Délire partiel.	Folie hystérique.	Folie puerpérale.	Folie alcoolique.	Totaux.
Hérédité certaine. . . . .	1	2	»	»	1	»	4
Hérédité probable ou accusée par des accidents antérieurs ou par la symptomatologie. . . . .	8	»	1	2	»	»	11
Aucun renseignement. . . . .	7	8	»	»	2	1	18
Totaux. . . . .	16	10	1	2	3	1	33
CAUSES DÉTERMINANTES.							
Insolation. . . . .	1	»	»	»	»	»	1
Altération de la santé physique, grossesse, allaitement, etc. . . . .	1	1	1	2	3	»	8
Age critique. . . . .	1	6	»	»	»	»	7
Chagrins. . . . .	3	7	»	1	2	1	14
Choc moral violent. . . . .	»	3	»	»	»	»	3
Mauvais traitements. . . . .	»	1	»	»	»	»	1
Excès alcooliques. . . . .	1	»	»	»	»	1	2
Inconnues pour. . . . .	9 cas	1 cas	»	»	»	»	10 cas

Les causes déterminantes que nous avons notées sont, par conséquent, au nombre de 36 pour 23 malades, puisqu'elles sont inconnues dans 10 cas, c'est-à-dire que chez la plupart des aliénées qui nous ont été envoyées avec renseignements sur les antécédents, nous avons trouvé l'influence probable de plusieurs causes déterminantes réunies ; ainsi, deux cas de folie dite puerpérale avaient suivi une

altération de la santé physique et un profond chagrin (perte d'un enfant, mort d'un frère).

Quant aux causes déterminantes inconnues, elles figurent presque toutes dans la colonne *Manie*, celle qui accuse le mieux l'importance de l'hérédité et elles semblent confirmer notre opinion que l'hérédité joue bien souvent seule le rôle de cause prédisposante et déterminante. Plusieurs de ces neuf maniaques avaient eu une ou deux atteintes antérieures, ou plus, de folie et n'accusèrent elles-mêmes aucune cause déterminante spéciale lorsque nous les interrogeâmes après la guérison.

Quant aux *améliorations*, elles se produisent évidemment, pour les folies curables, dans les mêmes conditions que les guérisons, c'est-à-dire que les circonstances favorables aux unes le sont tout naturellement aux autres; le tableau relatif à la durée du traitement des aliénées sorties améliorées suffira pour l'indiquer :

DURÉE DU TRAITEMENT A L'ASILE.	Manie.	Mélancolie.	Délire partiel.	Folie puerpérale.	Dégénérescence ou délire ou excitation greffée sur débilité mentale.	Totaux.
Moins de 2 mois. . . . .	»	1	»	»	2	3
De 3 à 6 mois. . . . .	2	2	1	1	»	6
De 6 mois à 1 an . . . . .	1	2	»	»	»	3
De 1 an à 2 ans. . . . .	»	»	»	»	1	1
Plus de 2 ans. . . . .	»	1	»	»	»	1
Totaux. . . . .	3	6	1	1	3	14

Ce résumé statistique relatif aux sorties par suite d'amélioration confirme absolument ce que nous avons dit des sorties par suite de guérison.

Je ne me suis occupé, jusqu'à présent, que des sorties à titre définitif, il me reste à parler des sorties à titre d'essai, des conditions dans lesquelles elles peuvent se faire avec le plus d'efficacité et, comme ces essais sont généralement dictés par l'espoir que le changement de milieu, que le retour à la vie de famille, par exemple, accentuera la marche commencée vers la guérison, je serai ainsi amené à aborder la question du traitement moral de la folie,

traitement qui, à mon avis, est non seulement le complément du traitement physique, mais un des deux facteurs essentiels du traitement général de l'aliénation mentale. N'est-il pas logique de penser, *à priori*, que si des causes morales peuvent, en altérant la santé physique, influencer fâcheusement l'état mental, il doit être possible que d'autres moyens moraux aient un effet salutaire, par action inverse, sur l'état physique et mental? S'il en est réellement ainsi, il sera naturel de conclure aussi que, pour traiter l'aliénation mentale d'une façon rationnelle, il faut avoir fait une étude spécialement approfondie de toutes ses causes possibles.

#### *Sorties à titre d'essai.*

Pour mieux faire ressortir les conditions dans lesquelles peuvent se faire avec chances de succès les sorties à titre d'essai, nous prendrons quelques exemples :

I. C.... S., âgée de 29 ans, entre dans le service en juillet 1896; elle est atteinte pour la première fois d'aliénation mentale, remontant à trois mois, qui a éclaté à la suite de son quatrième accouchement et de chagrins profonds: conceptions lentes et confuses, hallucinations vagues de l'ouïe, anxiété continuelle, perversion des sentiments affectifs et semi-conscience; C.... S. se sent malade, se figure qu'elle ne guérira pas et répète à tout venant: « Voulez-vous me couper la tête? » Elle est d'un caractère habituel timide, craintif et les moindres manifestations bruyantes qui se produisent chez ses compagnes l'émotionnent à tel point qu'elle se figure, lorsque celles-ci la regardent, qu'elle est elle-même cause de tous les accidents rémittents ou intercurrents qu'elles présentent.

Lorsqu'une amélioration franche se dessine sous l'influence d'un régime alimentaire convenable, du retour du sommeil et d'un traitement moral qui avait surtout pour but de convaincre cette malheureuse qu'elle guérirait, qu'elle retrouverait le calme d'autrefois au sein de sa famille, et lorsque nous constatons que, malgré la continuité du traitement, cette amélioration reste, pendant des semaines, stationnaire, nous n'hésitons pas, en raison du caractère si impressionnable de la malade, à conseiller au mari de la changer de milieu, de faire un essai de sortie. Quelques semaines après, il écrivait

qu'il était très satisfait de l'essai et qu'il conservait définitivement sa femme.

II. P. B...., âgée de 58 ans, entre en avril 1896, malade depuis une dizaine de mois, dominée par des idées de culpabilité, des craintes imaginaires, des hallucinations accusatrices de l'ouïe, etc., elle est extrêmement déprimée, ne mange pas seule, ne s'occupe pas. Sous l'influence d'une alimentation forcée, régulière, de toniques, d'hypnotiques pour assurer le repos périodique nécessaire au système nerveux, etc., l'état mental s'améliore peu à peu, mais il arrive un moment où l'amélioration ne progresse plus et menace parfois de rétrograder, la malade est toujours extrêmement impressionnable, timide, et, bien qu'elle ait en partie conscience de son état, elle se figure de temps en temps que les récriminations, que les propos grossiers, l'excitation de ses voisines la visent, etc. Nous proposons un essai de sortie qui donne aussi un bon résultat.

Je pourrais ajouter un certain nombre de cas analogues, exemples de caractères pusillanimes, spécialement impressionnables auxquels une séquestration trop prolongée serait nuisible, qui feraient attendre indéfiniment la guérison à l'Asile, alors qu'une sortie faite à point, à propos, est bientôt suivie d'une accélération franche de la marche vers la guérison.

Voici encore un cas qui montre bien l'utilité de l'effet moral résultant du changement de milieu ou d'encouragements, de satisfactions affirmant à la malade elle-même la perspective du retour à la liberté et à la raison complète :

III. V. A...., âgée de 53 ans, mariée à un ivrogne brutal, entrée à l'Asile en septembre 1895, atteinte depuis six mois environ de mélancolie avec idées de suicide (une tentative avant l'admission) et refus obstiné des aliments. Sa santé physique laissait beaucoup à désirer ; misère physiologique. Sous l'influence d'une alimentation forcée et d'un traitement général, une amélioration se manifeste peu à peu et, dès que cette malheureuse entre en convalescence, elle manifeste le désir d'achever son rétablissement chez ses enfants ; j'appuie la demande qu'elle leur adresse à cet effet, mais, en raison de craintes de retour d'idées de suicide, les enfants ne veulent pas la prendre à leur charge. Cette nouvelle rend de nouveau la malade

sombre et menace de compromettre la guérison ; pour en neutraliser l'effet, je lui propose de rester à l'Asile comme surveillante auxiliaire avec liberté relative qui lui permettra de retrouver la confiance de ses enfants. Elle accepte cette situation qui dissipe tous les nuages dont elle voyait l'avenir couvert, retrouve de la gaieté et se montre enfin capable de vivre complètement libre.

Cette observation n'atteste pas seulement *la puissante action du traitement moral*, mais elle donne aussi l'indication d'une *amélioration à apporter dans l'organisation des asiles* en faveur de malheureux pour lesquels les sorties à titre d'essai ne sont pas possibles ou parce qu'ils n'ont pas de famille ou parce qu'ils ne peuvent pas, pour un motif quelconque, être reçus dans leur famille. Il sera question de cette amélioration dans ce que nous dirons du traitement en général.

Cette craintivité, ce caractère anxieux spécial qui semble prescrire les sorties dès que l'on constate une amélioration un peu franche peut être observé dans d'autres conditions spéciales, en quelque sorte conséquence de nos vues sociales :

IV. M.... arrive à l'âge critique qui lui apporte divers troubles ; elle s'alimente irrégulièrement depuis quelque temps, elle a des scrupules, une anxiété vague et peu à peu se développent des idées de persécution, des hallucinations de l'ouïe, des craintes imaginaires en rapport la plupart avec sa situation qu'elle croit connue de tout le monde (maîtresse de maison sans en avoir l'étiquette officielle). Cette idée la plonge aussi dans une dépression profonde ; elle voit tout le monde au courant de sa situation équivoque ou cherchant à la connaître, etc....

Mise en traitement à l'Asile dans ces conditions, elle en sort avant la guérison dès que, une amélioration légère s'étant produite, il est constaté que cette amélioration ne progresse pas et que la marche favorable peut être entravée par l'état du caractère de la malade ; elle reste, en effet, déprimée, en quelque sorte honteuse de sa situation, vit à l'écart, etc., il devient évident qu'elle sera mieux à l'aise dans un autre milieu. Cette sortie amène bientôt une amélioration plus franche.

Ces sorties à titre d'essai, ou précoces, ne sont pas seulement utiles aux mélancoliques :

V. C. Ev..., domestique, âgée de 22 ans, entrée à l'Asile en juillet 1896, atteinte depuis quatre mois environ de manie (désordre général des idées et des actes, loquacité incohérente, insomnie, etc.). Après un traitement médicamenteux et hydrothérapique une amélioration se déclare ; elle est prononcée fin octobre, la malade s'occupe volontiers, commence à se rendre compte de sa situation ; mais il lui reste de la confusion mentale, un manque d'initiative qui ne lui permettrait pas de se diriger seule au dehors ; l'amélioration restant ainsi stationnaire pendant deux mois, nous engageons les parents à tenter une sortie. Ce changement de milieu eut un résultat satisfaisant.

VI. J. C..., enfant naturelle, âgée de 47 ans, débile mentale, mariée à un ivrogne brutal, entre à l'Asile à la fin de 1896 présentant, greffés sur sa débilité mentale congénitale, divers troubles intellectuels tels que : idées confuses de persécution, divagations puériles avec rires non motivés, parfois chants et propos incohérents. Ces accidents semblent s'être développés après une altération de la santé physique due à l'âge critique, à des chagrins, des privations, etc. ; nous donnons à cette malheureuse un régime alimentaire spécial avec toniques, et l'amélioration de l'état physique par ce traitement et par la tranquillité morale ne tarde pas à amener une modification favorable de l'état mental, mais modification qui s'accroît lentement en raison de l'état antérieur de débilité mentale.

Nous ne pouvons pas songer à une sortie à titre d'essai dans l'espoir d'activer le retour à l'état normal, car, loin de trouver le calme et la sollicitude spéciales qui lui seraient utiles, J. C... n'aurait en rentrant chez elle que sujets de contrariétés..., nous ne pouvons faire qu'un changement relatif de milieu, en la plaçant dans un quartier de malades absolument tranquilles et en recommandant à la surveillante de l'avoir presque constamment avec elle, de lui témoigner le plus possible d'intérêt. En quelques semaines J. C... était revenue à son état normal et pouvait rentrer dans son ménage.

Nouveau fait attestant l'importance du traitement moral.

VII. Je..., célibataire, âgée de 22 ans, ayant reçu une assez bonne instruction, entré à l'Asile en août 1896, sortant d'une maison de santé où elle venait de passer cinq mois. Elle nous arrivait avec le diagnostic : « Démence. » Elle présentait, en effet, toutes les apparences de la démence précoce, était stupide, gâteuse ; elle ne prenait pas le moindre soin de sa tenue, restait indifférente à toutes les sollicitations tentées pour l'intéresser à quelques petits ouvrages, à quelques distractions. Les règles n'avaient pas coulé depuis le début de la maladie mentale.

Cette jeune fille fut soumise, malgré cet état, au traitement suivant : hydrothérapie, traitement pharmaceutique pour rétablir la menstruation, frictions sèches, etc..., et surtout traitement moral, surveillante et gardiennes devant s'occuper beaucoup d'elle, lui parler souvent de ses parents, lui témoigner autant de bienveillance que possible. Après de longues semaines, le regard, qui semblait définitivement éteint, parut rendre de temps en temps quelqueueur d'expression à la physionomie, la malade n'était plus gâteuse ; il était évident que quelque modification de l'état général se préparait ; le 22 décembre, les règles coulaient pour la première fois depuis le début de l'aliénation mentale. M<sup>lle</sup> Jé... parlait un peu, commençait à prendre quelque soin de sa tenue. J'engageai le père à la retirer du milieu où elle se trouvait, à la conserver chez lui et à s'occuper constamment d'elle, à recommencer, sans la fatiguer, une éducation comme si sa fille n'avait que quelques années. Ces conseils furent suivis et voici ce que ce père m'écrivait une huitaine de jours après la sortie :

« Notre malade a passé une excellente huitaine, bon appétit, bon repos et bon caractère. Elle a fait presque chaque jour une promenade avec sa mère ; je me suis joint à elle un jour pour la mener en ville, dans la foule, pour me rendre compte de ses impressions. Eh bien, elle ne s'est aucunement effarouchée ; au contraire, elle aimait ce va-et-vient et en revenait toujours très gaie.

« L'aspect des étalages excitait seulement un peu sa convoitise et elle aurait voulu acheter quantité de choses, surtout des toilettes.

« La parole lui est revenue beaucoup plus libre et plus facile et ses phrases sont presque toujours sensées. Mais, j'ai remarqué qu'à

table, au moment des repas, ses phrases sont presque toutes décousues et souvent dépourvues de sens. En résumé, elle raisonne mieux à jeun qu'après dîner.

« Son séjour chez moi lui a donc été favorable ; je vous prie de lui accorder encore huit jours. »

L'amélioration ayant progressé sensiblement encore, cette jeune fille n'est pas rentrée à l'Asile ; il ne lui reste qu'une diminution sensible du niveau intellectuel, mais enfin elle peut vivre en famille, ne serait-ce que pour quelques années ; c'est déjà une satisfaction pour les parents et pour elle-même. Elle s'intéresse maintenant à maintes choses, fait de la musique, aime les fleurs, s'occupe de sa toilette, etc.

C'est un exemple assez frappant de résultat favorable, je pourrais dire inespéré, du traitement moral.

Grâce à l'aide d'une surveillante extrêmement patiente et dévouée, je pourrais ajouter huit ou dix cas analogues d'améliorations ou même de guérisons tardives facilitées aussi par le changement de milieu et par des sorties à titre d'essai.

En somme, les sorties à titre d'essai sont prescrites par l'étude du caractère et des sensibilités des malades.

L'expérience nous a montré qu'il y a toutefois quelques circonstances qui ne permettent pas de faire des sorties de ce genre, même lorsque l'on est persuadé qu'elles pourraient être favorables aux malades ; il est parfois nécessaire de faire une petite enquête sur les dispositions de la famille : j'ai éconduit plusieurs parents qui, peu confiants dans la possibilité d'une guérison de leurs malades ou dans la durée de cette guérison et redoutant surtout de trop longues dépenses, me suppliaient d'être assez humain pour mettre un terme à leurs souffrances par une augmentation des doses d'hypnotiques que je donne aux aliénées pour rétablir le sommeil. Tout récemment encore, un mari disait à sa femme qu'il allait essayer de la retirer et que, si elle ne guérissait pas promptement, il la tuerait et se suiciderait ensuite.

Il n'est donc pas inutile, avant de faire une sortie à titre d'essai, de connaître l'intelligence et les dispositions des personnes qui doivent recueillir le malade.

### Décès.

Bien que le nombre des décès ait un peu augmenté en 1896 (8,036 p. 100 par rapport à la population traitée), il n'en reste pas moins très sensiblement inférieur aux moyennes annuelles de la plupart des services similaires des autres asiles. L'augmentation relative que nous signalons cette année est la conséquence de l'accroissement progressif du nombre des séniles placées à Maréville.

Quant au pourcentage plus favorable que dans la plupart des autres asiles, il est dû à l'organisation générale du service et à l'emplacement, à la situation de l'établissement, comme nous l'indiquerons plus loin ; mais s'il reste aussi stationnaire, malgré l'accroissement de la population (portant surtout sur les séniles et les débiles), cela tient probablement aux pratiques de désinfection en usage dans notre service.

Nous avons, en effet, ce qui n'avait jamais été pratiqué depuis que Maréville existe, fait procéder en 1893 à une désinfection à l'étuve, à 100° au minimum, de toute la literie de l'établissement, et, depuis cette époque, literie et effets d'aliénées ou de gardiennes sortant des infirmeries, ou guéries ou décédées, sont immédiatement désinfectés à l'étuve, quelle que soit, lorsqu'il y a eu décès, la cause de ce décès. Il suffit, à notre avis, qu'un cadavre, en général plutôt malpropre que propre, ait été en contact avec de la literie ou des linges de corps pour qu'il soit, sinon nécessaire, prudent au moins de procéder autant que possible à une désinfection.

Nous croyons pouvoir attribuer dans une certaine mesure la diminution du nombre annuel des diarrhées chroniques à ce mode de faire ; qui oserait affirmer que les linges de gâteaux, même après un bon lessivage, ne peuvent pas devenir la source de contaminations graves, alors que l'on tend aujourd'hui à admettre que nous portons habituellement en nous la bactérie (*bacterium coli commune*) qui peut engendrer la fièvre typhoïde et qu'il suffit simplement de changements dans les conditions de milieu pour qu'elle devienne nuisible ou par pullulations ou par sécrétions ? En tout cas, d'autres microbes, dont nous ne connaissons pas encore les transformations,

les dangers, dont nous ne soupçonnons peut-être pas encore l'existence, peuvent se trouver dans les déjections de nos malades, et il me semble prudent d'agir, dans le doute, comme si nous étions en face d'un danger manifeste. Cette pratique n'offre, du reste, aucun inconvénient; peut-être touche-t-elle un peu au budget, mais en somme toutes considérations budgétaires doivent s'effacer lorsqu'il s'agit de mesures sanitaires. Et puis, en prévenant peut-être quelque épidémie, ne réalise-t-on pas, comme compensation, une économie et de médicaments et de linge?

La mortalité, pour les services de femmes, est presque toujours supérieure à 10 p. 100 (calculée d'après la population traitée) même dans les asiles réputés les mieux organisés, tels que, par exemple, les asiles de Dijon, Saint-Yon (Rouen), de la Seine, etc.; à l'asile de Dijon la moyenne annuelle varie de 10,35 à 12,74 p. 100 de 1890 à 1894 inclus; à Saint-Yon elle oscille de 8,7 à 11,04 p. 100 de 1891 à 1895 inclus; dans les asiles de la Seine elle varie de 8,92 à 10,68 de 1888 à 1892 et la moyenne générale de 1866 à 1892 inclus est de 9,79.

La proportion de 8,036 p. 100 est la plus élevée atteinte à Maréville depuis 1891, mais il faut signaler aussi que nous avons une population habituelle composée d'un nombre relativement très élevé de séniles, comme l'attestent les chiffres suivants :

*Décédées âgées de plus de 60 ans :*

22	en 1889,	dont	9	âgées de plus de 70 ans sur un total de 56 décès;
27	en 1890,	—	11	— — — — 76 —
41	en 1891,	—	22	— — — — 85 —
21	en 1892,	—	6	— — — — 69 —
25	en 1893,	—	12	— — — — 63 —
19	en 1894,	—	9	— — — — 71 —
31	en 1895,	—	13	— — — — 68 —
32	en 1896,	—	12	— — — — 82 —

J'ai cherché, en 1893, la durée moyenne de la vie de nos aliénées d'après les décès de onze ans, de 1882 à 1892 inclus, et j'ai trouvé qu'elle était alors de 52 ans et 9 mois, ce qui attestait suffisamment que la population du service comprenait habituellement un nombre

extraordinaire de vieillards. Cette population est restée depuis sensiblement la même.

Nos malades sont, la plupart, d'anciennes ouvrières, indigentes, vieilles avant l'âge par de rudes ou de longs labeurs, souvent par des privations et pour lesquelles il n'est pas exagéré de faire commencer la sénilité à 60 ans environ.

Nous trouvons, en 1896, parmi les admissions, 29 femmes âgées de plus de 60 ans; il est certain qu'elles vont fournir un appoint de décès très sensible en 1897. Il est à remarquer, en effet, cela est du reste constaté partout, que ce sont les admissions de séniles qui donnent, pour les admises ayant moins d'un an de séjour à l'Asile, la plus forte proportion de décès, car ce sont les malades âgées qui s'acclimatent le moins facilement, qui s'accommodent le moins bien de changements d'habitudes, de régime, etc..., modifications qui résultent fatalement du transfert du pays natal ou du domicile familial dans un hospice. La mortalité doit donc augmenter en raison même de l'augmentation du nombre des admissions de vieillards et nous avons eu, pour les 4 dernières années, 85 admissions de séniles au lieu de 62 pour les 4 années précédentes.

Il est permis de conclure de la comparaison du total des décès durant ces quatre années dernières (284 décès), qui ont fourni plus de vieillards, et du total des décès des quatre années précédentes (286 décès) ayant donné moins d'admissions de séniles, que l'état stationnaire est dû à de bonnes conditions de milieu et probablement aussi aux mesures dont nous avons parlé plus haut.

En résumé, nous avons plus de malades qu'autrefois, nous recevons plus de vieillards et nous n'avons pas plus de décès.

Les décès se répartissent ainsi pour les divers mois de l'année et d'après leurs causes.



CAUSES DE DÉCÈS.	Janvier.	Février.	Mars.	Avril.	Mai.	Juin.	Juillet.	Août.	Septembre.	Octobre.	Novembre.	Décembre.	Totaux.
Apoplexie foudroyante. . . . .	»	»	2	»	»	»	»	»	1	»	»	1	4
Hémorrhagie cérébrale. . . . .	»	»	»	»	1	1	1	»	1	»	»	»	4
Délire aigu . . . . .	»	»	»	»	2	»	»	»	»	1	»	»	3
Érysipèle de la tête. . . . .	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	1
Paralysie générale progressive. . . . .	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	»	4
État de mal épileptique . . . . .	1	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	2
Maladie du cœur. . . . .	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1
Gangrène des extrémités. . . . .	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	1
Congestion pulmonaire . . . . .	»	»	»	»	»	1	»	»	1	»	»	»	2
Pneumonie . . . . .	»	1	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	2
Pneumonie sénile. . . . .	1	1	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	3
Broncho-pneumonie. . . . .	»	»	»	»	2	»	1	»	»	»	1	»	4
Tuberculose pulmonaire . . . . .	»	»	»	2	1	2	1	»	1	»	»	»	7
Entérite et diarrhée chronique. . . . .	1	»	1	1	»	1	»	1	»	»	»	2	7
Hernie étranglée . . . . .	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	1
Gastrite spécifique . . . . .	»	1	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	2
Cancer du sein . . . . .	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	1
Néphrite interstitielle . . . . .	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	1
Diabète (cachexie) . . . . .	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1
Misère physiologique . . . . .	»	»	»	»	»	»	1	»	»	1	»	»	2
Marasme nerveux . . . . .	3	»	1	1	3	»	3	2	1	1	1	1	17
Marasme paralytique . . . . .	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1
Sénilité ou marasme sénile. . . . .	1	1	1	1	2	»	1	»	»	1	»	2	10
Suicide (pendaison). . . . .	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	1
Totaux par mois . . . . .	6	4	7	6	15	8	10	4	3	4	7	8	82

Ce sont, en général, les températures extrêmes qui sont le plus nuisibles à l'homme et surtout à l'aliéné ; à aucun moment de l'année 1896 nous n'avons eu de grands froids dans notre région ; mais les mois de mai, juin et juillet ont nettement tranché sur les autres par l'élévation de température que nous avons eue pendant ce trimestre. L'influence fâcheuse de cette élévation de température, non en rapport avec celle des autres mois de l'année, est accusée non seulement par le total des décès pendant ces trois mois et surtout pendant le mois de mai, le premier, mais elle est principalement mise en évidence par ce fait que les causes de décès sont en grande majorité des accidents ou des affections intéressant l'appareil circulatoire et pouvant par suite être les uns occasionnés, les autres influencées par l'état atmosphérique.

Il nous semble résulter de ces indications qu'il est nécessaire

d'assurer autant que possible à nos aliénés et surtout aux cérébraux une température constamment modérée. C'est assez dire que l'on devrait se préoccuper davantage, lorsque l'on construit dans nos asiles, non seulement d'assurer un chauffage rationnel des pavillons pour l'hiver, mais de les organiser de façon à ce qu'ils ne soient pas absolument surchauffés pendant l'été :

Toutes les maisons particulières sont munies de volets ou d'appareils qui permettent de s'abriter contre les élévations extraordinaires ou seulement incommodes de température, les habitations des aliénés indigents ne sont que *tout à fait exceptionnellement* protégées contre les ardeurs du soleil par des volets ou des stores et cependant, nous venons de le voir, ces malheureux ne sont pas plus insensibles que nous à l'action de chaleurs nocives.

Quant aux causes de décès, elles n'accusent pas de mauvaises conditions d'hygiène générale et, à ce point de vue, ce tableau est sensiblement identique à celui des huit ou dix dernières années. Nous reviendrons, du reste, sur la question d'hygiène générale à propos de l'étude du cadre des maladies incidentes.

Les cas de marasme nerveux, c'est-à-dire d'épuisement à la suite d'excitation, cérébrale ou maniaque, vive et de longue durée, d'insomnies, sont, relativement à la population habituelle du service, très peu nombreux, car nous usons largement des hypnotiques : hydrate de chloral, chlorhydrate de morphine, sulfonal, trional, bromures, opiacés, etc..., non seulement pour les malades curables, mais aussi pour toutes les incurables privées de sommeil naturel ou turbulentes pendant une partie de la nuit. Il en résulte un bénéfice et pour l'aliénée atteinte d'insomnie et pour ses compagnes ; l'état mental des curables ne peut tirer qu'avantages de ces prescriptions, comme nous le disons ailleurs, et la santé physique de toutes, curables ou incurables, ne peut que profiter de la restitution du repos quotidien naturellement imposé au système nerveux normal.

Assurer le calme dans tous les dortoirs, un calme relatif tout au moins, est, je le répète, indispensable, dans l'intérêt des malades et dans l'intérêt du personnel, personnel en majorité si dévoué, pour de faibles rétributions, et qui, pour rester bon pour les malades, a

besoin de repos et de moments de quiétude, sans lesquels la santé n'est pas parfaite, sans lesquels les caractères s'irritent, sans lesquels on peut avoir à déplorer des actes de violence qui n'ont parfois pas d'autre cause primordiale que la fatigue, que l'irritabilité résultant d'insomnies, etc... La patience et la longanimité ne peuvent guère se rencontrer que chez les personnes bien portantes et ce sont deux vertus bien utiles à notre personnel de surveillance.

Au point de vue de l'état mental et de l'âge, les décédées de 1896 sont ainsi classées :

ÉTAT MENTAL.	Durée du séjour à l'Asile.								Totaux.	
	Au-dessous de 15 ans.	15 à 20 ans.	20 à 25 ans.	25 à 30 ans.	30 à 40 ans.	40 à 50 ans.	50 à 60 ans.	60 à 70 ans.		70 à 80 ans et au-dessus.
Manie et délire aigu . . . . .	»	»	1	»	»	5	4	3	1	14
Délire chronique . . . . .	»	»	»	»	1	2	3	»	»	7
Mélancolie . . . . .	»	»	»	»	1	3	1	4	»	9
Démence . . . . .	»	»	»	»	1	3	3	3	2	12
Folie ou démences séniles . . . . .	»	»	»	»	»	»	»	3	11	14
Folie puerpérale . . . . .	»	»	1	»	1	»	»	»	»	2
Folie hystérique . . . . .	»	»	1	»	3	»	»	»	»	4
Hystéro-épilepsie . . . . .	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1
Épilepsie (avec folie ou idiotie) . . . . .	1	1	»	»	1	»	2	»	»	5
Imbécillité . . . . .	»	»	»	1	1	1	2	1	»	6
Folie alcoolique . . . . .	»	»	»	»	»	1	»	»	»	1
Paralysie générale progressive . . . . .	»	»	»	»	1	3	»	»	»	4
Folie syphilitique . . . . .	»	»	»	»	1	»	»	»	»	1
Démence organique . . . . .	»	»	»	»	1	»	»	1	»	2
Totaux . . . . .	1	1	3	2	12	17	14	18	14	82

Plus de moitié des décédées avaient passé l'âge critique, 46 étaient âgées de plus de 50 ans; c'est une constatation qui confirme ce que nous disions précédemment au sujet de la moyenne relativement élevée de la vie de nos aliénées.

Le tableau suivant indique la durée du séjour à l'Asile des aliénées décédées dans l'année.

TABLEAU.

Durée du séjour à l'Asile.	Nombre de décès.
Moins de 8 jours . . . . .	2 décès.
De 8 à 15 jours . . . . .	2 —
De 15 jours à 1 mois . . . . .	2 —
De 1 mois à 3 mois . . . . .	8 —
De 3 — à 6 — . . . . .	4 —
De 6 — à 1 an . . . . .	8 —
De 1 an à 2 ans . . . . .	6 —
De 2 ans à 3 — . . . . .	3 —
De 3 — à 4 — . . . . .	2 —
De 4 — à 5 — . . . . .	4 —
De 5 — à 10 — . . . . .	16 —
De 10 — à 15 — . . . . .	7 —
De 15 — à 20 — . . . . .	10 —
De 20 — à 30 — . . . . .	7 —
De 30 — à 40 — . . . . .	» —
De 40 — à 50 — . . . . .	1 —
Total . . . . .	82 décès.

Ce tableau a en général une certaine importance, car il peut *contribuer* à donner quelques indications relativement à l'organisation hygiénique du service et à la valeur du régime alimentaire d'un établissement. Celui-ci montre, à notre sens, étant donné le grand nombre des admissions annuelles et la population habituelle du service, que les aliénées s'acclimatent encore assez facilement à l'asile et que, par conséquent, elles n'y trouvent pas de mauvaises conditions d'hygiène; en effet, la mortalité ne porte pas surtout sur les aliénées admises depuis peu à l'asile. Et puis il faut ajouter que l'on envoie bien souvent dans les asiles des malades arrivés à un véritable état de marasme, au dernier degré de la misère physiologique; Maréville ne fait pas exception; bien souvent médecins et familles ne nous adressent leurs aliénés que lorsqu'ils sont absolument délabrés, lorsqu'ils ont passé des jours, parfois même des semaines sans accepter d'autre nourriture que quelques gouttes de lait ou de boisson quelconque, sans avoir été alimentés à l'aide de la sonde œsophagienne, comme nous nourrissons, dans les asiles, les malades qui, dominés par quelques craintes d'empoisonnement, par des hallucinations impératives, par exemple, refusent toute alimentation.



Un tableau de ce genre, établi d'après une statistique faite dans tous les asiles et dans tous les hospices, présenterait un certain intérêt au point de vue médico-légal ; il montrerait probablement, par exemple, que les apoplexies surtout frappent à certaines heures du jour et de la nuit, et cela peut avoir de l'importance (questions de probabilités de survie, successions, assassinats, etc.).

Le cadre précédent semble indiquer assez nettement que l'on ne décède pas ou presque pas de minuit à 1 heure du matin, — qu'il y a dans la journée deux séries d'heures pendant lesquelles la mortalité est moindre, de 9 heures du matin à 1 heure du soir et de 7 heures à 10 heures du soir, — que la mortalité est sensiblement la même pour les deux moitiés du jour solaire, — mais qu'elle est un peu plus élevée pour les douze heures comprises entre 10 heures du soir et 10 heures du matin (192) que pour les douze heures comprises entre 10 heures du matin et 10 heures du soir (162), — qu'il est certaines heures, de 10 heures du matin à 2 heures du soir, par exemple, pendant lesquelles les congestions encéphaliques, les morts subites, etc., sont relativement rares, etc.

*Quelques circonstances intéressantes de décès.*

Quelques circonstances dans lesquelles certaines aliénées sont décédées méritent de nous arrêter un instant, surtout au point de vue des déductions qu'il est permis de tirer de quelques phénomènes particuliers :

Th..., une démente, très âgée, succombe trente-six heures après une opération de hernie étranglée, opération faite dans des conditions spécialement défavorables. Les troubles qui se sont produits presque en même temps que les accidents d'étranglement doivent retenir un peu l'attention : notre malade était habituellement tranquille depuis des années, mais lorsque la hernie devint douloureuse, lorsque des vomissements fécaloïdes apparurent, une excitation cérébrale assez vive se manifesta, accompagnée de désordre d'actes et d'une élévation de température qui permet de soupçonner de l'auto-infection et d'accorder un certain crédit à l'influence probable de l'accumulation de toxines dans l'organisme, comme cause détermi-

nante des accidents rémittents ou intercurrents qui éclatent si fréquemment chez les aliénés plus spécialement frappés du sceau de la dégénérescence, agitation maniaque par accès, attaques d'épilepsie, d'hystérie, impulsions dypsomaniaques, etc.

Chez notre malade, arrivée depuis des années à un état mental constant, démence tranquille, il s'est produit, comme chez les individus normaux, le contraire de ce que nous observons habituellement chez les aliénés atteints d'une affection moins calme par ses manifestations habituelles ; chez ces derniers, en effet, un état fébrile incident détermine généralement au moins une atténuation sinon la disparition momentanée des troubles intellectuels, les délires sont moins intenses, les désordres d'actes moins marqués, etc.

Dès lors on pourrait dire qu'ou il y a hyperactivité cérébrale véranique incidente, comme dans l'accès de manie rémittente, comme dans certains accès de mélancolie, il y a auto-intoxication par accumulation de toxines dans l'organisme et que, si les troubles intellectuels se dissipent sous l'influence d'une affection organique aiguë, c'est que les toxines résultant de cette dernière maladie neutralisent jusqu'à un certain point celles de la première, tandis que chez les individus normaux ou chez les aliénés présentant constamment ou à peu près le même état mental, où il n'y a, par conséquent, pas auto-intoxication, pas de toxines dans l'organisme, une affection aiguë incidente apportera des toxines qui détermineront de l'excitation cérébro-médullaire, parce qu'elles n'en rencontreront pas d'autres pour les neutraliser.

Cette manière de voir établirait certains liens entre diverses crises nerveuses, mais elle ne supprimerait en rien la part de l'hérédité dans la pathogénie des crises rémittentes observées chez les dégénérés ; c'est, en effet, par une organisation héréditaire spéciale que l'on pourrait le mieux expliquer la répétition des auto-intoxications qui semblent amener, par exemple, les crises d'épilepsie.

Si la périodicité de l'agitation maniaque est considérée comme attestant la dégénérescence, il devrait en être de même de la périodicité des crises d'épilepsie qui, dès lors, n'est elle-même qu'une des modalités, une des formes de la dégénérescence.

J'aurai, du reste, à revenir sur ce point à propos d'une épidémie

d'érysipèle et de son influence sur l'état mental des personnes frappées.

Cette accumulation périodique de toxines chez certains sujets n'est évidemment pas fortuite, elle doit résulter d'une tare, peut-être de l'insuffisance qualitative ou quantitative d'une glande dite à sécrétion interne, c'est-à-dire déversant directement dans le sang des sécrétions appelées à neutraliser les toxines produites dans l'organisme sous diverses influences. Peut-être l'épilepsie est-elle ainsi le résultat d'une production de toxines non en rapport avec la quantité ou la qualité des sécrétions qui suffisent à les neutraliser chez les individus normaux. Dès lors, le traitement deviendrait assez simple si l'on connaissait la glande insuffisante; il faudrait, en effet, compléter son rôle et faire absorber des liquides organiques analogues à ceux qu'elle sécrète.

Diverses observations nous font penser qu'il y a quelques recherches à tenter du côté du corps thyroïde; nous venons de commencer.

M. S... entré à l'Asile en septembre 1896. Cette femme, mariée, âgée de 34 ans, y avait déjà fait deux séjours dans la même année, à l'âge de 17 ans, séjours motivés chacun par un accès de manie. Le troisième accès d'aliénation mentale remontait à plusieurs mois lors de l'admission à Maréville; nous l'avons vu caractérisé par de l'excitation rémittente avec troubles délirants ou hallucinatoires accusant de la confusion mentale, le tout greffé sur de la dégénérescence et de l'hystérie, cette dernière marquée par la sensation classique de boule mobile déterminant des étouffements, par le clou hystérique, par des alternances soudaines et non motivées de rires ou de pleurs, etc.

Les causes prédisposantes sont donc manifestes; la cause déterminante était assez complexe: profond chagrin lié à une altération de la santé physique; cette femme avait été atteinte, quelque temps auparavant, d'endo-métrite qui avait nécessité une intervention chirurgicale; de tous les tracés que cette affection avait occasionnés à notre malade, il était résulté cette idée fixe qu'elle était atteinte d'un mal incurable, d'un cancer, d'où peu à peu des idées de sui-

cide bientôt suivies de tentatives de suicide par absorption de pétrole, par pendaison, etc.

A l'Asile nous avons surtout constaté une instabilité mentale extraordinaire, du désordre des actes, l'existence d'hallucinations accusatrices de l'ouïe — on l'accusait de vols, — des préoccupations relatives à sa santé physique et, de temps en temps, des tentatives de suicide, troubles rémittents, la malade ayant quelques périodes de calme avec conscience.

Après avoir fait diverses tentatives de suicide à l'Asile, soit par pendaison, soit par strangulation, avoir cherché maintes fois à s'emparer de lampes à pétrole pour en boire le contenu, M. S... réussit à se donner la mort en novembre 1896, avec l'aide de malades, ses voisines de dortoir qui lui enlevèrent camisole et entraves pour lui permettre de se pendre et qui la regardèrent mourir. Tout s'était fait sans bruit et la surveillante du dortoir n'avait rien entendu; elle couchait cependant en face de la malade, mais cela se passait à 11 heures du soir, pendant son premier sommeil.

Cette observation doit-elle être rapprochée de la précédente en raison de l'une de ses causes déterminantes, endo-métrite? — Peut-être, — mais elle montre qu'il est nécessaire de choisir tout spécialement les voisines de malades dominées par des idées de suicide, de ne prendre ces voisines que parmi des aliénées incapables de se laisser influencer au point de favoriser les projets de suicide. A la vérité quand un service compte beaucoup de dégénérées ou d'hystériques et de mélancoliques, ce choix n'est pas toujours facile.

B..., femme P..., âgée de 48 ans, décédée trois semaines après l'arrivée à l'Asile, venait de l'hôpital de..., département de.... Notre certificat de 24 heures la concernant fut ainsi libellé: « Contrairement aux prescriptions légales, n'est accompagnée que de certificats médicaux ne donnant pas le moindre renseignement sur les antécédents, sur l'état habituel, etc. Enfin, elle présente des symptômes de misère physiologique (infiltration des extrémités inférieures). Elle est arrivée avec des vêtements couverts d'excréments desséchés... », etc.

Cet exemple pris au hasard (*combien d'autres ne pourrais-je pas*

*ajouter !*) ne confirme-t-il pas les craintes que je manifestais au sujet de l'humanité des projets de placements d'aliénés dans des fermes ou des hospices non spéciaux ? — H...., femme L...., par exemple, arrive à l'Asile porteuse de plaies non pansées de la jambe gauche. — X.... est envoyée d'un hospice, en décembre, sans bas ni chaussures. — R...., transférée d'un hôpital, meurt en descendant de la voiture qui l'amène à l'Asile ; l'autopsie nous révèle une pneumonie purulente. — B. M...., âgée de 61 ans, meurt cinq jours après l'entrée. A l'arrivée : constitution délabrée, bronchite chronique, emphysème. Elle venait de faire un voyage de plusieurs heures.

D...., veuve R...., âgée de 36 ans, ouvrière de manufacture de tabac, entre dans le service fin juillet 1896 sans le moindre renseignement sur ses antécédents ancestraux ou autres ; elle n'est accompagnée que d'un certificat médical dans lequel nous relevons ce qui suit : « Est atteinte de démence ; elle ne comprend plus rien de ce qu'on lui dit, ne répond d'une façon sensée à aucune question ; elle paraît surtout préoccupée d'idées érotiques et, presque sans interruption, raconte à tout propos et à tout venant les avantages qu'elle trouvait dans son premier mariage et ceux qu'elle attend des quatre ou cinq maris qu'elle se propose d'avoir encore. De nuit, elle est très agitée, se relève sans cesse, réveille les autres malades pour leur raconter les mêmes histoires, cherche derrière les portes, parle à des personnes imaginaires, essaie de se sauver. Elle est de plus complètement gâteuse. »

Cet affaiblissement intellectuel a dû arriver très vite, car cette malheureuse n'avait que son travail pour vivre et, sans ressources, elle n'aurait pas pu rester bien longtemps, aliénée, en liberté sans attirer l'attention des voisins et de la police.

Elle est borgne de l'œil droit, la pupille gauche est moyennement dilatée et réagit à la lumière ; le pouls est ample, régulier, de fréquence normale ; la température est normale.

A l'Asile, la malade a toujours l'attitude d'une personne en état d'ivresse ; ses réponses sont tardives, extrêmement vagues et décousues, il semble généralement qu'elle ne comprend plus les ques-

tions les plus simples ; il faut une très grande insistance pour obtenir, quelle que soit la question, une autre réponse que celle-ci : « J'habitais Nancy, oui Nancy » ou : « Il était bien gentil mon mari. »

On constate habituellement de la lenteur, de l'hésitation de la parole plutôt que de l'embarras avec tremblement, lenteur et hésitation qui paraissent se rattacher naturellement à la lenteur et à la confusion des conceptions ; cependant nous notons un léger tremblement fibrillaire des muscles de la langue.

Ces symptômes, constants chez cette femme, sont parfois accompagnés d'excitation se traduisant surtout par du désordre des actes, une instabilité qui fait ressembler la malade à une personne égarée cherchant à s'orienter.

A partir du mois d'octobre, les accès d'agitation se rapprochent et D.... succombe dans le coma apoplectique, le 22 décembre 1896.

L'autopsie ne révèle, à l'examen macroscopique que de la congestion cérébrale, plus accusée dans l'hémisphère droit et un peu de ramollissement du vermis cérébelleux. Consistance normale du reste de l'écorce de l'encéphale ; parois des ventricules lisses.

L'examen microscopique du cerveau et de la moelle sera fait ultérieurement.

Mais voilà un nouveau fait qui offre diverses particularités et par l'évolution rapide de l'affection et par les symptômes psychiques et somatiques et qui justifie (même par un examen nécropsique sommaire) toutes les réserves que j'ai faites relativement à la description d'une paralysie générale progressive comme « entité morbide » ; nous trouvons là, en effet, des symptômes de paralysie générale progressive soi-disant classique et d'intoxication chronique (tabac, alcools, syphilis?) sans les lésions macroscopiques caractéristiques soi-disant classiques.

A...., veuve M...., démente, atteinte d'érysipèle du front et des paupières, succombe subitement alors que tous les accidents externes pouvaient faire croire à une convalescence et le thermomètre accusant de la défervescence quelques heures avant la mort.

L'autopsie montre les méninges épaisses, congestionnées ; à leur ouverture, il s'écoule environ 150 grammes d'un liquide sanguino-

lent. En disséquant les sinus, on trouve, dans le sinus latéral gauche, un caillot de 7 centimètres environ de long. Le cerveau présente à sa surface, au niveau du cap de la circonvolution pariétale ascendante, une plaque laiteuse avec épaissement considérable de la pie-mère, etc...

Il semble que l'érysipèle a gagné les enveloppes et la surface cérébrales.

*Conditions auxquelles doit répondre l'amphithéâtre de l'asile d'aliénés.*

C'est ici le lieu de dire quelques mots de la situation de l'amphithéâtre de l'asile d'aliénés ; quelques réflexions seront d'autant mieux à leur place ici que cette question semble avoir été traitée avec une assez grande négligence lors de la construction d'un nouvel amphithéâtre à Maréville. Pourquoi l'avoir placé au centre de l'établissement, entre deux quartiers d'observation, entre les deux infirmeries principales, alors que l'on prend tant de soins lorsqu'il s'agit de choisir l'emplacement d'un cimetière ; or, à notre avis, un amphithéâtre, où l'on pratique des autopsies, où l'on conserve des cadavres parfois plus de 48 heures, est plus dangereux qu'un cimetière.

D'une façon générale, un amphithéâtre d'asile d'aliénés doit répondre à quelques conditions générales que nous allons énumérer :

1° Il doit être au nord de l'établissement, ou au moins au nord-est ;

2° L'emplacement doit être, autant que possible, choisi de façon à ce que le transport des cadavres des infirmeries aux chambres de morts attenantes à cet amphithéâtre ne soit pas, ou le moins possible, remarqué des malades et à ce qu'il en soit de même du transfert des cadavres à la chapelle et au cimetière ;

3° Il faut tenir compte dans le choix d'un emplacement de la facilité avec laquelle on pourra amener l'eau ; il est, en effet, nécessaire, tant au point de vue hygiénique qu'au point de vue pratique, que ce pavillon soit largement et facilement approvisionné d'eau ;

4° Les eaux d'évacuation doivent arriver dans les égouts en aval de l'établissement afin qu'en cas d'obstacles, d'infiltrations, d'acci-

dent quelconque ces eaux, plus spécialement nocives si elles ne sont pas suffisamment additionnées d'antiseptiques, ne stagnent pas dans l'établissement même ;

5° Une aération active des diverses pièces de l'amphithéâtre est nécessaire, mais à la condition que l'air impur refoulé par l'appel d'air relativement pur passera dans une cheminée munie d'un appareil désinfectant. Il ne suffit pas, en effet, de bien aérer une pièce pour mettre un établissement à l'abri de microbes dangereux ; la simple cheminée d'appel constitue bien souvent un danger, car elle ne fait que favoriser la dissémination d'agents nocifs ; l'air qui sort d'un milieu malsain devrait toujours être désinfecté. Il devrait en être ainsi au moins pour l'atmosphère des infirmeries et des amphithéâtres.

Je ne parlerai pas de la lumière qu'il est nécessaire d'avoir en abondance ;

6° Et je crois qu'il y aurait lieu d'attacher quelque importance à cette question absolument négligée dans la plupart des asiles : *le garçon d'amphithéâtre ne devrait pas appartenir au personnel des quartiers*, il ne devrait pas, en dehors de son service d'amphithéâtre, être au service de malades, car il peut servir de véhicule et devenir pour ces malades une source d'affections dont on cherche souvent bien loin la cause ;

7° Il serait utile et pratique, sinon nécessaire au point de vue hygiénique, d'avoir un petit four crématoire pour détruire les petites pièces anatomiques momentanément conservées, les cadavres de contagieux, etc.

Je terminerai ce qui a trait aux décès par un vœu :

Au lieu de faire rentrer dans une caisse départementale le pécule des aliénés décédés, les petites économies faites à l'Asile par l'aliéné sur le produit de son travail, ne serait-il pas plus humain de fonder avec ces petits restes une caisse dite d'encouragement dont les revenus seraient uniquement employés au profit des enfants ou des malheureux qui ne travaillent pas et qui n'ont pas droit aux faveurs accordées par les règlements aux laborieux.

Ils ne sont pas moins méritants, à quelques exceptions près, parce

qu'ils restent oisifs ; ce n'est ni paresse, ni mauvaise volonté qui les empêchent de s'occuper ; la plupart du temps leur oisiveté n'est que la conséquence de la maladie qui amène la séquestration. Où il n'y a pas volonté libre, il ne saurait y avoir le moindre motif, je ne dirai pas même à punition, simplement à indifférence. Ils méritent aussi de la sollicitude et l'on pourrait obtenir à la longue quelques résultats heureux d'attentions souvent répétées bien que *réglementairement* non méritées.

*Maladies incidentes qui frappent le plus communément l'aliéné ;  
leurs enseignements.*

Le tableau ci-dessous des maladies incidentes de la dernière année permet de juger de la situation sanitaire du service et il donne la nomenclature assez exacte des maladies physiques dont les aliénés sont le plus habituellement victimes ; du reste, nous le compléterons par quelques renseignements :

*Système nerveux.*

Congestion cérébrale . . . . .	14
Hémorrhagie cérébrale. . . . .	4
Apoplexie foudroyante. . . . .	4
Délire aigu. . . . .	3
Polynévrite . . . . .	1
Néuralgie du trijumeau. . . . .	1

*Organes des sens.*

Kératite ulcéreuse. . . . .	1
Kérato-conjonctivite granuleuse . . . . .	1
Blépharophtalmie. . . . .	8
Othématome . . . . .	2

*Appareil circulatoire.*

Affections cardiaques . . . . .	5
---------------------------------	---

*Appareil respiratoire.*

Congestion pulmonaire. . . . .	2
Bronchite . . . . .	7
Broncho-pneumonie. . . . .	6
Pneumonie. . . . .	8

Pleurésie . . . . .	2
Emphysème pulmonaire . . . . .	1
Tuberculose pulmonaire . . . . .	7

*Appareil digestif et annexes.*

Stomatite ulcéreuse. . . . .	2
Amygdalite. . . . .	5
Embarras gastrique . . . . .	18
Gastro-entérite. . . . .	4
Entérite, diarrhée. . . . .	34
Hernie crurale. . . . .	1
Prolapsus rectal. . . . .	1
Coliques hépatiques . . . . .	9
Gastrites spécifiques. . . . .	2

*Appareil moteur.*

Contusion lombaire . . . . .	1
Fracture de clavicule . . . . .	1
Fracture spontanée comminutive du fémur dans un cas de carcinose généralisée. . . . .	1
Luxation du poignet. . . . .	1
Gangrène des extrémités. . . . .	1

*Appareil génito-urinaire.*

Néphrite. . . . .	1
Métrorrhagie. . . . .	4

*Maladies des tissus.*

Plaie par instrument tranchant . . . . .	1
Plaie du membre inférieur . . . . .	1
Phlegmon diffus de la jambe . . . . .	1
Ulcère costal. . . . .	1
Brûlure au deuxième degré. . . . .	1
Anthrax. . . . .	2
Cancroïde de la face. . . . .	2
Nombres de petites plaies contuses chez les épilepti- ques.	

*Maladies générales.*

Carcinose généralisée . . . . .	1
Scorbut . . . . .	1
Diabète . . . . .	1



*Maladies zymotiques.*

Fièvre continue. . . . .	1
Érysipèle . . . . .	28
Grippe . . . . .	8

Et, enfin, les cas de marasme indiqués dans le tableau des causes de décès.

Nous constatons, en somme, que, malgré une agglomération de population de près de deux mille habitants, l'état sanitaire n'est pas mauvais à Maréville. Il en est de même chaque année et le tableau ci-dessus n'est guère que la reproduction du cadre correspondant établi les années précédentes, depuis plusieurs années au moins (sauf pour le nombre des érysipèles sur lequel nous reviendrons).

On peut, comme nous allons essayer de le faire ressortir, tirer de là de précieux enseignements pour l'organisation et l'installation d'un asile d'aliénés :

Lorsque nous indiquons à quelque confrère le cube minimum d'air donné à chaque lit, dans nos dortoirs ; 20 mètres cubes pour aliénées propres, 25 mètres cubes pour malpropres, 30 mètres cubes pour infirmeries ou malades alitées jour et nuit, on nous répond invariablement : « c'est insuffisant, absolument insuffisant, vous avez de l'encombrement » ; il n'est pas difficile de montrer que c'est le raisonnement qui nous est opposé qui est insuffisant, car qui dit encombrement implique des effets de cet encombrement ; où sont-ils ? Nous ne connaissons pour ainsi dire pas les maladies épidémiques à Maréville, bien que nous soyons voisins d'une ville où règnent bien souvent fièvre typhoïde, variole, rougeole, diphtérie, etc., où la tuberculose est très répandue et, cependant, nous n'avons habituellement qu'un très petit nombre de décès par tuberculose, nous avons une mortalité inférieure à celle des asiles réputés les meilleurs : (Saint-Yon, Quatre-Mares, Seine, Dijon, etc...).

La plupart de nos malades incurables non atteints d'affections organiques de l'encéphale font un assez long séjour à Maréville, ainsi que cela résulte des études statistiques qui précèdent et de celles des années antérieures.

On ne peut donc pas accuser l'encombrement.

Cette situation favorable est-elle due au régime alimentaire de l'établissement ? Non, car il est certainement inférieur à celui des asiles de la Seine et à celui de beaucoup d'asiles de province ne recevant pas de malades dans de plus mauvaises conditions de santé physique que les nôtres.

Faut-il attribuer cet état de choses au service médical ? Pas davantage.

Il faut pour l'expliquer faire intervenir tout un ensemble de causes :

1° *Situation géographique.* — Grâce à sa position, dans une cuvette ouverte seulement à l'est, du côté de Nancy, Maréville se trouve abrité contre le choc direct de tous les vents qui peuvent être nocifs et, avant de lui parvenir, ces vents sont en quelque sorte épurés sur une immense forêt, de quelques milliers d'hectares, qui nous protège ainsi au sud-ouest, à l'ouest et au nord-ouest. Nos habitations de jour et de nuit sont aérées, par conséquent, dans de bonnes conditions, car s'il faut tenir à la quantité de l'air renouvelant, il faut aussi et avant tout tenir à sa qualité ; or nous remplaçons ici, et par nos cheminées d'appel et par la disposition des ouvertures, fenêtres opposées, de l'air vicié par de l'air pur, tandis qu'en ville ou dans les hospices placés au centre d'agglomérations ou à mauvais vents, on se figure assurer une bonne aération par un renouvellement actif de l'air, mais on ne fait en somme que substituer à de l'air très vicié un air un peu moins impur ; il est donc logique de donner alors un cubage minimum plus élevé, moyennant lequel on se trouve encore vis-à-vis de nous dans des conditions d'infériorité. Il faut donc, dans la détermination des cubages nécessaires, tenir compte de l'emplacement des locaux, de la disposition de leurs ouvertures, de la qualité de l'air que l'on peut puiser à l'extérieur ; il est évident qu'un asile placé en ville devra être plus spacieux, réunir de meilleures conditions d'aération, de ventilation, que d'autant plus de précautions hygiéniques seront nécessaires que l'hospice sera moins isolé. On conçoit aussi qu'un hospice, bien qu'isolé, situé sur un site dépourvu d'arbres, exposé aux vents d'ouest et du midi, serait dans une situation un peu inférieure au point de vue hygiénique.

Superficielles sont donc les critiques qui n'envisagent pas les con-

ditions de milieu, de voisinage, l'état de la végétation, la disposition et le nombre des fenêtres et des moyens d'aération, la qualité de l'air renouvelant, qui négligent, en résumé, toutes les conditions dont l'étude doit servir de base à la recherche d'un emplacement pour un établissement hospitalier.

2° Les bouches d'égouts sont assez nombreuses pour que malades et personnel n'aient pas trop à se déplacer pour y jeter les eaux et les liquides dont la stagnation dans les préaux et l'imprégnation du sol pourraient constituer un danger, et ces égouts sont assez fréquemment lavés.

3° Les désinfections fréquentes des vêtements, de la literie, etc., les vaccinations et revaccinations contribuent certainement à prévenir la multiplication du nombre des maladies incidentes.

4° Il en est de même de la catégorisation des malades ; il est évident qu'en séparant autant que possible les agitées des tranquilles on laisse à ces dernières un repos qui ne saurait être troublé sans inconvénients et pour leur santé physique et pour leur état mental ; la séparation des malades propres et des gâteuses ne doit pas être moins utile.

5° J'arrive enfin au régime alimentaire et à l'influence sur l'état sanitaire général de la distribution large et sans parcimonie des hypnotiques :

Bien superficiel et peu scientifique est le raisonnement qui consiste à dire, parlant du régime commun et des plaintes des aliénés, que les récriminations de ces malheureux ne sont pas justifiées parce qu'ils sont, pour la plupart, mieux nourris que chez eux ; il ne faut pas oublier, en effet, comme nous l'avons vu, à propos du traitement général de l'aliénation mentale, que des troubles physiques précèdent ou accompagnent bien souvent, sinon habituellement, la folie, qu'il est indispensable pour obtenir une amélioration mentale, de déterminer une amélioration de l'état physique, etc. ; enfin, il suffit pour juger de l'importance que peut avoir un bon régime, de penser que nos aliénés forment en somme une agglomération de malades, que cette agglomération peut devenir d'autant plus dangereuse qu'elle sera formée de personnes plus débiles, que les apports alimentaires doivent être d'autant plus abondants, au moins comme

qualité, que les dépenses de forces sont plus grandes (agitation maniaque), etc. On peut poser en principe que les maladies incidentes seront d'autant moins nombreuses que la résistance individuelle sera meilleure et que, par suite, le régime laissera moins à désirer (et comme aliments solides, viandes et légumes, et comme aliments liquides, lait, eaux de source, etc...<sup>1</sup>).

N'y a-t-il pas lieu de réagir ici encore contre les tendances à négliger la thérapeutique de l'insomnie, à laisser libre cours à l'agitation nocturne des aliénés, à faire des dortoirs d'agités, tout simplement ou parce que l'on est en face d'une folie incurable ou pour réaliser plus d'économies, présenter un plus beau budget ? A notre avis la distribution d'hypnotiques : chloral, morphine, trional, sulfonal, etc., à tous les aliénés qui ne dorment pas, n'est pas seulement avantageuse au point de vue de l'état mental et de la santé physique des personnes auxquelles on les administre, mais elle l'est aussi pour l'état sanitaire général de l'établissement, les maladies zymotiques ou bacillaires font moins de victimes dans les agglomérations saines que parmi les agglomérations de débiles.

Cette question de budget m'amène à dire quelques mots des relations mêmes du service médical et du service administratif dans un asile. A mon avis cette question ne doit pas être envisagée à la légère par les fonctionnaires ou les employés des deux ordres, car de ces relations peuvent dépendre le bien-être de l'aliéné, l'organisation hygiénique de l'établissement et les résultats du traitement. Dans un asile où directeur et médecin se font réciproquement quelques concessions, où médecin et directeur comprennent bien leur rôle et ne se heurtent pas à l'idée étroite qu'ils sont faits pour se surveiller l'un l'autre, les améliorations profitables aux malades se font facilement, mais il importe *d'abdiquer tout sentiment égoïste et de penser avant tout aux fins de l'établissement, aux besoins des malades*, d'oublier complètement les avantages personnels que l'on peut retirer de sa situation. Les questions personnelles, égoïstes, sont,

1. C'est probablement parce que la plupart des asiles sont alimentés d'eaux de source que la fièvre typhoïde est relativement très rare, ce qui a fait dire à tort que les aliénés étaient réfractaires à la fièvre typhoïde.

plus que les questions de service, la source de désunion dans les asiles. Je m'empresse d'ajouter que c'est le médecin qui doit faire le moins de concessions pour les questions de service, car il agit, en somme, comme principal protecteur, comme défenseur plus autorisé des malades.

Les tendances économiques des services administratifs sont parfois en opposition avec les tendances humanitaires des services médicaux et c'est précisément cette opposition, possible même lorsque les fonctions de directeur et de médecin sont réunies dans la même main, qui me fait préférer encore la séparation de ces fonctions, car si, dans le directeur-médecin, l'élément administratif vient à dominer, les malades n'ont plus le protecteur qu'ils trouvent habituellement dans le médecin et ils se ressentent bientôt de cette perte<sup>1</sup>.

Le véritable but de toute étude sur les maladies mentales doit être le traitement de l'aliénation mentale. Les analyses de faits auxquels nous avons procédé dès le début de cette étude nous permettent de tenter maintenant de poser, dans un chapitre spécial, les principes généraux de la thérapeutique de l'aliénation mentale.

#### Principes généraux de la thérapeutique de l'aliénation mentale.

*Indications générales.* — L'opinion générale veut que les asiles d'aliénés ne soient destinés qu'à mettre les fous en sécurité et à leur enlever toute possibilité de porter préjudice à la société ou de troubler l'ordre public. Il faut bien reconnaître que le public est quelque peu fondé à juger ainsi nos hospices, car beaucoup de médecins, le nombre en diminue cependant sensiblement depuis quelque temps, ne voient comme traitement utile de l'aliénation mentale que l'isolement ou plutôt l'éloignement du milieu où elle a pris naissance. Ces vues tendent heureusement à s'élargir et on arrive peu à peu à des traitements logiques.

Nous n'avons cependant pas lieu de nous enorgueillir beaucoup de ce changement, car nous ne faisons que retrouver une voie tracée

1. Question à l'ordre du jour du congrès de médecine mentale de Toulouse (1897).

il y a bien des siècles déjà ; nous n'avons pas fait preuve de beaucoup de sagacité, en ne la reprenant qu'à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle. Hippocrate considérait déjà la folie comme une maladie et il lui opposait un traitement médical dont les purgatifs étaient la base. Mais Asclépiade faisait bénéficier les fous d'une association du traitement médicamenteux ou physique à un traitement moral ; il traitait les aliénés avec douceur et il indiquait divers moyens, musique, travail, etc., de gagner leur attention, de chercher à interrompre le cours de leur délire, de tenir en éveil les facultés qui semblent s'affaïsser.

On se demande, après cela, comment il se fait que nous ayons aussi peu progressé et que Pinel ait eu à faire tomber des chaînes au commencement de ce siècle. On ne peut évidemment incriminer que l'esprit religieux, l'esprit de domination ; les moines, plus spécialement chargés de l'enseignement, montrèrent en l'aliéné un possédé du démon, en firent un criminel auquel Dieu avait mis le diable au corps pour le punir de nombreux méfaits et de telles idées, facilement imposées par la toute-puissance du clergé, eurent pour conséquence de substituer aux traitements logiques divers supplices allant de la fustigation jusqu'à la peine de mort entourée de toute une gamme de tortures.

La folie est évidemment le résultat d'une organisation congénitalement anormale ou d'une altération du cerveau par maladie ou intoxication, ou de l'une et l'autre à la fois. On conçoit facilement qu'elle est passible d'un traitement physique ou médicamenteux si elle résulte de troubles physiques acquis et non congénitaux. Mais nos connaissances physiologiques nous montrent qu'il peut être rationnel de lui opposer aussi un traitement moral ; nous savons, en effet, que le fonctionnement, la mise en jeu répétée d'un organe ou de telle partie plus spécialement d'un organe modifie cet organe dans son ensemble ou partiellement ; n'est-il pas logique également de penser que des sollicitations spéciales adressées à telle ou telle partie de l'encéphale peuvent être suivies de tels ou tels effets cherchés. Mais là est la clef de toute éducation et c'est, en somme, l'indication d'un traitement moral.

Si des émotions peuvent, ce qui n'est pas douteux, entraîner, chez des prédisposés, des troubles psychiques, par action sur la circula-

tion, sur la nutrition du système nerveux, etc..., si elles peuvent amener indirectement ou favoriser des auto-intoxications, ce qui est démontré lors de toutes les grandes épidémies, il n'est pas moins certain que des émotions peuvent aussi déterminer sur un organisme en souffrance des effets relativement heureux, ramener, par exemple, le calme, rétablir l'ordre dans les pensées et les jugements, rendre l'association logique des idées possible, etc...

Le traitement moral est donc logique et il doit avoir pour but de mettre en œuvre des moyens émotifs susceptibles d'exercer directement ou indirectement cette influence heureuse sur l'état psychique en souffrance.

Mais tous les organes ont un retentissement quelconque sur le cerveau, tous sont évidemment, directement ou indirectement, en rapport avec lui ; il n'est pas de souffrance, d'altération de ces organes qui n'ait une réaction, si faible soit-elle, sur les centres nerveux supérieurs ; aussi peut-on dire qu'il n'y a d'état psychique réellement sain, absolument pondéré et typiquement normal qu'au-dessus d'un organisme (dans le sens d'ensemble des organes) sans souffrances et sans altérations, surtout chez un descendant d'individus affectés de quelques tares nerveuses.

Nous sommes ainsi amenés à reconnaître qu'un traitement physique, qu'une thérapeutique médicamenteuse devra bien souvent aussi être opposée à l'aliénation mentale, quand, par exemple, elle nous semblera liée à de la misère physiologique, à des troubles circulatoires, à des accidents de nature infectieuse ou toxique, etc... Nous voyons l'obligation pour le médecin de se préoccuper toujours de l'état de tous les organes.

La plupart des aliénés, même les plus dégénérés, peuvent bénéficier des deux modes de traitement, physique et moral, ainsi que nous le verrons.

Le traitement, pour rester logique, doit presque toujours être basé sur les causes, *sublata causa tollitur effectus* ; c'est assez dire qu'avant de le formuler il est nécessaire de soumettre chaque cas particulier à une analyse, de procéder à une petite enquête sur les antécédents pour remonter plus sûrement aux causes et mieux ap-

proprier à chaque cas les moyens de les atteindre. Nous ne saurions donc trop déplorer le laconisme des renseignements et des certificats que nous envoient les administrations qui placent leurs aliénés à Maréville. Il en est, du reste, ainsi dans la plupart des asiles publics et cela tient, comme nous le disions plus haut, à ce que les asiles d'aliénés sont considérés plutôt comme des renfermeries que comme des hôpitaux et les aliénés plutôt comme des êtres nuisibles que comme des malades.

C'est à tort et au préjudice des aliénés que l'on considère la loi de 1838 comme une loi de police, alors qu'elle doit être aussi et surtout une loi d'assistance. Si l'on se rendait mieux compte de la situation de l'aliéné et des fins de l'asile d'aliénés, les guérisons seraient plus nombreuses et, par suite, les charges des communes et de l'État diminueraient sensiblement.

Si un traitement spécial convient à chaque cas particulier de folie curable et surtout à telle ou telle forme syndromique, il est quelques moyens qui doivent s'appliquer à tous les aliénés en général, même à ceux qui sont à jamais et parfois congénitalement condamnés à rester soustraits à la liberté :

Discipline ou plutôt régularité de la distribution du temps journalier, organisation régulière de l'emploi du temps quotidien ;

Soins de propreté, heures de travail, et, autant que possible, travaux en rapport avec les aptitudes, les habitudes professionnelles, les besoins de l'établissement, ou les désirs des malades ;

Heures des repas, des récréations, etc...

C'est là en somme le traitement moral et hygiénique élémentaire. En habituant ou réhabituant les malades à un genre de vie méthodique, on leur impose un certain esprit de méthode, de coordination ; quelque peu manifeste qu'il apparaisse, il les prépare un peu à l'action des moyens qui auront pour but ou une éducation meilleure (dégénérés, par exemple) ou une coordination plus logique des pensées et des jugements (vésaniques, etc...).

Avant d'entrer dans d'autres détails, il est utile de voir tout d'abord si l'on doit séquestrer les aliénés et si les asiles sont aussi

mauvais qu'on le prétend, si l'on a trouvé beaucoup mieux jusqu'à présent :

Ce traitement général et élémentaire auquel nous venons de faire allusion suffit bien souvent à ramener le calme dans l'esprit, la logique dans les appréciations, mais il est parfois assez efficace pour développer certaines intelligences arriérées ou dont l'éducation a été négligée antérieurement au placement à l'asile. Je me rappelle notamment quelques femmes qui, guéries de leur maladie mentale, et remerciant de la sollicitude qui leur avait été témoignée, s'estimaient surtout heureuses d'avoir été envoyées à l'asile parce qu'elles y avaient appris bien des choses utiles dans un ménage : « J'étais si bête (*sic*), me disait l'une d'elles, avant de venir à Maréville, que je ne savais seulement pas ce que c'était que de tenir propre une chambre, de faire convenablement un lit, maintenant je sais tout cela et j'ai appris à racommoder, aussi mon mari va être joliment surpris de me trouver aussi changée à mon avantage. » Il est évident que beaucoup de femmes de la campagne ne peuvent que gagner pendant la convalescence au contact de notre personnel et de malades ayant reçu une éducation relativement supérieure.

C'est un argument à opposer déjà aux esprits chagrins ou rêveurs qui voient tout en noir et qui se figurent que nous ne faisons que des incurables dans les asiles, qu'il n'y a rien de mieux que l'asile ouvert (nous pourrions même ajouter ouvert à tous les abus en pensant à quelques essais tentés aujourd'hui). Mais l'asile ouvert, c'est l'aliéné en liberté et l'on sait quels jolis résultats sont constatés chaque jour ; les faits divers des journaux quotidiens devraient dessiller tous les yeux, mais la cécité voulue est bien difficile à combattre.

On tend maintenant à préconiser les placements d'aliénés tranquilles dans des fermes ? Laissant de côté la question de danger pour la société, et cependant elle mérite d'être prise en sérieuse considération (danger d'incendie, d'attentats aux mœurs, *de reproduction*, etc.), je me contenterai de faire ressortir ce que ces placements peuvent surtout avoir de fâcheux pour les malades, ce qu'ils ont d'inhumain.

Ce n'est que dans l'esprit d'aliénistes de cabinet que peut germer

sérieusement l'idée de placer des aliénés, même tranquilles et inoffensifs, chez des paysans. Il est évident, l'expérience faite dans un département voisin, il y a quelques années, l'a amplement démontré, que le paysan chez lequel vous placerez un malade cherchera à en obtenir la plus grande somme de travail possible tout en dépensant pour lui le moins qu'il pourra ; autant vaudrait décréter immédiatement que *tout aliéné indigent qui se permettra d'être calme et facile à diriger ne sera plus considéré comme malade et sera mis en servage.*

Quelle satisfaction veut-on donner à l'aliéné ? L'illusion de la liberté, c'est une illusion qu'il désirera bientôt, s'il est encore assez intelligent pour désirer quelque chose (déments), perdre avec les autres, car il sera exposé à se voir traiter en véritable bête de somme, il pourra devenir le jouet d'enfants et même de grandes personnes. Ne sera-t-il pas quelquefois l'instrument inconscient de haines, de vengeances, comme la jalousie en engendre tant dans nos campagnes ?

En échange de toutes ses peines, aura-t-il meilleur régime, meilleur couchage, meilleurs soins que dans un asile ? Non, mille fois non.

Mais les logeurs seront surveillés, me répondra-t-on ? Qui pourrait se bercer encore d'une pareille illusion alors que des hôpitaux traitent de nos jours, sous les yeux de médecins et d'un personnel intelligent, les aliénés comme des animaux, les enferment dans des cabanons avec une ou deux bottes de paille et un seau non hygiénique, pour les excréments, — alors que des hôpitaux nous envoient des malades couverts de matières fécales anciennes et de vermine<sup>1</sup>. (Pour plus amples renseignements lire le rapport de M. Monod, l'éminent directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques, au congrès de médecine mentale de 1889.) Et il est question de confier des gâteaux à des logeurs, à des fermiers ! Oui, j'ai bien lu « des gâteaux ». (Ordre du jour de la Chambre des députés, à l'*Officiel*.)

1. Nous avons reçu, en 1896, d'hôpitaux, une femme dont les vêtements étaient couverts de matières fécales desséchées, une autre porteuse de plaies non pansées à la jambe gauche, divers cas de misère physiologique, etc., etc....

La plupart des malades retirés de Maréville, il y a quelques années, pour être placés à la campagne, ont été si bien traités qu'ils se sont empressés de se rendre insupportables au dehors pour se faire réintégrer à l'Asile. Je pourrais citer maints exemples. Que l'on vienne donc proposer à nos réintégrées les moins troublées de se soumettre à un nouvel essai et l'on verra l'accueil fait à de telles propositions.

Continuons donc à rester humains, à considérer les aliénés comme des malades, à les hospitaliser, mais cherchons à leur rendre l'hospice aussi agréable que possible. Ce faisant, on les soumettra déjà à un traitement avantageux et pour eux et pour la société.

Dans nos asiles ils peuvent trouver, mieux que dans les fermes, un travail approprié à leur goût et à leurs aptitudes professionnelles. Ne trouve-t-on pas aujourd'hui dans presque tous les asiles, des ateliers, des ouvroirs, des jardins, etc..., qui permettent d'utiliser les aptitudes professionnelles de tout aliéné qui veut s'occuper? Cela est connu de tout le monde et il n'innove absolument rien, le médecin qui permet aujourd'hui à tel ou tel malade de travailler d'après ses goûts et ses habitudes antérieures à la séquestration.

Dans notre service, toutes les aliénées sont occupées suivant leurs habitudes professionnelles ou leurs désirs; c'est ainsi que nous avons couturières, brodeuses, dentellières, repasseuses, laveuses, cultivatrices et éleveuses (volailles, moutons, etc.), peintres et artistes peintres ou dessinateurs. Une de ces dernières a même, il y a près de vingt ans, fait un envoi de Maréville au Salon de Paris<sup>1</sup>. Il en est de même dans le service des hommes.

Asiles et malades ont, du reste, tout intérêt à ce qu'il en soit ainsi et nous croyons rêver en lisant le compte rendu de toutes les prétendues innovations qui sont faites depuis quelque temps dans un des principaux asiles. Toutes ces innovations étaient déjà vieilles à Maréville, il y a vingt ans. Elles sont, en réalité, renouvelées des Grecs (voir Hippocrate et Asclépiade).

Depuis quelques années nous mettons à la culture les femmes qui le désirent et nous n'avons jusqu'à présent qu'à nous en féliciter; ce

1. Cette malade reçut plusieurs années de suite un encouragement pécuniaire de la direction des beaux-arts.

sont des femmes qui font en partie les cueillettes de légumes, haricots, pois, etc., qui nettoient les potagers. Nous avons même poulaillers et lapineries et certaines malades peuvent retrouver l'illusion de la ferme; elles bénéficient, du reste, des élevages qui se font sous leurs yeux et ne sont pas simplement condamnées à la vue.

L'esprit et le corps humains sont, dès le bas âge, accoutumés à des alternances de travail et de distractions que nous devons nous efforcer de continuer dans les asiles; il est donc logique de donner aux malades les distractions complémentaires du travail, jeux divers (lotos, dominos, cartes, dames, balles, etc...), spectacles, promenades, satisfactions affectives (promenades avec parents, congés) et distractions résultant de l'aménagement des habitations (fleurs, glaces, tableaux), etc...

A moins de contre-indications particulières, nous laissons la plupart de nos malades prendre part aux promenades générales qui ont lieu au moins une fois par semaine; nous accordons à certaines malades dont nous sommes sûr ou dont nous connaissons bien la durée des périodes de calme, des congés de 5, 6, 8, 10 jours à passer en famille; nous laissons aussi un assez grand nombre d'aliénées visiter par petits groupes, et accompagnées de gardiennes, musées forains, attractions théâtrales, ménageries de passage, etc., suivant leurs préférences et nous leur permettons d'utiliser le produit de leur travail, la petite rémunération à laquelle elles ont droit, en acquisitions diverses, accessoires de toilette, friandises, etc...

Le succès des sorties à titre d'essai me semble donner l'indication d'une amélioration à apporter dans les asiles d'aliénés. Nous avons vu comment ces sorties sont utiles et constituent en quelque sorte un traitement moral complémentaire; elles agissent par le retour à la vie de famille, par le besoin de sollicitude, nécessaires à certains caractères, par l'éloignement d'un milieu qui devient nuisible à certaines natures timides, spécialement impressionnables ou suggestibles, dès que se manifestent quelques tendances au retour à l'état qui, jadis, était pour elles l'état normal.

Parmi ces malades particulièrement émotives ou dont la sensibilité et le jugement réclament un stimulant continu, une éducation nouvelle, beaucoup ont encore une famille pour les recueillir dès que

le médecin juge l'amélioration suffisante pour les éloigner du milieu qui va leur devenir peut-être nuisible ; mais il en est aussi pour qui la sortie à titre d'essai serait l'abandon, le commencement de lutttes pénibles pour l'existence, etc., toutes causes de rechutes, et, cependant, ces malheureuses qui n'ont plus de famille, qui n'ont plus de soutien, bénéficieraient comme les premières d'un changement de milieu, de soins plus assidus, plus affectueux ! N'est-ce pas pour ces malades, comme aussi pour toutes les améliorées qui ne peuvent être mises en liberté que guéries, que l'on devrait avoir dans tout asile, un peu à l'écart, un petit pavillon, dit pavillon de convalescence, auquel on donnerait un confortable et une organisation (au point de vue de l'aménagement, des distractions et du travail) qui permettraient aux malades d'avoir au moins un peu l'illusion du milieu familial : petits dortoirs ou plutôt chambrées, petits ouvriers, jardins, cuisine même pour la préparation des aliments des personnes habitant ce pavillon, etc..., et personnel assez nombreux pour s'occuper des convalescents avec sollicitude, assez intelligent pour aider au retour de la raison par des conseils affectueux, redresser à l'occasion les erreurs, les interprétations fausses, etc...

Les résultats obtenus de cette façon par une de nos surveillantes principales se multiplieraient sensiblement si l'on pouvait multiplier les moyens d'action, comme cela deviendrait facile dans un petit quartier spécial de convalescents.

L'exposé sommaire de faits favorables que j'ai donné dans un chapitre précédent me permettra de demander avec insistance la création d'un tel pavillon à l'Asile de Maréville.

Nous venons de voir ce que nous considérons comme base du traitement moral, comme traitement moral à peu près commun ou applicable à tous les aliénés, même aux dégénérés inférieurs, car nous estimons qu'ou l'on trouve un peu d'intelligence, si faible soit-elle, il est possible par une éducation raisonnée d'obtenir quelque chose, quelque résultat avantageux, comme nous l'établissons ailleurs.

Le traitement physique ou médicamenteux complet doit être excessivement variable d'un groupe de malades à un autre, parfois

même de malade à malade du même groupe, car il doit être basé habituellement sur les causes plus que sur les symptômes de la folie et ces causes peuvent être multiples :

Reconstituant et vivifiant, si la folie semble résulter d'une mise en jeu d'une tare héréditaire par de la misère, des chagrins, des tribulations, des causes débilitantes en un mot, il sera parfois, au contraire, dépressif, révulsif ou altérant si les accidents paraissent liés à de la pléthore, à un travail inflammatoire ; il devra, dans d'autres cas, avoir pour but d'atteindre des agents infectieux, de favoriser l'élimination de toxiques, de toxines (syphilis, saturnisme, etc.)<sup>1</sup>. A mesure que l'on connaîtra mieux la pathogénie de l'aliénation, que les lésions mieux étudiées permettront de remonter aux causes, une thérapeutique rationnelle de la folie nous sera révélée et nous montrera que nous avons à tort considéré jusqu'à ce jour comme aliénations mentales des groupes symptomatologiques qui appartiennent, en réalité, à une phase de maladie ou d'intoxication, dont nous ignorions les premières périodes (paralysies générales, folies toxiques, folies critiques, etc.).

Dans la plupart des formes d'aliénation mentale, la symptomatologie et la physiologie nous fournissent presque seules, actuellement, les indications thérapeutiques.

Parmi ces indications la première est de donner, autant que possible, du repos au cerveau et à tout le système nerveux supérieur ; il semble, en effet, y avoir le plus souvent hyperactivité cérébrale dans les formes aiguës ou dans les vésanies (délires tristes, hallucinatoires ou excitation maniaque, etc.). Il faudra donc tenter tout d'abord de rendre au système nerveux le repos quotidien qu'il prenait à l'état normal et qui est évidemment la condition d'un fonctionnement normal des centres nerveux ; par conséquent, il faudra chercher en premier lieu à rétablir le sommeil, à rendre au moins au système nerveux la régularité du repos.

1. Purgatifs, diurétiques et autres agents toxifuges ne trouvent-ils pas, par exemple, une certaine indication dans quelques cas de folie de l'âge critique avec troubles intermittents ou plutôt paroxysmes intermittents mensuels semblant accuser de quelque influence pathogène ou aggravante la suppression d'un émonctoire, d'une excrétion périodique.

L'expérience nous a indiqué les médicaments et les moyens à opposer à l'insomnie selon que la folie revêt telle ou telle forme :

Mélancolie . . .	{ Sulfonal et trional ; Opiacés et surtout morphine ; Frictions sèches.
Névropathies . .	{ Injections de morphine ; Bromures, seuls, ou associés à de la codéine, à de la morphine ; Chloral associé à la morphine ; Trional ; Frictions sèches ; Etc....
Manie . . . . .	{ Trional ; Chloral associé à la morphine (chlorhydrate).
Folies séniles . .	{ Sulfonal ; Trional ; Bromures, seuls, ou associés à de la codéine ; Vin.

L'hydrothérapie convenablement appropriée à chaque cas particulier peut avoir une influence auxiliaire précieuse.

Lorsque nous aurons donné pendant quelque temps au système nerveux la régularité périodique du repos, nous aurons déjà un bon appoint aux efforts tentés pour ramener la régularité de ses fonctions diurnes.

Le traitement de jour aura d'abord, comme nous le disions plus haut, en vue de combattre les causes déterminantes, par conséquent il découlera de la connaissance de ces causes.

On peut toutefois poser en règle générale que les hypnotiques, les nervins et l'hydrothérapie rempliront les principales indications du traitement spécial complémentaire du traitement général, comprenant le traitement moral général et un régime alimentaire approprié. Les chagrins, la misère et les privations jouent un grand rôle comme causes déterminantes de la folie et nombreux sont les cas d'aliénation mentale occasionnés précisément par un régime mauvais ou insuffisant, nombreux aussi ceux de folie dont l'éclosion a été favorisée par une alimentation pauvre, par des troubles de nutrition (anémie des femmes enceintes et allaitement, etc.). Ne

voit-on pas très souvent une amélioration de l'état physique précéder l'amélioration de l'état mental? Un bon régime est toujours, à de rares exceptions près, un adjuvant utile du traitement et le médecin d'asile ne doit pas se fatiguer de surveiller l'alimentation de ses malades, de s'exposer même à se faire critiquer parce qu'il se fait trop facilement l'interprète de leurs réclamations. Elles ne sont pas toujours légitimes, c'est vrai, mais il n'est jamais inutile de les répéter, car les services économiques doivent être, dans l'intérêt d'une bonne thérapeutique, toujours tenus en haleine, se sentir toujours surveillés.

Il est évident que, tout en suivant un traitement moral, l'aliéné subit, sans qu'il paraisse, un traitement physique, car l'exercice qu'il prend, par exemple, en mettant en jeu divers groupes de muscles, telle ou telle région nerveuse, amène des modifications de la circulation, de la sensibilité, etc.

Enfin dans certaines crises aiguës, délirantes ou maniaques, on obtiendra de bons effets de l'addition, aux moyens précédemment énumérés, de purgatifs salins, de diurétiques, d'antiseptiques, etc., médicaments susceptibles de favoriser l'élimination de toxines, de détruire des agents nocifs, etc.

Quant aux états d'aliénation mentale incurable, la médecine des symptômes leur est presque seule applicable en plus de la thérapeutique générale commune.

Cette thérapeutique des symptômes est surtout nécessaire aux incurables atteints de formes exubérantes avec agitation nocturne ; outre que leur santé physique en bénéficie, ce traitement n'est pas seulement utile à ceux qui le suivent mais aussi à l'entourage, aliénés et personnel ; il ne contrecarre pas, bien au contraire, le traitement prescrit aux curables et il contribue à former un personnel meilleur, en lui laissant un repos sans lequel il est énérvé et devient plus facilement irritable, brutal. Ne sommes-nous pas meilleurs lorsque nous ne sommes pas fatigués? Et l'on ne doit rien négliger pour avoir un bon personnel qui est un élément essentiel dans le traitement moral ; il ne faut donc perdre aucune occasion de lui témoigner de l'intérêt, donner, par exemple, gratifications ou recom-



penses à qui est maltraité ou blessé en se défendant sans violences, etc. Les sacrifices que l'on peut faire pour le personnel sont toujours un peu profitables aux malades.

Dans beaucoup de cas d'incurabilité, la thérapeutique des symptômes amènera une rémission, un calme relatif qui permettra aux malades jusque-là oisifs de s'occuper, de se livrer à un travail profitable et à l'établissement et à eux-mêmes, puisqu'il améliorera leur régime et leur procurera diverses distractions, divers avantages généralement attribués aux aliénés calmes ou travailleurs.

Pour être complet, il nous reste à voir ce qui doit être fait pour les personnes rendues à la liberté, à dire quelques mots des précautions à prendre pour prévenir les rechutes, quand elles ne sont pas fatales, simples conséquences alors de la nature de la tare héréditaire ; dans ce cas, en effet, l'hérédité jouant à la fois le rôle de cause prédisposante et de cause déterminante, nous ne pouvons rien faire de bien fondé tant que nous ne serons pas fixés sur la façon dont l'hérédité favorise la pathogénie de l'accès d'aliénation mentale, accumulation de toxines, nature de ces toxines, etc. Il sera au moins prudent de recommander une bonne hygiène, tant au point de vue du régime habituel qu'au point de vue du travail, et l'usage fréquent de laxatifs, de diurétiques.

Mais, lorsque nous connaissons d'autres causes déterminantes, lorsque notre malade n'a pas été atteint d'une forme d'aliénation mentale essentiellement sujette à répétition (voir précédemment), les causes déterminantes du premier cas peuvent évidemment, si elles se reproduisent, être causes d'une seconde atteinte ; il est donc utile de les chercher, de faire comprendre leur influence aux parents et aux anciens malades eux-mêmes pour qu'il soit fait au moins quelque chose pour en prévenir le retour.

Beaucoup d'indigents peuvent éviter, retarder une rechute, grâce à l'appui des sociétés de patronage « dites des aliénés guéris », qui leur viennent en aide soit par des distributions de subsides, soit en leur procurant du travail, en les suivant avec sollicitude dès qu'ils quittent l'Asile, mais il est des chagrins que la société de patronage

se trouve impuissante à prévenir puisqu'elle ne doit s'occuper que d'anciens aliénés, de guéris.

Il est arrivé bien souvent, en effet, que, pendant le séjour de l'aliéné à l'Asile, son mobilier a été vendu à la requête de quelque créancier, de son propriétaire, et, dans ce mobilier, quelques souvenirs de famille, quelques objets dont il apprendra la perte avec chagrin, parfois avec une peine profonde ; c'est évidemment une surprise fâcheuse, une source de contrariétés qu'il serait prudent de lui éviter pour diminuer les causes de rechute. On le pourrait facilement par la création d'une caisse de secours, dite, par exemple, des aliénés pauvres dont l'administrateur serait naturellement l'administrateur provisoire des biens des aliénés non interdits, puisque c'est lui qui a surtout pour mission de s'occuper des intérêts matériels des malheureux sans appui ; il serait toujours assuré du concours du directeur et des médecins de l'Asile, et, pour couvrir sa responsabilité, il pourrait demander chaque année la sanction de ses actes par la commission de surveillance de l'Asile.

Cette caisse aurait surtout pour but de conserver tout ce qui peut être nécessaire, utile ou agréable à l'aliéné susceptible d'être rendu à la vie du dehors ou par suite de guérison ou par suite d'amélioration : petit mobilier, instruments de travail, souvenirs de famille, par exemple. Elle atteindrait ce but par paiements d'intérêts de créances, renouvellements de nantissements du mont-de-piété ou libération par acquit de petites dettes, emmagasinage des objets mobiliers ou autres à conserver, etc.

Ne serions-nous pas tous assez humains pour assurer promptement le succès d'une telle création à laquelle, certes, personne ne voudra rester étranger ?

Tels sont, en somme, à notre avis, les principes généraux de la thérapeutique de l'aliénation mentale. L'aliéniste peut presque toujours être utile, bien que sa tâche soit assez complexe ; nous venons de la montrer assez étendue pour n'être bien remplie qu'à la condition qu'il sera libre de préoccupations administratives ou budgétaires qui l'amèneraient fatalement à attendre trop de la médecine

expectante, illogique, pour ne pas dire coupable, ainsi que cela résulte de tout ce que nous venons de dire.

L'aliéné est un malade des plus dignes de commisération, puisqu'il peut être voué à une souffrance perpétuelle, tant que son intelligence n'est pas éteinte, par privation de la plupart des libertés qui nous sont chères ; il mérite donc toute notre sollicitude. Cette sollicitude doit être la véritable base, la base essentielle de la thérapeutique de l'aliénation mentale.

Je terminerai ce travail par la relation d'une épidémie d'érysipèle qui montre assez bien ce qui se produit chez les aliénés sous l'influence de maladies incidentes aiguës ou d'affections fébriles sporadiques ou épidémiques.

#### ADDENDUM

*Relation de l'épidémie d'érysipèle de 1896. — Quelques enseignements relatifs à la pathogénie et à la thérapeutique de certaines manifestations de l'aliénation mentale.*

« L'érysipèle, de ἐρυσειν (gagner) et πελας (proche), est, disent les auteurs de l'article « Érysipèle » du Dictionnaire de Dechambre, une maladie infecto-contagieuse, résultant d'une inoculation traumatique et caractérisée par un état fébrile subit lié à l'infection, par une rougeur et une inflammation de la peau d'intensité variable et souvent par des phénomènes typhoïdes. »

On semble admettre assez généralement que l'érysipèle est une lymphangite et il paraît établi que le *streptococcus érysipélateux* n'existe pas à l'état latent dans l'organisme, que, pour qu'il puisse causer l'érysipèle, il faut une porte d'entrée, une inoculation, en somme. Cependant quelques auteurs ont encore recours à la théorie du microbisme latent intra-organique pour expliquer quelques cas d'érysipèle sporadique.

Avant d'entrer dans de plus amples détails, je crois préférable de commencer par l'exposé des faits qui m'ont déterminé à écrire cette notice supplémentaire :

Depuis quelques années, notre service, dont la population habituelle est d'environ mille personnes, aliénées, gardiennes et religieuses, ne nous donnait annuellement qu'un très petit nombre de cas d'érysipèle ; ainsi nous en avons :

5 cas en 1890,  
9 — en 1891,  
9 — en 1892,  
4 — en 1893,  
2 — en 1894,  
5 — en 1895,

la plupart ayant éclaté à l'approche du printemps et au printemps.

L'année 1896 nous apporte 30 cas en cinq mois :

Janvier (1 <sup>er</sup> cas, 13 janvier) . . . . .	1
Février . . . . .	10
Mars . . . . .	3
Avril . . . . .	3
Mai . . . . .	9
Juin (dernier cas, 18 juin) . . . . .	4
Total (du 13 janvier au 18 juin) . . . . .	<u>30 cas.</u>

Ils se divisent ainsi, au point de vue de la localisation :

Face . . . . .	25
Face et cuir chevelu . . . . .	2
Face et intracrânien . . . . .	1
Jambe . . . . .	2

Les premiers érysipèles ont eu pour point de départ de petites érosions de la muqueuse pituitaire, du bord de l'orifice externe des voies olfactives.

Tous se sont dissipés assez rapidement, sauf deux, un érysipèle du cuir chevelu accompagné d'un abcès de la nuque et un érysipèle du front et des paupières qui s'est terminé subitement par la mort<sup>1</sup>.

Ces 30 cas ne se rapportent qu'à 28 personnes, deux aliénées ayant été atteintes deux fois chacune, à court intervalle, d'érysipèle de la face ayant débuté sur le bord des narines.

Ces 28 personnes comprennent 25 aliénées et 3 surveillantes.

Parmi les 25 aliénées, 4 seulement étaient épileptiques et ont été atteintes dans un pavillon habité par 60 épileptiques, c'est-à-dire 60 malades porteuses en grande majorité d'érosions cutanées.

Nous avons remarqué que les personnes atteintes sont surtout

1. Lors de la dernière visite que nous avons faite à la malade, une heure et demie environ avant la mort, tous les accidents externes s'étaient dissipés : les paupières et les conjonctives, qui avaient été extrêmement tuméfiées et injectées, étaient redevenues normales, la température était tombée, le pouls était régulier, assez plein ; c'est donc avec surprise que nous reçûmes la nouvelle de cette mort subite. Il semble qu'il y eut une nouvelle poussée d'érysipèle du côté des méninges et des couches corticales, une compression subite de l'encéphale, etc... L'autopsie a été résumée à la fin du chapitre « Décès ».

des lymphatiques ou des eczémateuses ; deux ou trois femmes fréquemment affectées d'eczéma de la tête sont presque chaque année atteintes au moins une fois d'érysipèle, *mais nous avons noté qu'elles ne le sont habituellement qu'après d'autres malades du service.*

Les dernières victimes étaient surtout des buandières.

Chez les épileptiques, les accès convulsifs ont été suspendus tant qu'a duré la fièvre. L'état mental de la plupart des aliénées n'a pas été influencé d'une manière favorable et durable ; il s'est bien produit le plus souvent une rémission dans le délire ou dans l'agitation, un retour à une lucidité relative, mais l'état antérieur reparut dans tous les cas lorsque la fièvre tomba.

En somme, l'érysipèle, qui détermine plutôt de l'excitation cérébro-médullaire chez les individus normaux, amènerait plutôt de l'accalmie chez les aliénés. C'est une remarque faite à propos de la plupart des maladies fébriles qui frappent l'aliéné, remarque qui me semble laisser un enseignement et indiquer que les troubles périodiques observés chez les épileptiques ou dans le cours de diverses maladies mentales ou névrosiques sont bien dus à des accumulations de toxines ; l'inoculation érysipélateuse empêcherait ces accidents rémittents de se produire, par neutralisation ou destruction des toxines qui les causent, et, par analogie, nous serions un peu autorisé aussi à en déduire que le calme relatif déterminé par l'érysipèle et les affections fébriles chez les aliénés vésaniques atteste l'influence d'auto-intoxications dans la pathogénie de certaines formes de folie, de certains phénomènes intercurrents.

Cette déduction est d'autant plus logique, il est d'autant plus possible de comparer certaines crises maniaques à des crises épileptiques, que nous voyons parfois, par exemple chez des épileptiques à crises convulsives régulièrement périodiques, de l'excitation maniaque se substituer aux accès convulsifs ; j'observe en ce moment, je crois l'avoir dit déjà, mais c'est un fait qui mérite d'être rappelé, une jeune épileptique qui, chaque jour, très régulièrement de trois à quatre heures du soir, présente de l'agitation maniaque à laquelle succède, pour durer une heure ou une heure et demie, un état absolument semblable à celui qui suit une attaque convulsive d'épilepsie, hébétude, stupidité complète, salivation et bave.

Le traitement institué habituellement contre nos cas d'érysipèle a été le suivant :

- 1° Purgatifs salins ;
- 2° Boissons laxatives ;
- 3° Diète lactée ;

4° Application de vaseline boriquée et d'ouate dans les cas d'érysipèle de la face, applications d'onguent napolitain dans les cas d'érysipèle de la jambe.

En mars 1897, mois pluvieux et doux comme l'hiver et le printemps de 1896, nous avons encore 6 cas d'érysipèle, dont 4 de la face et 2 de la face et du cuir chevelu, ces deux derniers chez des femmes (une eczémateuse) atteintes déjà en 1896 ; un cas de récurrence est aussi compris dans les quatre premiers.

Nous ne rencontrons guère chez les aliénées qu'érysipèles de la tête, ce qui s'explique assez naturellement, car ils s'écorchent, souvent sans motif, face et muqueuse nasale ; bien nombreux sont les déments qui passent leur temps à se frotter la peau avec les ongles jusqu'à érosion de l'épiderme ; d'autres se grattent automatiquement et d'autant plus vivement que leur sensibilité est généralement très émoussée. Comme ils ont habituellement les ongles malpropres, s'ils recèlent quelque organisme nocif, une inoculation arrive fatalement. C'est évidemment un mode d'inoculation plus spécial aux aliénés ; nous avons vu, en effet, la plupart des premiers cas d'érysipèle débiter chez des aliénées qui ont l'habitude de se nettoyer les narines avec les ongles ; mais nous avons constaté aussi que les buandières paient à l'érysipèle un tribut relativement élevé. Nous sommes donc autorisé à penser à la propagation par le linge sale, par exemple par les mouchoirs provenant de malades dont l'érysipèle a eu pour point de départ, d'inoculation, une érosion de la muqueuse olfactive ou de l'épiderme des narines.

On est assez embarrassé aujourd'hui pour expliquer certains cas sporadiques, ainsi un érysipèle qui se produit dans les meilleures conditions hygiéniques, à la campagne, dans un hameau où de mémoire d'homme ou de médecin on n'a pas constaté de cas d'érysipèle (Verneuil). Eh bien, cet érysipèle ne peut-il pas être apporté, sinon par des courants atmosphériques, par des vêtements, des

linges, achetés en ville, manipulés, par conséquent, dans un milieu relativement dangereux ? Nos observations concernant les buandières donnent une certaine valeur à cette interprétation.

N'avons-nous pas par elles aussi la clef de la pathogénie des érysipèles dits périodiques ou à répétition, que l'on veut expliquer par la doctrine du microbisme latent ? Les linges de corps ou les objets de vestition, coiffures, fourrures, d'une érysipélateuse, s'ils n'ont pas été soigneusement désinfectés, ne peuvent-ils pas devenir la source de nouvelles infections ultérieures à l'occasion d'une éraflure de l'épiderme ou d'une muqueuse.

Ainsi s'expliqueraient facilement les cas suivants que les auteurs de l'article « Érysipèle » du Dictionnaire de Dechambre attribuent au microbisme latent intra-organique.

« J'ai observé, dit l'un des auteurs, un certain nombre de faits confirmatifs de cette théorie, entre autres des érysipèles à répétition survenant chez une religieuse de l'hôpital, autour d'une écorchure entretenue par le frottement du linge fortement amidonné de sa coiffure. La petite plaie siégeait dans le sillon rétro-auriculaire, en un point fort bien disposé pour servir d'abri à des colonies microbiennes. »

N'est-il pas plus naturel de penser que c'est précisément le linge blessant qui renfermait le contagé que de simples savonnages n'ont pas détruit ou qu'il se trouvait dans quelque voile de la religieuse, le linge n'ayant fait que lui ouvrir une porte ; enfin, il s'agissait d'une religieuse *d'hôpital*, par conséquent vivant dans un *milieu nocif* et probablement prédisposée tout spécialement par un tempérament lymphatique.

Le même auteur ajoute : « J'étudie en ce moment un autre cas non moins intéressant. Il s'agit d'une dame fort soigneuse par habitude, se trouvant dans les conditions hygiéniques les plus satisfaisantes, vivant à la campagne à l'abri de toute cause d'hétéro-infection, qui, plusieurs fois par an, est prise subitement de fièvre avec rougeur érysipélateuse partant d'une plaque d'eczéma située en arrière de l'oreille gauche ; les soins les plus assidus, les applications de compresses phéniquées humides, les lavages à l'acide bo-

rique, etc., n'ont pas pu encore avoir raison de cette affection rebelle<sup>1</sup>. »

Nous disions plus haut avoir remarqué que les eczémateuses offraient un terrain très favorable au développement de l'érysipèle ; il est probable que les répétitions signalées dans l'observation qui précède sont tout simplement dues à cette prédisposition et à ce que l'on n'a pas désinfecté soigneusement linges, vêtements, coiffures de cette dame, et tentures ou rideaux même de son appartement, toutes choses qui peuvent conserver l'agent contagieux, à quelque phase de son évolution.

Ce qui donne encore quelque force à cette opinion, c'est que c'est surtout chez la femme que l'on rencontre l'érysipèle à répétition, mais c'est aussi chez la femme que l'on trouve les vêtements les moins hygiéniques au point de vue de la conservation des micro-organismes nocifs, flots de rubans, plis et replis, broderies, fourrures, etc.

Enfin certaines conditions individuelles sont favorables au développement de l'érysipèle, puisque dans un quartier de 60 épileptiques, où nous avons presque constamment, chez les deux tiers *au moins*, des éraflures plus ou moins étendues de l'épiderme et du derme, nous n'avons jamais eu annuellement plus de deux ou trois érysipèles et presque toujours chez les mêmes malades ; plus des deux tiers de nos épileptiques n'ont jamais été atteints d'érysipèle, bien qu'elles soient à l'Asile la plupart depuis fort longtemps.

On a voulu établir un rapport entre l'érysipèle et la fièvre puerpérale, on est allé jusqu'à leur donner la même cause ; nous avons quelques accouchements dans un service où se produit encore assez fréquemment l'érysipèle et cependant nous n'avons jamais eu un seul cas de fièvre puerpérale. Ceci signalé au moins à titre de renseignement.

1. Ce fait, absolument susceptible d'être rapproché du premier rapporté par l'auteur, fait tomber complètement l'interprétation dont cet auteur fait suivre le premier ; en effet, voilà deux exemples d'érysipèle à répétition ayant leur siège derrière une oreille ; le second exemple, où l'on signale maintes pratiques de désinfection locale, ne permet pas d'admettre que le sillon rétro-auriculaire a pu servir d'abri à des colonies microbiennes.

Il est un point qui a été négligé par tous les auteurs, je veux parler des époques les plus favorables aux épidémies d'érysipèle.

Il faut, en effet, pour qu'une épidémie se développe, des conditions de milieu favorables à la multiplication de l'agent infectieux ; sans ces conditions, il ne peut donner qu'un cas sporadique.

Nous avons toujours remarqué que les érysipèles sont plus nombreux à l'approche du printemps et au printemps et que les conditions du milieu, température douce et atmosphère humide, spécialement favorables aux éclosions d'insectes, favorisaient aussi le développement ou l'aggravation de certaines maladies bacillaires.

Qu'y a-t-il de surprenant à ce qu'il y ait quelque analogie entre l'évolution des parasites végétaux et quelques microbes parasites animaux, surtout microbes ne vivant pas habituellement en nous, prenant naissance en dehors de nous ?

Cette comparaison a d'autant mieux sa raison d'être que M. le professeur Pouchet vient de démontrer (voir *Progrès médical* du 27 février 1897) que les champignons en général ne sont en quelque sorte que de grosses bactéries ou des colonies bactériennes et qu'il est possible d'établir « un rapport entre les champignons et les bactéries, au point de vue de la formation de substances toxiques » (toxines).

Eh bien, de ce que le développement des champignons est, en général, favorisé par un temps doux et humide, on pourrait déjà conclure que les mêmes conditions sont favorables à la pullulation de plus petites bactéries, etc., mais des faits, nos observations, autorisent aussi cette déduction ; c'est un temps doux et humide qui nous a donné une épidémie d'érysipèle en 1896 ; c'est un temps analogue qui vient, en 1897, de nous en apporter encore quelques cas et toujours à l'époque où champignons et parasites végétaux éclosent le mieux.

Si toute maladie causée par un micro-organisme éclate plutôt ou plus souvent dans telle saison que dans telle autre, cela tient évidemment à ce que telle ou telle saison est plus favorable au développement et à la multiplication du micro-organisme pathogène.

Incidemment nous noterons, à titre de *simple renseignement*, l'influence probable des courants atmosphériques sur la dissémina-

tion des érysipèles ; les vents d'Est ont régné constamment pendant la période de 1896 à laquelle nous faisons allusion et les pavillons situés à l'ouest de celui qui a présenté les premiers cas ont été presque seuls atteints.

En somme, l'érysipèle est, à notre avis, causé par un micro-organisme parasite externe, c'est-à-dire vivant habituellement hors de nous, qui ne nous atteint que par une érosion muqueuse ou cutanée, par inoculation, et dont la multiplication ou l'évolution serait surtout favorisée par certaines conditions de milieu (température et état hygrométrique de l'atmosphère), temps doux et humide notamment.

L'observation semble montrer qu'il est, de beaucoup, moins nocif par les températures extrêmes et lorsque l'atmosphère est sèche.

Est-il moins actif, moins pernicieux chez les aliénés ? J'ai quelques raisons de le penser, et cela nous apporte peut-être quelques indications thérapeutiques : j'appartiens depuis vingt ans bientôt au service des asiles publics et je n'ai pas vu plus de deux cas de mort par érysipèle ; les deux victimes étaient démentes tranquilles, c'est-à-dire chroniques réduites à une vie purement végétative, ne présentant plus de troubles rémittents susceptibles d'être rattachés à l'action de toxines.

Si les aliénés sujets à des troubles rémittents ou exubérants sont, comme nous le pensons, moins maltraités, moins gravement atteints par l'érysipèle, cela pourrait bien tenir à ce que les sécrétions du micro-organisme érysipélogène sont atténuées, en partie neutralisées par la présence de toxines qui existeraient dans les états aigus d'aliénation mentale et qui joueraient un certain rôle dans la pathogénie de ces états ; cette interprétation serait d'autant mieux permise, comme nous l'avons vu précédemment, que l'érysipèle suspend les manifestations aiguës ou plutôt paroxystiques de névroses et de vésanies, accès d'épilepsie, agitation maniaque, hypéridéation délirante, etc.

Cette question de pathogénie ainsi éclairée fournirait les indications rationnelles des traitements curatif et prophylactique de l'érysipèle et jetterait aussi un certain jour sur la thérapeutique convenant à certains états d'aliénation mentale, à certaines névroses.

La thérapeutique curative et la thérapeutique prophylactique de l'érysipèle doivent être basées tout d'abord sur ces deux remarques :

1° Les températures extrêmes sont défavorables à l'action de l'agent nocif qui engendre l'érysipèle ;

2° Il en est de même de l'air sec.

Par conséquent, ces deux conditions fâcheuses pour l'agent nocif seront autant que possible réalisées par le choix de l'appartement des malades.

On devra évidemment s'efforcer d'atteindre le parasite par applications directes d'antiseptiques sur les plaies contaminées.

Et, en raison de la résistance relative des aliénés, grâce à la présence probable de certaines toxines dans leur organisme, il sera prudent, sinon utile, de donner à l'intérieur quelques antiseptiques, naphтол, par exemple, quelques antifièvres, sulfate de quinine, antipyrine, etc., susceptibles de jouer le rôle de toxines spéciales à l'aliéné, c'est-à-dire d'atténuer, de neutraliser dans une certaine mesure l'action de toxines sécrétées par l'agent érysipélogène ou de rendre le terrain moins favorable à sa multiplication, à son activité.

Le traitement interne peut au moins prévenir les complications, albuminurie, manifestations articulaires, etc.

Les purgatifs salins, les boissons laxatives et diurétiques sont indiqués comme pouvant favoriser l'élimination de toxines.

Les applications d'ouates aseptiques sont utiles et préviennent peut-être le dépôt sur les petites plaies, sur les érosions qui ont favorisé l'inoculation, de nouveaux micro-organismes dont la pullulation et les sécrétions pourraient être causes d'aggravation.

La prophylaxie découle tout naturellement de la connaissance des conditions favorables ou nuisibles au développement, à l'inoculation du parasite, de la connaissance des prédispositions, etc. C'est surtout par des désinfections aussi complètes que possible des appartements, de la literie et des effets des érysipélateux que l'on préviendra de nouvelles contaminations, ainsi que par la mise à l'abri de l'air et l'antiseptisation des érosions muqueuses ou cutanées et notamment des eczémas.

Les plus grandes mesures de désinfection sont surtout nécessaires dans les agglomérations, hospices, asiles, casernes, etc.

Grâce à de telles précautions, dans un service extrêmement important, mille personnes, et spécialement exposé en raison du grand nombre d'écorchures, d'érosions cutanées ou muqueuses que nous avons chez les aliénées agitées, les épileptiques, les instinctives querelleuses, etc., nous n'avons, somme toute, qu'un très petit nombre d'érysipèles. Et comme nous recevons assez souvent des malades extrêmement malpropres, ayant séjourné plus ou moins longtemps dans des hospices, dans des milieux nocifs, il est bien probable que quelques-unes de ces aliénées nous apportent l'agent érysipélogène, comme il en est qui nous apportent divers parasites.

Nos érysipélateuses guéries, en sortant de leurs chambres d'isolement, prennent un bain général antiseptique, subissent lotions et lavages antiseptiques, de la tête, du cuir chevelu, des oreilles, etc., revêtent linge et effets d'habillements nouveaux.

En résumé, de cette étude résultent quelques vues spéciales relatives : — à la pathogénie de l'érysipèle, — aux circonstances favorables ou contraires à son développement, — à son pronostic, — à sa prophylaxie, — et, enfin, à la pathogénie et aux indications thérapeutiques de certaines crises pathologiques périodiques ou rémittentes, épilepsie, exaltations maniaques ou délirantes, etc.