

P/ SANFAGO 15270

ROCKEFELLER



D 048 476184 6

SANFA 601527

ANÉMIE ET MÉLANCOLIE

CHEZ LES JEUNES FILLES

ÉTUDE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE MENTALES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 11 Novembre 1892

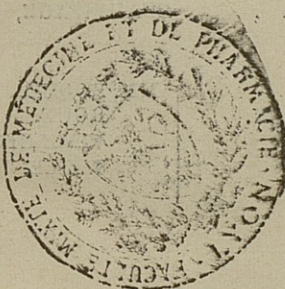
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

ANDRÉ VIALLO

Né le 5 mars 1867, à Yssingaux (Haute-Loire).

INTERNE A L'ASILE DE BRON



LYON

IMPRIMERIE LÉON DELAROCHE & C^{IE}

10, PLACE DE LA CHARITÉ, 10

Novembre 1892

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET DOYEN.
 GAYET ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUCHACOURT, CHAUVEAU, GLÉNARD.

PROFESSEURS

Clinique médicale	}	MM. LÉPINE.
		BONDET.
Clinique chirurgicale	}	OLLIER.
		PONCET.
Clinique obstétricale et Accouchements		FOCHIER.
Clinique ophthalmologique		GAYET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		GAILLETON.
Clinique des maladies mentales		PIERRET.
Physique médicale		MONOYER.
Chimie médicale et pharmaceutique		HUGOUNENQ.
Chimie organique et Toxicologie		CAZENEUVE.
Matière médicale et Botanique		FLORENCE.
Zoologie et Anatomie comparée		LORTET.
Anatomie		TESTUT.
Anatomie générale et Histologie		RENAUT.
Physiologie		MORAT.
Pathologie interne		J. TEISSIER.
Pathologie externe		BERNE.
Pathologie et Thérapeutique générale		MAYET.
Anatomie pathologique		TRIPPIER (RAYMOND).
Médecine opératoire		X...
Médecine expérimentale et comparée		ARLOING.
Médecine légale		LACASSAGNE.
Hygiène		ROLLET.
Thérapeutique		SOULIER.
Pharmacie		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants	MM. PERRET,	agrégé.
Accouchements	POULLET,	—
Botanique	BEAUVISAGE,	—

AGRÉGÉS

MM. AUGAGNEUR. BEAUVISAGE. CONDAMIN. COURMONT. DEROIDE.	MM. DEVIC. DIDELOT. GANGOLPHE. JABOULAY. LANNOIS.	MM. PERRET. POLLOSSON. ROCHET. RODET. ROLLET.	MM. ROQUE. ROUX. VIALLETON. WEILL.
---	---	---	---

M. ETIÉVANT, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

M. LACASSAGNE, *Président*; M. SOULIER, *Assesseur*; MM. WEILL et CONDAMIN, *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MON MAITRE

M. LE PROFESSEUR PIERRET

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR LACASSAGNE

A M. LE DOCTEUR BRUN

MÉDECIN EN CHEF A L'ASILE DE BRON

A MES AMIS

MISS LINDA

MISS LINDA

MISS LINDA

MISS LINDA

MISS LINDA

MISS LINDA

MISS LINDA

MISS LINDA

MISS LINDA

INTRODUCTION

C'est sur les conseils et avec l'aide de notre maître, M. le professeur Pierret, que nous avons entrepris cette étude de clinique et de thérapeutique mentales, en nous basant sur quelques observations personnelles que nous avons pu recueillir pendant le cours de notre internat à l'asile de Bron, et sur celles que M. Pierret a eu l'obligeance de nous communiquer.

Le rôle de l'anémie en étiologie mentale a été vu depuis longtemps et son influence dans la production de divers états lypémaniques mise en relief par la plupart des auteurs. Notre travail n'est donc pas une œuvre originale ; il n'embrasse qu'un côté de la question et se limite à l'étude de la mélancolie anémique que l'on observe chez les jeunes filles.

Nous devons ajouter que c'est chez cette catégorie de malades que l'influence de l'anémie paraît la plus

manifeste, qu'elle donne lieu à des troubles psychiques, sinon toujours identiques, tout au moins se rapprochant dans tous les cas et caractérisés par de la dépression mélancolique.

La connaissance de la cause implique la nature du traitement à appliquer et l'on peut prévoir qu'en agissant sur l'état général on a des chances de guérir la malade de son affection mentale. Dans nos observations, nous notons en effet que la guérison est la règle, guérison plus ou moins rapide suivant le degré plus ou moins prononcé de la détérioration organique. Dans tous les cas, l'amélioration de l'état mental a coïncidé avec l'amélioration de l'état physique et la disparition des troubles mentaux avec le rétablissement complet des forces.

L'efficacité du traitement tonique, l'absence de cause autre que l'anémie, nous paraissent légitimer amplement le rapprochement étiologique entre l'anémie et la mélancolie.

La question pronostique a une très grande valeur et constitue, avec l'étude clinique des malades, un des points principaux de notre thèse.

Nous divisons ce travail en quatre chapitres :

Le premier comprendra quelques considérations historiques ; nous rechercherons la part que les différents auteurs ont accordée à l'anémie dans la production de la folie, de la mélancolie en particulier.

Dans le second, nous exposerons nos observations ; nous croyons préférable de relater ces dernières avant d'aborder l'étude clinique.

Le troisième chapitre sera consacré à l'étude des

troubles mentaux liés à l'anémie chez les jeunes filles, à la mélancolie spécialement.

Enfin le pronostic et le traitement feront l'objet du quatrième chapitre.

Nous n'avons pas voulu faire une étude pathogénique spéciale. Nous avons préféré, à propos de chaque symptôme considéré en particulier, en rechercher son explication dans l'appauvrissement du sang.

Qu'il nous soit permis d'adresser nos vifs remerciements à notre éminent maître, M. le professeur Pierret, pour l'intérêt qu'il nous a témoigné et pour les conseils qui nous ont guidé dans notre modeste travail.

M. le professeur Lacassagne a bien voulu accepter la présidence de notre thèse, nous lui en sommes très reconnaissant. L'aliénation mentale, d'ailleurs, entre par certains côtés dans le cadre de la médecine légale.

Nous ne saurions oublier M. le D^r Brun, dont la haute compétence en aliénation mentale a été mise largement à contribution. M. le D^r Royet, chef de clinique, M. le D^r Rousset, nous ont aidé de leurs conseils qui ont été pour nous d'un précieux secours dans l'accomplissement de ce travail : nous leur exprimons toute notre gratitude.

CHAPITRE PREMIER

CONSIDÉRATIONS HISTORIQUES

L'anémie, dans la genèse des troubles mentaux, est une cause générale admise par la plupart des auteurs ; mais il faut avouer que son rôle étiologique n'a pas encore été suffisamment délimité. Pour les uns elle jouerait simplement le rôle de cause prédisposante et le plus souvent n'apparaîtrait que secondairement à l'affection mentale et contribuerait puissamment à l'aggraver et à la prolonger ; pour d'autres, au contraire, l'anémie peut provoquer directement des troubles psychiques. Il est vrai que son action se trouve souvent combinée à celle d'autres causes étiologiques et que la filiation des phénomènes est parfois assez difficile à établir.

Un fait cependant qui se dégage des quelques considérations historiques suivantes et sur lequel tous les auteurs ont insisté, c'est la coexistence fréquente de

l'anémie avec les différents états lypémaniques, la mélancolie en particulier.

Il est intéressant de voir qu'Hippocrate avait noté l'influence des différentes cachexies sur la production de certains troubles nerveux et même de la mélancolie : *Sanguis ad insaniam facit quum sit nimis dissolutus*. Quelques-uns de ses successeurs, Galien entre autres, attribuent la mélancolie à des altérations des humeurs, du sang, de la bile surtout. Mais la plupart n'émettent que des conceptions théoriques sans base scientifique sérieuse et n'ayant qu'un intérêt purement historique.

Jusqu'à notre époque, les états organiques qui accompagnent l'éclosion des troubles mentaux ont assez peu préoccupé les aliénistes ; on ne s'est pas demandé s'ils pouvaient avoir une influence pathogénique. Les idées philosophiques et religieuses dominantes de chaque siècle se reflètent sur la théorie et la pratique de la médecine mentale : les causes morales tiennent toute la place dans l'étiologie des psychoses et les troubles de nutrition sont placés uniquement sous la dépendance de l'état mental.

Sydenham, il est vrai, a montré la chlorose, l'anémie, donnant naissance à différents symptômes nerveux, à de la dépression intellectuelle.

Th. Schwenke, Boerhaave, ont fait voir qu'il existait certaines relations de cause à effet entre l'appauvrissement du sang et les affections diverses du système nerveux, voire même la mélancolie.

Avec Pinel, Esquirol, Guislain, Parchappe, l'étude de l'aliénation mentale entre dans une phase nouvelle ; mais pour ces auteurs les causes morales dominant

presque toute l'étiologie de la lypémanie ; ils se bornent à signaler la fréquence de l'anémie dans le cours de la mélancolie et la considèrent comme la conséquence de l'état mental : les chagrins de toute sorte, par la perte de l'appétit, l'insomnie, entraînent les troubles de nutrition que l'on peut constater fréquemment chez les mélancoliques.

Tous les auteurs classiques, Baillarger, Marcé, Foville, P. Moreau (de Tours), Ball, Luys, Dagonnet, Régis disent bien que l'anémie peut conduire à la folie, mais n'insistent pas sur cette cause étiologique. L'influence de l'anémie est comparable à celle des diathèses elle agit le plus souvent comme cause prédisposante, en favorisant l'action des autres causes, des causes morales en particulier.

En 1845, Félix Bourreau étudie l'*Influence des altérations du sang et des modifications de la circulation sur le système nerveux* ; il fait une large place à l'anémie comme facteur de la folie et relate plusieurs observations où cette étiologie était évidente : « Que de fois, dit-il, ne s'attache-t-on pas à rechercher bien loin dans l'hérédité le fil d'une aberration de sentiment qui n'a sa raison d'être que dans de mauvaises conditions de l'organisme ; que de fois aussi ce défaut d'examen n'expose-t-il pas le malade à de déplorables conséquences qu'une observation sévère était appelée à conjurer. » Il croit que l'anémie cérébrale s'accompagne fréquemment d'un état de dépression mélancolique. C'est aussi l'opinion de Otto Muller (1) qui voudrait

(1) Otto Muller, *le Mécanisme de la circulation dans ses rapports avec l'évolution des psychoses*, 1860.

voir l'altération du sang occuper une plus grande place dans le cadre étiologique.

Dans une discussion à la Société des sciences médico-psychologiques, en 1857, Buchez et Archambault ont prétendu que l'anémie amenait des troubles intellectuels caractérisés par la dépression des facultés psychiques et par des idées mélancoliques.

Le mémoire de Voisin (1) présenté à l'Académie de Médecine, en 1863, exprime les mêmes idées. L'auteur cherche à établir que la folie mélancolique qui reconnaît l'anémie pour cause se montre de préférence chez les femmes : « Le traitement, dit-il, doit être essentiellement tonique et reconstituant. Le nombre de guérisons obtenues dans les établissements d'aliénés démontre bien que cette variété de folie est une de celles qui sont le plus facilement curables et qui donnent à la thérapeutique ses plus beaux résultats. » Mais dans la discussion que souleva ce mémoire, la plupart des orateurs ne voulurent voir aucune relation de cause à effet entre l'anémie et la mélancolie, et Lelut rattacha très nettement cette dernière aux causes morales ; les troubles de nutrition étant l'effet et non la cause de la maladie mentale.

Voisin revient de nouveau à cette idée de la mélancolie d'origine anémique dans ses *Cliniques mentales* et regrette que cette variété de folie ne soit pas admise par tous les auteurs.

Dans sa *Clinique de l'Hôtel-Dieu*, Trousseau reconnaît que des troubles cérébraux, d'ordre dépressif,

(1) Voisin. *De la Mélancolie*.

peuvent être la suite de l'épuisement de l'organisme :
« Les troubles de l'intelligence dit-il, peuvent dépendre de ce que l'individu ayant été épuisé par des pertes de sang considérables ou par une diète trop rigoureuse, le cerveau est privé de son excitant naturel qui est le sang. Le centre des facultés intellectuelles tardera d'autant plus à reprendre son activité première que cette faiblesse aura été plus grande et plus prolongée, absolument comme les muscles longtemps inactifs ne récupèrent pas tout de suite leur énergie primitive... Et ce que nous avançons ici est si vrai, qu'à mesure que les forces se relèvent sous l'influence d'une bonne alimentation, le délire cesse, l'intelligence reprend son activité régulière. »

Blandfort (1), en 1867, constate que les troubles mentaux se montrant chez les jeunes filles, à l'époque de la puberté, coïncident souvent avec des règles irrégulières, de l'anémie. Pour lui, le pronostic est favorable dans tous ces cas, et la guérison s'obtient par le séjour dans la montagne, les bains, les exercices en plein air, une nourriture substantielle.

Scholtz, Clouston, qui ont fait une étude assez complète des rapports de l'anémie et de la folie, classent les cas d'aliénation mentale qui paraissent reconnaître cette étiologie en deux groupes bien nets : les cas aigus et les cas chroniques. Dans le premier groupe, rentrent les cas dus à une anémie aiguë (hémorragie, inanition); le délire apparaît rapidement, accompagné

(1) Blandford. « Des formes les plus fréquentes d'alién. ment. chez les enfants. » (*Journal für Kinderheilkunde*, 1867).

d'hallucinations des divers sens, de la vue surtout; il guérit en quelques jours si l'alimentation peut se faire. Dans le second groupe, ces auteurs rangent les états délirants reconnaissant pour cause une anémie développée graduellement, avec ou sans lésions organiques concomittantes; dans la généralité des cas, c'est un délire lypémanique qui se montre. Le pronostic est favorable; nulle part en effet les conditions corporelles n'offrent une base plus avantageuse au traitement médical proprement dit. (1)

Dans son étude de la *Lypémanie stupide* (1873), Cullere est d'avis que les divers états mélancoliques, et surtout la stupeur sont le plus souvent dus à l'anémie, aux affections chroniques, à l'onanisme, à toutes les causes débilitantes enfin.

Pour Krafft-Ebing (1874) si l'onanisme peut créer parfois une prédisposition puissante à la mélancolie, c'est uniquement par l'anémie qu'elle amène.

Péon (2) montre l'anémie conduisant à la mélancolie : « Tout ce qui affaiblit la constitution et appauvrit le sang, dit-il, prédispose aux affections nerveuses et en particulier à la mélancolie. C'est ainsi qu'agissent les conditions hygiéniques mauvaises, le séjour prolongé dans une habitation malsaine, humide, où la lumière du jour ne pénètre pas, où l'air n'est pas suffisamment renouvelé, les jeûnes forcés ou volontaires, l'insuffisance ou la mauvaise qualité de la nourriture... enfin la misère habituelle. » Plus loin le même auteur s'ex-

(1) Scholtz. *De la Folie anémique*, 1872. — Clouston. *De la Folie anémique*, 1875.

(2) Péon. *De la Mélancolie avec délire*, 1874.

prime ainsi : « La chlorose, l'anémie, la chloro-anémie engendrent le nervosisme et par contre peuvent donner lieu à la mélancolie avec hallucinations. »

Smeth (1) fait une large place aux causes matérielles dans l'étiologie de la folie et accorde à l'anémie un rôle important dans la genèse de la mélancolie. Sutherland fait remarquer que beaucoup d'aliénées mélancoliques sont atteintes de ménorrhée et d'anémie.

Jewell (1880) prétend que l'anémie engendre la neurasthénie qui à son tour mène fréquemment à la mélancolie : l'hygiène et les toniques, tels sont les moyens thérapeutiques qui donnent des succès. Hughes (2), qui a fait une étude des troubles psychiques dus à la neurasthénie, dit que cette dernière donne naissance à différentes formes de mélancolies qui débutent toujours par une timidité et une irrésolution tout à fait inaccoutumées ; il prétend même que si l'on prend garde à ces symptômes de début on peut préserver le malade de l'affection mentale en instituant immédiatement un traitement contre les troubles de nutrition et l'anémie qui sont la source de tous ces accidents. Dans un autre opuscule, paru trois ans plus tard, le même auteur insiste sur les relations qui unissent la mélancolie et le dépérissement de l'organisme.

Un travail très intéressant et d'une haute portée thérapeutique est celui du D^r Rutherford Macphail (3),

(1) Smeth. *De la Mélancolie*, 1875.

(2) Hughes. *Note sur les signes psychiques de la neurasthénie*, 1882.

(3) Rutherford-Macphail, *Observ. clin. sur le sang des aliénés*, 1885.

dans lequel sont consignées 420 observations sur l'état du sang chez les aliénés.

Voici les conclusions importantes auxquelles est arrivé cet auteur :

« S'il n'est pas prouvé que l'anémie par elle-même est une cause de folie, il est certain qu'une condition anémique du sang est fréquemment associée aux maladies mentales.

« Chez les aliénés qui guérissent, le sang se reconstitue progressivement et il présente, au moment de la sortie, une composition voisine de la normale.

« Il paraît y avoir, chez ces malades, une relation constante entre l'augmentation du poids du corps, la reconstitution des éléments du sang et l'amélioration mentale.

« Excellence du régime tonique pour activer la reconstitution du sang et par conséquent la guérison de l'affection mentale. »

Plus récemment les D^{rs} R. Moulton de Worcester (1887), Campbell Clarks (1888) ont de nouveau attiré l'attention sur les troubles mentaux liés à l'anémie et fait ressortir l'influence curative d'un régime tonique.

Qu'il nous soit permis en terminant ce court aperçu historique de citer l'opinion de Griesinger qui résume, pour ainsi dire, les idées actuellement admises en aliénation mentale touchant le rôle étiologique de l'anémie : « Souvent, dit-il, les maladies constitutionnelles chroniques sont la cause du développement de la folie. Au premier rang parmi ces maladies il faut ranger tous les états d'épuisement et d'anémie consécutifs à une perte de sang considérable, à la misère et à la faim, à des

jeûnes exagérés, à l'allaitement trop prolongé ou enfin à différentes maladies générales ou locales qui amènent une grande perturbation dans la digestion, l'hématose et la nutrition. Parmi toutes les causes purement physiques je crois que c'est à ces états si divers d'anémie qu'il convient peut-être de rapporter la plus grande part dans la production de la folie ; ce qui me confirme dans cette idée, c'est que, dans la grande majorité des cas, un régime réparateur et nourrissant produit les meilleurs effets, et, qu'au contraire, une mauvaise nourriture et la misère aggravent l'état des malades. Il est évident que l'ancienne médecine était dans les mêmes idées quand elle parlait de la « nature asthénique » d'une foule de maladies aiguës ; il en est de même de beaucoup de cas de folie hystérique ; quelquefois aussi les bizarreries et les caprices des individus profondément chlorotiques se transforment peu à peu en folie véritable. »

On voit, par ces quelques considérations historiques, que l'anémie est généralement regardée comme un facteur important en étiologie mentale, que les symptômes psychiques auxquels elle donne naissance sont surtout d'ordre dépressif. La plupart des auteurs mentionnent l'appauvrissement du sang chez les mélancoliques : beaucoup lui accordent une valeur pathogénique de premier ordre ; quelques-uns seulement signalent la fréquence des troubles mentaux d'origine anémique chez les jeunes filles.

jeunes exagérés, et l'établissement trop prolongé en cas de
différentes maladies générales ou locales, qui entraînent
une grande perturbation dans la digestion, l'assimilation
et la nutrition. Parmi toutes les causes purement phy-
siques je crois que c'est à ces états si divers d'indigestion
qu'il convient le plus de rapporter la plus grande partie
dans la production de la folie; ce qui me confirme dans
cette idée, c'est que, dans la grande majorité des cas,
un régime copieux et nourricier est le plus efficace pour
guérir, et qu'un régime, une mauvaise nourriture ou
la mise à jeun aggravent l'état des malades. Il est évident
que l'anorexie n'est pas dans les mêmes idées
quand elle se présente dans la « nature adhésive » d'un
sujet de maladies aiguës; il en est de même de l'hyper-
tonie de ces de folie chronique; quelques-uns des
symptômes et les causes des individus profondément
démoralisés se manifestent par le fait de la folie
table.

En fait, par ces quelques considérations préliminaires,
qui l'indique est généralement possible comme un
facteur important en physiologie mentale, que les symp-
tômes psychiques ne sont que les manifestations d'un
trouble d'ordre physique. Le rapport des symptômes
mentionnés à l'anorexie, à la dyspepsie, à la constipation,
à la diarrhée, à la rétention d'urine, à la rétention
d'urine, à la rétention d'urine, à la rétention d'urine,
signifient la présence des troubles mentaux d'origine
anémiques chez les jeunes filles.

CHAPITRE II

OBSERVATIONS

Il nous eût été facile de produire dans notre thèse un nombre plus considérable d'observations, vu l'importance du service de M. le Professeur Pierret, à l'asile de Bron.

Nous nous sommes astreint à ne prendre que celles où les troubles mentaux ne pouvaient être imputés qu'à l'état anémique des malades.

Plusieurs, que nous avons omises, ne contenaient pas d'indications assez nettes au sujet des causes de l'aliénation mentale, elles étaient incomplètes soit au point de vue de l'examen physique, soit au point de vue des troubles mentaux.

Dans d'autres, les causes étiologiques nous paraissaient complexes, mal déterminées; nous les avons laissées systématiquement de côté.

On remarquera que, dans nos observations, les renseignements sur les antécédents héréditaires des malades laissent généralement beaucoup à désirer. Les parents cachent le plus souvent au médecin les cas de folie qui se sont produits dans la famille et les malades elles-mêmes, après leur guérison, ne les avouent pas toujours.

Nous avons cru qu'il était préférable d'exposer nos observations qui sont, pour ainsi dire, la charpente de notre travail, avant de commencer l'étude clinique des symptômes présentés par nos malades.

OBSERVATION I

*Anémie. — Mélancolie simple. — Traitement par les toniques.
Guérison.*

C... Jeanne, 22 ans, corsetière, entrée à l'asile de Bron en mars 1892.

Cette malade ne présente rien de particulier au point de vue de l'hérédité, on ne note pas d'affections vésaniques ni nerveuses chez les parents ni les collatéraux ; sa mère serait d'un caractère très nerveux.

Elle n'a jamais eu de maladie sérieuse ; on ne relève qu'une rougeole légère dans la jeunesse. A toujours eu une santé délicate. Réglée à 13 ans : les premières règles ont été irrégulières et se sont accompagnées fréquemment de leucorrhée.

La malade travaille dans un atelier depuis l'âge de 17 ans : le travail était parfois très pénible ; elle était obligée de veiller souvent fort tard dans la nuit et ne se nourrissait pas très bien.

Depuis quelques mois sa santé physique s'est altérée; elle a perdu peu à peu l'appétit; s'est sentie envahie par une lassitude générale; le teint est devenu pâle. En même temps se sont produits des changements notables dans le caractère: la malade est devenue apathique, triste, irascible; supporte mal les observations de ses parents. Elle se plaignait à ce moment là de céphalalgie, d'un peu d'insomnie, de névralgies intercostales.

Dix jours avant son entrée à l'asile, la malade, au dire de ses parents, aurait présenté deux périodes d'excitation n'ayant pas duré plus de 24 heures chacune et pendant lesquelles elle aurait cherché à se faire du mal et à nuire aux personnes qui l'entouraient.

Voici quel était l'état physique et mental de la malade à son entrée à l'asile:

ETAT PHYSIQUE. — Décoloration très marquée de la peau et des muqueuses; souffle systolique prolongeant le premier bruit; palpitations assez fréquentes surtout lorsque la malade fait un peu d'exercice; tendances syncopales; dyspnée légère; un peu d'œdème périmalléolaire avec refroidissement des extrémités; tremblement peu marqué des extrémités digitales.

On ne note rien de particulier du côté des poumons ni des autres organes, si ce n'est un léger état saburral des voies digestives et quelques douleurs névralgiques intercostales.

Les règles viennent assez régulièrement mais sont peu abondantes et très peu colorées.

Rien dans les urines.

Céphalalgie; un peu d'insomnie.

ETAT MENTAL. — La malade répond assez bien à toutes les questions; on est cependant obligé d'insister pour obtenir les réponses. Le facies exprime la tristesse la plus profonde, les yeux sont larmoyants, le regard inquiet; la malade reste immobile, pleure par intervalle. Si on lui demande quelle est la cause de ses pleurs, elle dit qu'elle n'en sait rien, que personne ne lui veut du mal, qu'elle est ennuyée.

On ne trouve pas d'hallucinations. Affaiblissement général des facultés intellectuelles et surtout de la mémoire.

TRAITEMENT: régime spécial, vin de bordeaux; sirop d'iodure de fer, 40 grammes par jour, hydrothérapie.

Avril 1892. — Pas de changement appréciable dans l'état physique ni dans l'état mental, cependant la malade dort mieux.

Mai 1892. — L'appétit est meilleur ; le teint est moins pâle ; l'état mélancolique est aussi moins accentué ; la malade dort bien.

Juin 1892. — L'appétit est normal. La malade reconnaît qu'elle a été triste sans motif ; dit n'avoir pas eu de chagrins qui aient pu occasionner son état mental ; se sent plus forte.

Juillet 1892. — L'état mental est normal. L'état physique est satisfaisant. La malade a été réglée assez régulièrement pendant toute la durée de son internement. Les dernières règles ont été plus abondantes et plus colorées.

Sortie.

OBSERVATION II

Anémie. — Mélancolie simple avec semi-stupeur. — Guérison.

G... Marie, âgée de 21 ans couturière, entrée à l'asile de Bron, en mai 1892.

Pas d'aliénés dans la famille : les parents sont très nerveux.

Rien de particulier dans les antécédents personnels de la malade : a toujours été très nerveuse et cet état nerveux s'est accentué durant ces derniers mois en même temps que l'état anémique faisait des progrès. Réglée à 14 ans.

ETAT PHYSIQUE. — Anémie sans lésion organique : décoloration des muqueuses et des téguments ; palpitations assez fréquentes ; à l'auscultation du cœur, le premier bruit est prolongé ; extrémités froides ; faiblesse générale ; perte de l'appétit ; un peu d'insomnie. Pas de troubles de la sensibilité.

ETAT MENTAL. — La malade demeure la plupart du temps immobile et n'adresse la parole à personne ; quand on l'interroge elle ne répond pas le plus souvent et ce n'est qu'en insistant

beaucoup qu'on arrive à lui faire prononcer quelques paroles à voix basse. La physionomie est triste avec une tendance à l'immobilité; la malade regarde fixement devant elle sans faire un mouvement. Il existe un affaiblissement général des facultés intellectuelles : elle ne peut dire depuis combien de temps elle est à l'Asile et quand on lui fait plusieurs interrogations elle paraît chercher une réponse puis dit : « Je ne sais plus comment je vis. » Pleure parfois. Elle ne paraît pas avoir d'hallucinations de la vue ni de l'ouïe, mais est dans une inquiétude continuelle : tout ce qu'elle voit ou entend l'attriste.

TRAITEMENT par les toniques, l'hydrothérapie.

Juin 1892. — Etat stationnaire.

Juillet 1892. — Légère amélioration.

Août 1892. — Modification assez sensible dans l'état mental qui va en s'améliorant progressivement. La malade dort bien; l'appétit est satisfaisant; l'état général est meilleur.

Septembre 1892. — Les troubles mentaux ont presque complètement disparu; la santé physique est assez bonne.

Octobre. — Guérison et sortie.

OBSERVATION III

Anémie. — Mélancolie. — Guérison.

C... Dorothee, âgée de 18 ans, domestique, entrée à l'asile de Bron en juin 1890.

On ne trouve rien au point de vue de l'hérédité. Cette malade n'a jamais eu de maladie sérieuse mais a toujours été d'une santé délicate, a beaucoup travaillé. Réglée à 15 ans; règles habituellement irrégulières.

Depuis quelques mois présente tous les symptômes de l'anémie. Il y a un mois environ elle est devenue triste sans motif; elle pleurait souvent; est allée demander pardon aux personnes chez

qui elle était en condition de leur avoir fait du mal et cependant ses maîtres la considéraient comme une domestique modèle. Elle aurait manifesté l'intention de se jeter à l'eau ou de se précipiter par une croisée. Au milieu de ses pleurs on l'entend souvent s'accuser de fautes imaginaires.

Actuellement elle pleure, paraît très inquiète, dit qu'elle ne veut pas quitter son père. N'a pas d'hallucinations; pas de troubles de la sensibilité ni de la motilité.

Aspect anémique très prononcé; la malade dit qu'elle a beaucoup maigri depuis deux ou trois mois; on ne trouve pas de lésions organiques. Dyspepsie; céphalalgies fréquentes; insomnie habituelle.

TRAITEMENT. — Régime fortifiant; sirop d'iodure de fer; liqueur de Fowler; une douche tous les matins.

Juillet 1890. — Continue à se lamenter; yeux larmoyants; pupilles dilatées; mange un peu mieux. Dit n'avoir jamais fait de mal, mais, d'un autre côté, avoue qu'on ne lui en a jamais fait; se dit fatiguée.

Août 1890. — Aspect physique meilleur. Les règles ne sont pas venues depuis deux mois. La malade s'occupe dans la division et demande avec instance qu'on l'envoie travailler au lavoir. Dort bien; encore un peu de dyspepsie; administration de la teinture de noix vomique à la dose de cinq gouttes avant chaque repas.

Septembre 1890. — La malade ne paraît plus avoir d'idées mélancoliques; elle travaille dans la division; vient d'avoir ses règles pour la première fois depuis son entrée à l'Asile. L'état anémique a presque complètement disparu. — Sortie.

OBSERVATION IV

Anémie. — Mélancolie simple. — Guérison.

M... Marie-Antoinette, âgée de 26 ans, cultivatrice, entrée à l'asile de Bron en septembre 1891.

La malade répond assez bien aux diverses questions qu'on lui adresse et donne les renseignements qu'on lui demande. C'est ainsi qu'elle dit avoir encore son père et sa mère âgés, le premier de 55 ans, la seconde de 50 ans, tous deux bien portants, et une sœur également en bonne santé, âgée de 23 ans.

Elle n'a jamais eu de maladie si ce n'est la rougeole dans son enfance; a toujours été d'une santé délicate. Ne se rappelle plus à quelle époque elle a été réglée, l'est régulièrement. Avoue avoir présenté une irritabilité nerveuse très nette avant son internement, des bizarreries dans le caractère, une susceptibilité exagérée.

Au point de vue physique, cette malade est très anémique; son teint est pâle, ses muqueuses sont décolorées; au cœur le premier bruit est sourd, un peu prolongé à la base; souffle dans les vaisseaux du cou; pouls petit, dépressible; pupilles égales, un peu dilatées; réflexes rotuliens un peu brusques.

Rien aux poumons ni aux autres organes, pas de troubles de la sensibilité; pas d'hyperesthésie ovarienne. Les fonctions digestives paraissent régulières; les urines sont normales.

Au point de vue mental cette malade est dans un état de dépression mélancolique très prononcé; pleure constamment, se tient immobile. On ne note pas d'hallucinations ni d'idées de persécution.

TRAITEMENT. — Régime tonique; préparations ferrugineuses.

Octobre 1891. — Teint meilleur; pouls régulier, plus fort. La malade dort assez bien, s'occupe dans la division, est bien moins triste.

Novembre 1891. — Guérison de l'état mental coïncidant avec une amélioration notable de l'état physique.

OBSERVATION V

Anémie. Mélancolie avec hallucinations de la vue. Guérison.

S... Pauline, âgée de 20 ans, couturière, entrée à l'asile de Bron en décembre 1891.

Est amenée à l'asile par des personnes étrangères qui ne donnent aucun renseignement sur les antécédents héréditaires ou personnels de la malade. Après sa guérison elle affirme qu'il n'y a pas eu de cas de folie ou de maladie nerveuse dans sa famille.

A toujours été chétive; réglée à 14 ans, irrégulièrement; ses premières règles ont coïncidé avec un état chloro-anémique assez prononcé, de la leucorrhée, des palpitations. N'a jamais eu de maladie sérieuse.

Depuis un an environ a perdu progressivement l'appétit et les forces. Son caractère s'est modifié peu à peu et depuis huit jours est dans un état mélancolique très accentué qui a motivé son internement. Elle est très irritable, se fâche et pleure pour peu de chose.

A son entrée à l'asile, on note tous les signes de l'anémie; on ne trouve pas de lésion dans les autres organes. L'appétit est diminué, légèrement perverti; la langue est un peu saburrale; défécation normale. Pas de troubles de la sensibilité ni de la motilité; les réflexes rotuliens sont un peu exagérés, brusques; les pupilles sont légèrement dilatées mais réagissent bien à la lumière.

L'état mental est caractérisé par de la dépression mélancolique avec tendance à l'excitation et quelques hallucinations de la vue; la malade voit des feux, des éclairs, des objets indistincts qui l'effrayent. Insomnie accompagnée de céphalalgie légère.

TRAITEMENT. — Par les toniques.

Février 1892. — Grande amélioration physique et mentale. La malade est réglée pour la première fois depuis son entrée.

Mars 1892. — Disparition graduelle des troubles mentaux. Etat physique à peu près normal.

Avril. — Guérison. Sortie.

OBSERVATION VI

Anémie. — Mélancolie avec agitation. — Hallucinations de la vue. — Guérison.

M... Marie, âgée de 23 ans, tisseuse, entrée à l'asile de Bron, en août 1888.

Hérédité nerveuse très nette, surtout du côté maternel.

La malade elle-même a toujours été très nerveuse et d'une santé chancelante; elle est depuis longtemps anémique, ses règles sont très irrégulières et peu colorées. On ne note pas d'autres troubles organiques, pas d'embarras gastro-intestinal, pas de constipation, pas de crises hystériformes.

Les céphalées, dont la malade s'est plaint il y a quelques mois, ont disparu; elles ont été remplacées par des vertiges: la malade croit qu'elle tourne et elle est obligée de s'appuyer sur un meuble pour ne pas tomber. Ces vertiges d'ailleurs ont été fugaces. Dort assez bien.

Au début de sa maladie, cette jeune fille fut atteinte de diplopie avec hallucinations de la vue très marquées: la nuit, par un temps très sombre, elle apercevait des étoiles, des couteaux et avait peur d'être assassinée. Ces hallucinations de la vue étaient mêlées à des hallucinations de l'ouïe: elle entendait des bruits étranges qui l'impressionnaient péniblement.

La malade ne parlait presque pas, était plongée dans un état de mélancolie semi-stupide.

Trois mois avant son entrée, cet état de dépression a fait place à de l'excitation légère avec incohérence dans les idées et dans les actes et affaiblissement assez marqué de la mémoire. Cet état n'a duré que quelques jours, mais a reparu plusieurs fois.

La malade entre à l'asile très anémiée et dans un état de dépression mélancolique très nette. Est mise immédiatement à un régime tonique; prend des préparations ferrugineuses, de la liqueur de Fowler.

Septembre 1888. — Etat stationnaire; la malade mange très peu, on est obligé de la forcer à prendre ses aliments.

Octobre 1888. — Pas de modifications à signaler dans l'état mental ni dans l'état physique, se nourrit cependant un peu mieux.

Décembre 1888. — Va un peu mieux; paraît moins préoccupée; l'appétit n'est pas encore bien revenu; administration de la teinture de noix vomique.

Janvier 1889. — Amélioration assez notable de l'état mental, l'état physique est meilleur.

Février 1889. — L'état mental paraît normal; la malade a un peu engraisé, son teint est légèrement coloré. Sortie.

OBSERVATION VII

*Anémie. — Agitation et conceptions lypémaniques. —
Traitement tonique. — Guérison.*

P... Rose, âgée de 25 ans, tisseuse, entrée à l'asile de Bron en septembre 1888.

Pas d'antécédents héréditaires(?).

On ne trouve pas de maladie importante à signaler dans les antécédents personnels de la malade. Elle a été réglée à 15 ans assez régulièrement. Depuis quelques mois elle a pâli et maigri.

A son entrée, la malade présente un délire général avec conceptions lypémaniques anxieuses. On ne note pas d'hallucinations de la vue ni de l'ouïe.

Anémie très prononcée: décoloration des téguments et des muqueuses; bruit de souffle systolique à maximum à la base; quelques palpitations; dyspepsie.

Pas d'autres troubles physiques.

Traitement par un régime fortifiant, le vin de bordeaux, administration de préparations ferrugineuses.

Novembre 1888. — La malade est calme; reste absorbée par ses idées tristes; pleure parfois; mange avec un peu plus

d'appétit ; ses règles se sont traduites par un léger écoulement sanguin.

Janvier 1889. — L'état mental paraît être en bonne voie d'amélioration.

Mars 1889. — Disparition des troubles mentaux ; état physique satisfaisant.

OBSERVATION VIII

*Anémie. — Etat lypémanique avec hallucinations de la vue.
Traitement tonique. — Guérison.*

P.... Louise, âgée de 20 ans, dévideuse, entrée à l'asile de Bron en décembre 1887.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES : père mort à 47 ans d'une maladie de foie ; mère vivante, 56 ans ; un frère et une sœur morts en bas âge ; un frère vivant, 24 ans, bien portant. Pas d'aliénés avoués dans la famille.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS : pas de maladie antérieure à signaler ; rougeole seulement dans l'enfance. Reglée à 14 ans ; menstruation assez régulière. Travaille depuis l'âge de 14 ans dans des ateliers de devidage ; est mal nourrie, mal logée ; est très religieuse. A toujours eu un caractère taciturne.

Début de l'aliénation mentale il y huit jours environ par des conceptions lypémaniques ; se figurait être damnée, voyait le diable, réclamait à chaque instant un prêtre ; a essayé plusieurs fois de se suicider, en essayant de se jeter par la fenêtre, probablement sous l'influence de ces hallucinations de la vue et de ces idées d'indignité.

Actuellement, persistance de cet état lypémanique avec dépression des fonctions intellectuelles : la malade paraît triste, inquiète, se tient immobile, répond difficilement aux questions qu'on lui pose.

Etat anémique très prononcé; aspect subictérique; la menstruation a été assez régulière jusqu'alors. Pas de troubles de la sensibilité ni de la motilité. — La malade mange très peu.

TRAITEMENT par les toniques.

Janvier 1888. Etat mental à peu près stationnaire; la malade ne dort pas très bien la nuit.

Février 1888. Amélioration de l'état physique et de l'état mental; mange bien mieux; est moins hallucinée, moins préoccupée.

Mars 1888. La malade reprend des forces. Les troubles mentaux sont en décroissance.

Avril 1888. Guérison de l'état mental. L'état physique est satisfaisant.

OBSERVATION IX

Chloro-anémie. — Mélancolie simple. — Administration des toniques. — Guérison.

P.... Antoinette, âgée de 24 ans, lingère, entrée à l'asile de Bron en mai 1890.

On n'a pas de renseignements sur ses antécédents héréditaires. Comme antécédents personnels nous ne relevons aucune maladie grave. La malade a toujours été très nerveuse surtout pendant ces derniers temps.

Réglée à 15 ans, assez régulièrement.

Actuellement, au point de vue physique, la malade est anémique, présente un souffle systolique doux à la base, un pouls régulier mais petit et dépressible, un écoulement leucorrhéique avec aménorrhée, de la dyspepsie avec digestion lente et douloureuse et constipation fréquente.

On ne note rien aux poumons; il n'existe pas de troubles de la sensibilité ni de la motilité.

ETAT MENTAL. — Mélancolie simple ; pleurs fréquents, facies triste, yeux larmoyants ; pas d'allucinations ni d'idées de persécution ; ne sait pas pourquoi on l'a conduite à l'asile, n'a fait du mal à personne, se dit bien malheureuse.

TRAITEMENT par un régime spécial fortifiant, par du sirop d'iodure de fer à la dose de 40 gr. par jour.

Juin 1890. Va un peu mieux, tant au point de vue physique qu'au point de vue mental. Dort assez bien ; l'appétit est meilleur ; les règles sont toujours absentes mais l'écoulement leucorrhéique se tarit.

Juillet 1890. Amélioration très marquée ; les règles sont revenues mais peu abondantes.

Août 1890. La malade ne présente plus de troubles mentaux ni physiques ; sortie.

OBSERVATION X

*Anémie. — Mélancolie avec idées de persécution et hallucinations.
Traitement antianémique. — Guérison.*

B... Marie-Louise, âgée de 24 ans, entrée à l'asile de Bron en février 1889.

Pas d'antécédents héréditaires : père mort d'une affection pulmonaire, mère vivante, 60 ans, bien portante, ayant gardé toute sa lucidité d'esprit. Fille unique. Rien du côté des oncles ni des tantes.

Fille de petits propriétaires campagnards elle a été obligée, après la mort de son père, de se faire domestique pour vivre. A cette époque elle se portait très bien tant au point de vue physique qu'au point de vue mental. Elle alla d'abord à Romans (Drôme) où elle occupa différentes places puis vint finalement à B... A. (Loire) et c'est là que débuta son affection mentale. La malade raconte que dans cette dernière place sa maîtresse était

très sévère pour elle et allait jusqu'à la priver de nourriture ; elle était obligée de faire un travail considérable, avait plusieurs enfants à soigner. Les forces se sont perdues petit à petit, elle a pâli, maigri, elle ressentait des douleurs dans les jambes, dans l'estomac, avait des palpitations ; se sentait atteinte d'une grande faiblesse.

En même temps, elle est devenue triste sans motif et bientôt elle a présenté des hallucinations : elle a cru que ses maîtres avaient essayé de l'empoisonner.

Réglée à 17 ans d'une façon assez régulière. Pas d'aménorrhée à son entrée à l'asile : la malade est assez bien réglée durant tout son internement ; les règles sont seulement peu abondantes et très peu colorées.

A son entrée à l'asile, on constate que la malade est dans un état anémique assez prononcé, état anémique ayant précédé l'état délirant ; le moindre mouvement fatigue la malade ; un peu d'œdème périmalléolaire ; léger prolongement du premier bruit à l'auscultation du cœur ; dyspepsie, constipation fréquente.

On ne note pas d'autres troubles physiques.

L'état mental est caractérisé par de la dépression de toutes les facultés intellectuelles ; la malade est plongée dans la tristesse ; facies abattu, anxieux. Elle croit que ses maîtres ont essayé de l'empoisonner.

On prescrit immédiatement un régime tonique, des préparations ferrugineuses, du vin de bordeaux ; la malade va à la douche.

Mars 89. — Va un peu mieux ; se sent plus forte ; ne paraît plus aussi sûre d'avoir été empoisonnée, rougit même un peu en y pensant. Dort bien.

Avril. — Va certainement mieux ; les forces sont presque revenues à l'état normal ; la malade est moins triste, reconnaît qu'elle a dû perdre un peu la tête.

Mai. — Etat mental à peu près normal ; état physique très amélioré. Sortie.

OBSERVATION XI

Anémie, dysménorrhée, mélancolie, guérison.

V... Marie, âgée de dix-huit ans, cultivatrice, entrée à l'asile de Bron en juin 1890.

On ne trouve pas d'hérédité bien nette chez cette malade ; les renseignements précis font défaut.

Elle a toujours beaucoup travaillé, se nourrissait assez mal, couchait dans un réduit. Réglée à 16 ans ; quelques pertes blanches ; aménorrhée depuis trois mois.

A son entrée à l'asile, on constate tous les signes d'une anémie assez prononcée ; le teint est pâle ; les muqueuses labiales et conjonctivales sont décolorées ; l'appétit est diminué et légèrement perverti ; la malade accuse une grande faiblesse, respire mal. L'examen du cœur révèle un léger prolongement du premier bruit. Rien de particulier du côté des poumons.

On ne note donc pas d'autres troubles physiques ; pas de troubles de la sensibilité.

Au point de vue mental, la malade est dans un état mélancolique, le regard est triste, la physionomie légèrement anxieuse, la malade répond à peine lorsqu'on l'interroge, croit parfois qu'elle va mourir, appelle sa mère, etc.

Le traitement consiste en un régime tonique, vin de bordeaux, etc.

Août 1890. — Amélioration assez notable de l'état physique ; la face et les muqueuses sont légèrement colorées ; l'appétit est meilleur ; la malade a un peu engraisé ; l'aménorrhée persiste encore. Amélioration de l'état mental ; la malade est moins triste, moins absorbée dans ses préoccupations mélancoliques.

Novembre 1890. — Les règles ont paru ; l'état physique et mental s'améliore rapidement ; disparition graduelle des conceptions mélancoliques.

Décembre 1890. — Guérison de l'état mental coïncidant avec la guérison de l'état anémique. Sortie.

OBSERVATION XII

Anémie, agitation maniaque, traitement par les toniques, guérison.

J... Marie, âgée de 20 ans, sans profession, entrée à l'asile de Bron en mars 1891.

On note dans les antécédents héréditaires de cette malade qu'elle a eu une tante maternelle qui a été internée deux fois à l'asile de Bron pour manie de suicide.

A joui d'une bonne santé jusqu'à l'âge de 19 ans; a été réglée à 16 ans; règles très irrégulières, peu colorées; leucorrhée fréquente. Depuis deux mois environ elle suit un traitement anti-anémique.

Depuis huit jours cette malade est dans un état d'excitation maniaque très accusée avec incohérence des idées et des actes.

On institue un traitement dirigé contre l'état anémique de la malade.

Avril 1891. — L'agitation maniaque diminue.

Mai 1891. — L'amélioration continue.

Juin 1891. — La malade est bien plus calme, elle travaille un peu. L'état physique est meilleur.

Juillet 1891. — L'état mental est presque normal.

Août 1891 — Guérison.

CHAPITRE III

CONSIDÉRATIONS CLINIQUES

I

Il n'entre pas dans le plan de notre travail de faire un chapitre spécial de pathogénie, de relater toutes les expériences et les observations qui démontrent l'importance extrême de l'irrigation sanguine de l'encéphale pour le fonctionnement normal de l'intelligence. On conçoit sans peine que le défaut de nutrition des cellules cérébrales se traduise par un trouble profond dans les manifestations vitales de ces éléments, par des troubles cérébraux en rapport avec le degré d'appauvrissement du sang.

Les expériences et les observations de Piorry, de Marschal-Hall, de Brown-Sequard, de Jacobi, de

Donders, de Kusmaul et Tennesser, d'Erhmann, de Vulpian, montrent bien que l'anémie cérébrale peut produire différents symptômes, depuis les vertiges, les éblouissements, jusqu'aux convulsions et aux troubles cérébraux. Après de graves déperditions sanguines, dans quelques cas de ligature des deux carotides primitives, alors que la mort n'a pas suivi immédiatement l'intervention chirurgicale, on a pu voir survenir un délire qui tenait évidemment à un état anémique du cerveau.

Ces états délirants en relation manifeste avec une anémie cérébrale survenue rapidement ne sont contestés par personne. Mais souvent l'anémie survient progressivement et peu à peu des troubles se montrent du côté de la sphère intellectuelle. Ici les désordres psychiques paraissent moins nettement sous la dépendance de l'état organique; à l'appauvrissement du sang s'ajoutent d'autres causes étiologiques et il est parfois assez difficile de faire la part qui revient à chacun des facteurs dans la production du trouble mental. Nous croyons cependant, et telle est l'opinion de notre maître, M. le professeur Pierret, qu'il est des cas où l'on ne peut incriminer d'autre cause que l'anémie.

Les malades qui font l'objet de nos observations sont presque toutes des ouvrières chez lesquelles on relève un travail le plus souvent excessif, des veilles prolongées, une alimentation insuffisante. Sous l'influence de ce surmenage physique, la santé s'altère rapidement, le caractère se modifie peu à peu, des troubles mentaux apparaissent. Ces derniers sont évidemment en relation étroite avec l'état organique, car on ne note pas

d'autre cause étiologique et le traitement par les toniques et les ferrugineux modifie très rapidement l'état mental. Cette dernière preuve, quelque indirecte qu'elle soit, n'en a pas moins une très grande valeur.

Les causes morales, qui de tout temps ont été considérées comme jouant un rôle presque exclusif dans l'étiologie de la mélancolie, nous paraissent devoir être reléguées, ici, parmi les causes secondaires. L'anémie dans nos observations est généralement la première en date ; par le fait de l'appauvrissement sanguin, les malades sont déjà portées à une tristesse malade qu'elles ne s'expliquent pas ; la moindre contrariété les impressionne outre mesure ; leurs chagrins sont considérablement grossis ou même puérils. D'autres fois aussi, les soucis et les chagrins de toute nature n'ont agi qu'après avoir amené la détérioration de l'organisme et même dans ces cas l'anémie doit être considérée comme la cause principale des troubles psychiques : « Les revers de fortune, les ambitions déçues, les ennuis et les chagrins de toute sorte, les chagrins domestiques surtout, conduisent peu à peu, par les insomnies, par la perte de l'appétit et par les troubles de la nutrition, à l'épuisement cérébral. » (Chatelain : *De la Folie*, 1889.)

Dans nos observations, l'influence des causes morales est pour ainsi dire insignifiante : ces dernières relèvent plutôt de l'état mental lui-même et constituent les prodromes de la mélancolie.

Notre travail étant, avant tout, une étude clinique et thérapeutique, nous ne voulons pas entrer dans de plus grandes considérations pathogéniques. Nous nous

réserve, d'ailleurs, à propos de chaque symptôme pris en particulier, de rechercher son explication dans l'état anémique de la malade. Nous pensons que cette manière de comprendre notre sujet présente l'avantage de supprimer des redites inévitables et de mieux faire saisir les rapports qui unissent l'anémie avec les différents symptômes morbides consignés dans nos observations.

Toutefois, avant d'aborder l'étude clinique de nos malades, disons un mot de la fréquence de la mélancolie anémique chez les jeunes filles et de l'influence de l'hérédité.

L'anémie, eu égard à tant de causes qui peuvent lui donner naissance, est une affection d'observation journalière, et cependant les cas d'aliénation mentale qui reconnaissent nettement cette étiologie ne sont pas très fréquents. D'après l'observation de M. le professeur Pierret et notre observation personnelle, c'est à peine si trois ou quatre pour cent des entrées à l'asile de Bron présentent des troubles mentaux consécutifs à un état anémique. Pendant l'année que nous avons passée dans le service des femmes, nous n'avons pu observer que trois de ces cas, que nous rapportons dans notre thèse; les autres observations nous ont été communiquées par M. le professeur Pierret.

Pourquoi l'anémie produit-elle des désordres psychiques chez ces malades, alors que pour la généralité des anémiques l'état intellectuel reste normal, si l'on en excepte un certain fond de tristesse et de nervosisme? C'est qu'ici, comme pour toutes les autres causes de folie, il faut faire une large place à la prédisposition

individuelle, à l'hérédité vésanique ou nerveuse. Cette prédisposition morbide domine toute la pathogénie mentale; la plupart des causes physiques ou morales n'ont d'action qu'autant qu'elles agissent sur un cerveau en état d'opportunité morbide. Il nous semble cependant qu'ici l'influence de l'hérédité se fait moins nettement sentir: le fonctionnement intellectuel exige une nutrition normale et l'on comprend que toute perturbation nutritive puisse entraîner des déviations fonctionnelles en dehors de toute prédisposition héréditaire. C'est là sans doute l'exception et, dans la majorité des cas, l'hérédité doit être incriminée, sinon l'hérédité vésanique, tout au moins l'hérédité nerveuse.

II

Ce qui domine toute la symptomatologie des troubles mentaux chez les anémiques, et ce qui ressort de la lecture de nos observations, c'est un état ordinaire de dépression mélancolique plus ou moins accusée. Quelques accès d'agitation de peu de durée, des hallucinations de la sensibilité générale, quelquefois des idées de persécution plus ou moins nettes peuvent se montrer dans le cours de la mélancolie anémique.

Ce sont des modifications du côté du caractère, un état d'irritabilité inaccoutumée, qui, dans la plupart des cas, précèdent la dépression mélancolique. Il n'y a rien, là, de bien particulier à l'anémie: un trouble organique quelconque peut provoquer ces modifications. Mais l'anémie, par ce fait même qu'elle s'accompagne

d'une souffrance générale de l'organisme qui persiste longtemps a une action plus marquée et plus durable. Sous l'influence prolongée de l'altération sanguine, les centres nerveux, dont la nutrition se fait mal, ne restent plus en rapport avec leurs stimulants physiologiques : un état de nervosisme, de neurasthénie est alors constitué.

La malade, de douce et patiente qu'elle était autrefois, devient peu à peu colère, irritable, inattentive et indifférente ; elle tombe dans un état de *faiblesse irritable* : « On est étonné, dit Sandras, de la quantité de gens névropathiques qui ont emprunté cette disposition à l'anémie et à la chlorose ». C'est aussi à l'anémie que Trousseau, dans son *Traité de matière médicale*, et Bouchut dans son étude du *Nervosisme*, prêtent le plus grand rôle dans la production de la neurasthénie : « Au-dessus de toutes causes prédisposantes dont les effets sont si variables, dit Bouchut, il y a une influence générale qui les rapproche dans une action commune, qui favorise leur développement et qui fait comprendre la manière dont elles agissent sur l'organisation ; je veux parler de l'anémie. En effet, cet état morbide et la chlorose ou la chloro-anémie sont le point de départ du plus grand nombre des névroses. Dans beaucoup de cas, l'influence de cette disposition se révèle par des signes incontestables et le traitement par les toniques ou les ferrugineux vient démontrer la justesse de ce rapprochement étiologique ». Bouveret, dans son *Etude sur la neurasthénie* (1891), insiste de nouveau sur le rôle que joue l'anémie dans la production de la névropathie.

Jewell (1880), Hughes (1882), mettent aussi le plus souvent le nervosisme sous la dépendance de l'appauvrissement du sang, mais ces auteurs font remarquer, de plus que le nervosisme conduit souvent à l'aliénation mentale, à la mélancolie surtout. En effet, l'excitabilité cérébro-spinale qui caractérise la neurasthénie est bientôt suivie d'un épuisement rapide et très accusé. On comprend que la cause qui a donné naissance à cette excitabilité anormale continuant toujours d'agir finira par en amener la perversion et enfin l'épuisement.

Dans plusieurs de nos observations (*obs. I, II, IV, IX*), nous constatons ces modifications dans le caractère, un état de nervosisme très accentué précédant la dépression mélancolique. Quelques-unes de nos malades, filles d'aliénés ou de nerveux, ont toujours présenté des bizarreries dans le caractère, de l'excitabilité anormale, mais cet état de nervosisme congénital a subi une exacerbation très appréciable au début de l'affection mentale. Cette période neurasthénique fait rarement défaut.

Peu à peu la mélancolie s'accroît. Les malades tombent dans le découragement et la tristesse, tristesse qu'elles n'expliquent pas et contre laquelle il leur est impossible de réagir. Elles présentent de l'inertie de toutes les fonctions intellectuelles, de l'amoindrissement de la volonté : tout effort intellectuel est pénible, la mémoire surtout est paresseuse. On remarque un certain air d'hébétéude mêlé de crainte, de la lenteur dans les réponses. « Dans ces formes de mélancolie, dit Griésinger, la lésion fondamentale consiste dans

l'existence morbide d'une émotion pénible, dépressive qui domine le sujet, dans un état de douleur morale. C'est un sentiment vague d'oppression, d'anxiété, d'abattement et de tristesse; il surgit des pensées et des jugements en harmonie avec la disposition actuelle de l'esprit. » Il n'y a souvent pas de conceptions délirantes : les malades sont seulement inertes, prostrés, profondément découragés et elles affirment après leur guérison qu'elles n'avaient pas le délire.

C'est cet état de mélancolie simple que l'on remarque chez les malades des observations I, II, IV, IX, XI : elles n'ont présenté pendant toute la durée de leur internement ni conceptions délirantes ni hallucinations.

L'une d'elles (obs. II) était à son entrée à l'asile dans un état de semi-stupeur qui a coïncidé avec une anémie très prononcée et qui a disparu avec le rétablissement progressif des forces.

Il nous semble que l'épuisement organique doit conduire fréquemment à la stupeur, si un traitement tonique ne vient pas arrêter la marche de l'affection mentale en relevant l'état de la nutrition. Cullère, d'ailleurs, dans son étude de la *Lypémanie stupide*, est d'avis que cet état est dû le plus souvent à l'anémie, aux affections chroniques, à l'onanisme, à toutes les causes débilitantes enfin. On voit fréquemment dans les asiles d'aliénés des malades qui refusent toute nourriture et qu'on est obligé de nourrir, souvent pendant longtemps, à l'aide de la sonde. Dans ces conditions, la nutrition se fait mal, un état anémique très prononcé survient en quelques semaines, l'amaigrissement est rapide et poussé parfois à ses dernières limites. Dans ces cas, la

stupeur est la règle ordinaire. M. le D^r Paret, si prématurément enlevé à la science, vient d'en présenter un cas remarquable à la Société des sciences médicales de Lyon. (*Voir Lyon médical, n^o 41.*) Cette tendance à la stupeur est donc un indice de l'atteinte plus profonde portée dans la nutrition de l'encéphale. Cet état a par conséquent une certaine valeur au point de vue du pronostic en ce qu'il peut retarder la guérison de l'affection mentale ou même la compromettre par les difficultés qu'il apporte à l'alimentation des malades.

Cette dépression mélancolique, si caractéristique du délire anémique des jeunes filles, peut être précédée ou même peut alterner avec des accès d'agitation généralement de peu de durée. C'est ce que nous constatons chez la jeune fille C... Jeanne qui fait le sujet de l'observation I. Dix jours avant son entrée à l'asile, cette malade aurait présenté, au dire de ses parents, deux accès d'agitation très courts, pendant lesquels elle aurait cherché à se nuire et à faire du mal aux personnes qui l'entouraient. Nous voyons dans l'observation VII que la malade était, lors de son entrée à l'asile, dans un état d'agitation assez marqué, lequel n'a duré que quelques jours. La malade de l'observation VI a été agitée aussi pendant les quelques jours qui ont précédé son internement. D'autres fois, en même temps que la mélancolie simple, existe une excitabilité anormale latente qui se montre lorsqu'on interroge trop longtemps les malades, lorsqu'on insiste sur des faits qui leur déplaisent (obs. IX). Dans d'autres cas, c'est un état mélancolique avec subagitation. Nous avons même vu l'anémie coïncider chez une jeune fille avec

un état d'excitation maniaque continu ; cette agitation maniaque était vraisemblablement sous la dépendance de l'anémie, car un traitement tonique et le retour des forces guérèrent rapidement la malade. Il y avait chez cette malade des antécédents héréditaires très nets, mais pas d'autre cause occasionnelle ayant pu déterminer l'état mental. Nous avons cru utile et intéressant de rapporter cette observation (obs. XII).

On comprend assez bien que l'anémie puisse donner lieu à des symptômes de dépression intellectuelle : la cellule cérébrale, ne trouvant pas dans le torrent circulatoire les éléments nutritifs en quantité suffisante, doit se trouver restreinte dans son fonctionnement. Mais comment expliquer ces accès d'agitation que nous avons notés chez nos malades ? Devons-nous les mettre sous la dépendance de l'anémie cérébrale ? Au premier abord, il semble peu logique de faire dépendre d'une même cause deux états aussi opposés que l'agitation et la dépression mélancolique. Aussi a-t-on émis l'opinion que dans le cas d'agitation chez une anémique il y avait hyperhémie cérébrale, le plus souvent localisée à certains points du cortex. C'est ce que dit très expressément Dautheville (1) dans sa thèse inaugurale : « Quant aux symptômes d'excitation et au délire que présentent souvent les anémiques chez lesquels il semble que le cerveau devrait participer à l'anémie générale, ils peuvent toujours être attribués à des hyperhémies qui sont favorisées par la paralysie du sympathique cervical. Il

(1) Dautheville. *Consid. sur l'isch. et l'hyperh. céréb.* Thèse de Paris, 1879.

en est de même chez les sujets qui ont subi de grandes pertes de sang. » Nous ne pensons pas que cette interprétation puisse être acceptée dans sa généralisation. Les faits expérimentaux du reste tendent à prouver la rareté de ces hyperhémies par paralysie des vaso-moteurs et à mettre les phénomènes d'agitation sous la dépendance directe de l'anémie. Chez les animaux qui ont subi une déperdition de sang considérable et qui meurent dans un état convulsif, le cerveau est pâle, exangue dans toutes ses parties.

D'autres auteurs, Duchassaing (1) en particulier, ont prétendu que dans l'anémie cérébrale il se produisait une extravasation de sérosité et que cette congestion séreuse tenait sous sa dépendance l'agitation et les phénomènes convulsifs. C'est là une manière de voir qui ne s'appuie sur aucune preuve suffisante.

Quelle que soit l'interprétation que l'on admette, il nous suffit de retenir que tous ces phénomènes sont imputables à l'anémie et qu'un traitement anti-anémique suffit à les faire cesser. « Il serait entièrement faux et dangereux, dit Grasset (2), de croire que l'anémie cérébrale entraîne toujours des phénomènes de dépression fonctionnelle et l'hyperhémie des phénomènes d'excitation dans les fonctions cérébrales. En réalité, le fonctionnement des éléments nerveux exige pour être régulier, une circulation normale; un trouble quelconque dans la circulation produit des déviations dans les

(1) Duchassaing. Aff. cérébrales dépendant de la chlorose (in *Gaz. Méd.*, p. 152, 1845.)

(2) Grasset. *Maladies du syst. nerveux*. 1881.

fonctions habituelles et des déviations dans un sens comme dans un autre. »

Les hallucinations sensorielles et les hallucinations de la sensibilité générale se montrent assez fréquemment dans le cours de la mélancolie anémique, ainsi qu'en témoignent nos observations. Chez la plupart de nos malades cependant ces hallucinations font défaut. La malade qui fait le sujet de l'observation V voit des feux, des éclairs, des ombres qui l'effrayent ; celle de l'observation VI présente en même temps des hallucinations de la vue et des hallucinations de l'ouïe : dans l'obscurité la plus profonde elle aperçoit des corps brillants, des étoiles, elle voit quelquefois des couteaux et a peur d'être assassinée ; elle entend aussi des bruits étranges qui l'impressionnent péniblement. Dans l'observation VIII, la malade voit le diable, se figure être damnée et, probablement sous l'influence de cette hallucination, a essayé plusieurs fois de se jeter par la fenêtre.

L'apparition de ces hallucinations n'ajoute pas en général de gravité au pronostic de l'affection mentale ; elles disparaissent en même temps que l'état anémique dont elles dépendent. Elles peuvent, tout au plus, modifier le trouble mental dans sa forme, être la source d'idées de persécution, faire de l'état mélancolique simple un état mélancolique anxieux par les terreurs qu'elles occasionnent souvent ; elles peuvent aussi être la source de tentatives de suicide. Griesinger, dans son *Traité des Maladies mentales*, avait déjà noté la fréquence des hallucinations dans les états d'épuisement organique : « Tous les états d'épuisement profond, soit moral, soit physique, paraissent favoriser le dévelop-

pement des hallucinations. De même que dans les siècles passés l'ascétisme religieux était une cause fréquente d'hallucinations, aujourd'hui nous les voyons se développer fréquemment sous l'influence de l'inanition, de jeûnes prolongés. »

Les hallucinations des anémiques nous paraissent, dans la majorité des cas, trouver une explication très rationnelle dans les troubles sensoriels et dans les troubles de la sensibilité qui se montrent souvent dans le cours de l'anémie. Au lieu d'hallucinations nous devrions donc dire illusions. Les anémiques ordinaires, non aliénées, entendent fréquemment des bruissements étranges, des sifflements aigus, des fracas de cataracte, etc., si elles sont couchées, elles distinguent un bruit de souffle intermittent d'origine vasculaire. Du côté des yeux, ce sont des mouches volantes, des taches noirâtres et même, quoique plus rarement, des images colorées, des flammes et des éclairs. Du côté de la sensibilité générale, ce sont des douleurs névralgiques, surtout intercostales et faciales, des troubles sensitifs des organes thoraciques et abdominaux.

Dans ces conditions il est tout naturel de croire que ces troubles de la sensibilité peuvent être la source des hallucinations(1) ou plutôt des illusions que nous notons dans quelques-unes de nos observations. Elles paraissent être en relation directe avec l'état anémique des

(1) Si dans le cours de notre travail et dans nos observations nous employons le mot *hallucination* au lieu du mot *illusion*, c'est pour ne préjuger en rien de l'origine de ces phénomènes. Nous croyons qu'on peut le plus souvent les rapporter à des troubles de la sensibilité : les malades interprètent mal leurs sensations.

sujets et s'amendent avec lui. Dans le cas d'anémie aiguë (hémorragie, inanition), les hallucinations, surtout celles de la vue, sont presque la règle et disparaissent rapidement si la nutrition peut se faire.

Tel est, en quelques mots, l'état mental qui nous paraît lié le plus habituellement à l'anémie chez les jeunes filles.

A cet état mélancolique s'ajoutent différents symptômes plus ou moins constants mais qui, cependant, sont intéressants à relever car ils contribuent par leur association à fixer l'aliéniste sur la cause des troubles psychiques.

Il en est certains que nous notons d'une façon presque constante. C'est en première ligne l'insomnie qui s'est toujours montrée chez nos malades et qui coïncidait avec une céphalalgie plus ou moins intense. Les troubles des fonctions digestives sont non moins fréquents : dans la plupart des cas on ne note que de la dyspepsie, du dégoût pour les aliments ; souvent aussi existe un état saburral des voies digestives, avec digestions douloureuses. La constipation est fréquente.

Du côté de la menstruation, les troubles sont presque la règle. Si le plus souvent ce ne sont que de simples irrégularités, si les règles sont peu abondantes et peu colorées, on constate aussi dans quelques cas de la leucorrhée habituelle et même quelquefois de l'aménorrhée, ainsi qu'il est noté dans les observations III, V, IX, XI. Si nous insistons sur les troubles menstruels que présentent souvent les anémiques, c'est que très souvent on les a regardés comme le point de départ ou comme la conséquence de l'état mental, tandis qu'ils

tiennent simplement à l'état général des malades. Après la discussion sur les folies sympathiques, en 1857, à la Société des sciences médico-psychologiques, il a été admis que les troubles des fonctions menstruelles avaient un retentissement sur la sphère intellectuelle, étaient la cause occasionnelle de l'état mental. Sans vouloir restreindre le champ des folies sympathiques d'origine utérine, nous sommes portés à penser qu'on a exagéré leur importance et que l'état anémique des malades n'a pas été suffisamment pris en considération.

Dans son *Traité des névroses menstruelles*, Berthier cite quelques observations d'états mélancoliques qu'il attribue à des troubles de la menstruation et dans lesquels le traitement tonique seul a pu donner des résultats favorables : « Il ne s'agit pas, dit Berthier, de concentrer son attention sur un état local qui n'est peut-être qu'un reflet de l'affection, une expression pathologique ; le plus souvent il faut s'attaquer à l'état général, constitutionnel ou diathésique, pour tarir la source du mal. » Marcé, Raciborski, et tous les auteurs qui se sont occupés de l'anémie, prétendent, d'ailleurs, que dans les maladies chroniques caractérisées par l'épuisement des forces et l'appauvrissement des globules sanguins, les troubles menstruels, l'aménorrhée en particulier constitueraient la règle ; l'ignorance seule, confondant dans ces cas l'effet avec la cause, aurait pu espérer la guérison après le retour du flux menstruel.

Du côté de la circulation, nos malades présentent la plupart des troubles qui sont l'apanage de l'anémie,

tels que les palpitations fréquentes, les souffles cardiaques et vasculaires, la petitesse du pouls, le refroidissement des extrémités; la décoloration des téguments et des muqueuses, l'œdème péri-malléolaire, la dyspnée fréquente, les tendances syncopales, les vertiges, etc.

Les troubles de la sensibilité générale et spéciale nous sont connus; nous y avons insisté à propos de leur rôle dans la genèse des hallucinations. On ne note pas de zones d'anesthésie ni de zones d'hyperesthésie; les réflexes rotuliens n'offrent rien de spécial; ils sont le plus souvent normaux, quelquefois exagérés.

Pour la motilité, on constate une sensation d'abattement, de fatigue musculaire. On ne note pas de convulsions: « Elles ne peuvent s'observer, dit Grasset, que dans certaines conditions données: il faut une cause qui entraîne l'anémie avec rapidité et intensité, comme une hémorragie considérable, et il faut que cela se produise, d'autre part, chez un individu qui ne soit pas trop débilité. »

Les pupilles sont fréquemment dilatées et cette dilatation nous a paru coïncider souvent avec le maximum d'intensité de la mélancolie et disparaître progressivement avec l'amélioration mentale.

En résumé, l'état mental produit par l'anémie chez les jeunes filles, est caractérisé par de la dépression mélancolique dans la généralité des cas, par de la mélancolie simple sans conceptions délirantes bien nettes. Ces dernières, lorsqu'elles se montrent, paraissent être surtout en rapport avec des hallucinations sensorielles ou de la sensibilité générale. L'agitation

est fréquemment associée à la mélancolie anémique. Ce qui démontre bien que tous les symptômes sont uniquement sous la dépendance de l'appauvrissement du sang, c'est qu'un traitement tonique les fait disparaître très rapidement; que l'amélioration de l'état mental et l'amélioration de l'état physique suivent une marche parallèle et qu'on peut juger, dans ces cas, de la solidité de la guérison mentale par le rétablissement complet de la santé physique.

III

L'état mental d'origine anémique nous paraît en général suffisamment caractérisé pour que la cause des troubles psychiques ne soit pas méconnue. Il est cependant des cas qui s'écartent plus ou moins de la forme ordinaire que nous venons de décrire et qui pourraient être confondus avec d'autres états mentaux que l'on rencontre fréquemment chez les jeunes filles, en coïncidence avec l'anémie, et dont le pronostic est plus ou moins grave. Nous nous contenterons simplement de signaler ces divers états mentaux, en insistant sur les caractères qui leur sont particuliers et qui permettent de les reconnaître facilement.

On ne confondra pas avec la folie anémique la folie de la puberté ou hébéphrénie qui apparaît chez les jeunes filles entre seize et vingt-deux ans en général. Ce qui caractérise cette dernière, c'est la marche, c'est l'évolution de la maladie, ce sont aussi ses origines. La folie

de la puberté est une affection essentiellement héréditaire; son début est souvent brusque. Dans la majorité des cas, cependant ce début est progressif. C'est d'abord un état de mélancolie vague puis bientôt des conceptions délirantes apparaissent : il y a des hallucinations, des idées de persécution, un état de surexcitation parfois très vive, un délire polymorphe, érotique, avec tendance aux idées exaltées. Le langage et les écrits de ces malades sont incohérents, chargés d'expressions emphatiques, d'idées absurdes. Le pronostic, en thèse générale, est extrêmement grave; les jeunes malades subissent promptement une déchéance intellectuelle irrémédiable et gravitent rapidement vers la démence.

La variété du délire dans l'hébéphrénie, l'excitation habituelle font un contraste frappant avec la monotonie de la mélancolie chez l'anémique. Aussi, se guidant sur la forme du délire, ne prendra-t-on pas l'hébéphrénie avec anémie concomitante pour un véritable délire anémique. Dans les deux cas, les toniques sont indiqués, mais on ne pourra espérer qu'une amélioration dans le premier cas, tandis que, dans le second, on peut compter sur une guérison rapide.

Des périodes mélancoliques se montrent fréquemment dans le cours de la folie hystérique et l'anémie est souvent associée à l'hystérie. Les signes distinctifs sont nombreux : en dehors des troubles nerveux ordinaires de l'hystérie (hyperesthésies, anesthésies, sensation de boule œsophagienne, attaques convulsives, etc.), le délire offre un caractère tout spécial par la facilité de ses transformations diverses : il résume en lui plusieurs formes d'aliénation mentale : « Il est facile, dit

Duponchel (1), de constater que toutes les formes d'aliénation mentale sont possibles dans l'hystérie : illusions, hallucinations, impulsions à l'homicide, au suicide, délire ambitieux, monomanie religieuse peuvent se rencontrer dans la folie hystérique, se succéder au besoin chez la même aliénée. Mais il n'en reste pas moins vrai qu'on constate des caractères spéciaux tels que les cris bientôt suivis de pleurs, les tendances érotiques, les troubles de la sensibilité générale, les sentiments d'angoisse, d'oppression, de constriction dont se plaignent les malades, les impulsions bizarres, l'inertie presque complète de la volonté jointe à une activité souvent démesurée de l'intelligence. »

On voit que si la folie hystérique a, de par sa symptomatologie, plus d'un point de contact avec l'hébéphrénie elle se sépare nettement de la mélancolie anémique, bien que l'anémie lui soit fréquemment associée et que la mélancolie anémique soit précédée de symptômes hystériformes. La mélancolie peut aussi se montrer chez les jeunes filles sous l'influence de causes morales ou par le fait d'affections organiques, autres que l'appauvrissement du sang. Dans ces cas il sera le plus souvent facile d'apprécier la valeur de ces différentes causes au point de vue étiologique. Rappelons toutefois que les causes morales et physiques entraînent ordinairement à leur suite des troubles de nutrition qui retentissent toujours sur l'état intellectuel pour l'aggraver et doivent par conséquent être pris en sérieuse considération à propos du traitement.

(1) Duponchel, th. Paris 1874.

Qu'il nous soit permis, avant de terminer ce chapitre, de mettre en regard de la mélancolie anémique des jeunes filles certains troubles cérébraux que l'on observe assez fréquemment chez les personnes âgées. Chez ces dernières le délire rappelle la démence sénile. M. le professeur Pierret, qui a attiré tout spécialement notre attention sur ces malades, le qualifie de délire *de misère*. Il arrive assez souvent de recevoir dans les asiles des malades d'un âge avancé, amenés par des personnes étrangères. Ces malades, ordinairement sans famille, ne pouvant plus travailler, vivent misérablement jusqu'au jour où des troubles cérébraux éclatent et qu'ils sont internés. A leur entrée, on constate un affaiblissement quelquefois considérable de toutes les facultés intellectuelles, mais surtout de la mémoire, quelques hallucinations, surtout de la vue, de l'insomnie, des cauchemars, un état de subagitation avec idées de persécution. Au point de vue physique on remarque un état de dépérissement très marqué, avec faiblesse extrême des membres inférieurs, du tremblement de la langue et des extrémités digitales. On juge ces malades incurables, mais au bout de quelques mois on voit que l'état physique s'est bien amélioré et que l'état mental est progressivement revenu à son état normal. Les malades peuvent alors quitter l'asile.

CHAPITRE IV

PRONOSTIC ET TRAITEMENT

D'après ce que nous venons d'exposer, on voit qu'il ne nous reste que peu de choses à dire touchant le pronostic et le traitement de la mélancolie anémique des jeunes filles. Toutes nos observations sont des cas de guérison et le traitement se réduit au traitement ordinaire de l'anémie. Aussi nous bornerons-nous à quelques considérations sommaires en insistant sur certains points de détail, qui dans ces cas particuliers, nous paraissent devoir attirer tout spécialement l'attention.

I

En général, la mélancolie anémique comporte un pronostic favorable : la cause provocatrice de la

psychopathie offrant une prise sérieuse à un traitement rationnel. En relevant l'état de la nutrition on voit disparaître progressivement les troubles mentaux et, à leur sortie de l'asile, les malades sont dans un état de santé physique satisfaisant. Il va sans dire que le pronostic de l'affection mentale sera d'autant plus favorable que l'état anémique sera moins accusé et que l'intervention thérapeutique se sera fait attendre moins longtemps.

Dans nos douze observations, nous constatons que la guérison a été en général assez rapide : la durée de l'internement a oscillé entre trois mois et sept mois. Nous remarquons, de plus, que dans les cas de mélancolie simple, sans hallucinations ni conceptions délirantes, la guérison rapide est la règle.

Lorsque la dépression mélancolique s'accroît au point de confiner plus ou moins à la stupeur, la guérison paraît se faire plus lentement. Il semble que les cellules cérébrales ont été plus atteintes dans leur nutrition et demandent un temps plus prolongé pour retrouver leur fonctionnement normal.

La plupart des symptômes, agitation, hallucinations, idées de persécution, etc., n'exercent pas d'influence notable sur la durée du traitement ; ils disparaissent avec l'état anémique qui leur donne naissance. D'après nos observations, la guérison serait cependant moins rapide que dans les cas de mélancolie simple.

Seuls les troubles dans les fonctions digestives doivent être pris en considération au point de vue du pronostic. Ils peuvent retarder la guérison par les difficultés qu'ils apportent à la bonne alimentation des malades.

Il est très important de rechercher la cause de l'anémie ; car si l'on peut porter un pronostic favorable et prévoir une guérison rapide lorsque l'anémie est la conséquence d'un travail excessif, de veilles prolongées d'une mauvaise alimentation, on comprend qu'il n'en soit pas de même lorsqu'elle puise sa source dans une affection chronique ordinairement incurable, la tuberculose pulmonaire, par exemple. Il est évident que dans ces cas un traitement tonique sera le plus souvent impuissant ; on pourra améliorer l'état mental, parfois même le guérir, mais le pronostic n'en reste pas moins sérieux et la guérison douteuse. Si la lésion organique qui entretient l'anémie est curable, le pronostic sera subordonné à son degré de curabilité.

Aussi est-ce une règle pour l'aliéniste lorsqu'il se trouve en présence de malades anémiques, de rechercher si l'état dyscrasique n'est pas l'expression d'une affection organique ; l'aliéniste doit être plutôt un médecin qu'un psychologue. Ce n'est qu'après s'être assuré que l'anémie n'est que la résultante de conditions hygiéniques mauvaises qu'il sera autorisé à porter un pronostic favorable.

Griésinger fait ressortir le pronostic favorable que comportent les états délirants lorsqu'ils sont liés à des troubles physiques que l'on ne peut facilement guérir : « Parmi les circonstances physiques qui contribuent au développement de la folie, on doit considérer comme favorables, parce qu'il est plus facile d'en triompher : l'anémie, les congestions cérébrales aiguës, les troubles menstruels et beaucoup d'autres dérangements des fonctions sexuelles. »

Cette question pronostique ne doit pas s'arrêter là, se limiter à l'accès même d'aliénation mentale ; il faut encore se demander ce que deviendront ensuite les malades, si les rechutes sont fréquentes. Notons que les jeunes filles mélancoliques et anémiques reviennent assez rarement dans les asiles. C'est là un fait sur lequel M. le professeur Pierret a attiré notre attention : il lui arrive rarement de recevoir de nouveau dans son service des jeunes filles qu'il a soignées pour mélancolie anémique.

Lorsque les malades sont très nettement des héréditaires chez lesquelles l'anémie n'a été que la cause occasionnelle d'un premier accès de folie, on peut prévoir une récurrence probable.

II

Chez nos mélancoliques, le traitement a été dirigé exclusivement contre l'état anémique que nous avons regardé comme la seule cause des troubles mentaux. Ainsi qu'il ressort de nos observations, l'état mental a subi une amélioration en rapport évident avec le rétablissement de la santé physique, ce qui vient à l'appui de notre manière d'envisager la genèse de ces troubles psychiques.

Nous avons administré à nos malades la plupart des préparations médicamenteuses préconisées contre l'anémie et en particulier les préparations ferrugineuses. Sans nier leur efficacité nous les plaçons bien au

dessous du régime fortifiant qui a fait la base de notre traitement.

Donner à ces malades débilitées une nourriture saine et abondante, substantielle et facilement assimilable ; veiller à leur hygiène ; leur administrer en même temps les préparations antianémiques, telle a été notre ligne de conduite.

Nous n'avons pas négligé l'hydrothérapie. Plusieurs de nos malades ont pris une douche chaque matin, douche de 20 à 30 secondes de durée et suivie immédiatement d'une friction énergique pour favoriser la réaction. Ce moyen nous a paru exercer une stimulation énergique sur la nutrition générale en même temps qu'il modifie l'état mental : après la douche, les malades sont moins déprimées.

En général l'appétit des mélancoliques est diminué ; elles manifestent souvent une grande répugnance pour la viande. On conçoit que ce défaut, d'appétit soit une difficulté apportée à l'alimentation des malades et demande à être traité. A cet effet on peut administrer le vin de quina, le vin de gentiane, les macérations de quassia amara, etc... Si les digestions sont lentes et laborieuses, les préparations à base de strychnine pourront rendre des services en relevant la tonicité stomacale ; nous y avons eu recours plusieurs fois. Les eaux de Vichy, de Vals, l'acide chlorhydrique pourront aussi être utilisés. Nous n'insistons pas sur ces détails du traitement que l'on trouve mentionnés dans tous les traités de médecine.

A part les troubles des fonctions digestives qui nous ont préoccupé, nous n'avons pas fait de médication

symptomatique. Dans certains cas cependant si l'agitation était trop grande on devrait recourir aux agents sédatifs, aux bains prolongés ; si, au contraire, la dépression était trop accentuée, les excitants seraient indiqués. Rappelons que les troubles de la menstruation, l'aménorrhée, n'exigent aucune intervention thérapeutique spéciale.

Si un traitement tonique opportun n'est pas institué, les troubles de nutrition s'accroissent et les malades tombent fréquemment dans un état de stupeur : nous avons parlé de ce fait en faisant l'étude clinique de nos malades. Disons que cet état est plus grave en apparence qu'en réalité ; il suffit le plus souvent de veiller à l'alimentation des malades pour le voir s'atténuer et disparaître. Abercrombie rapporte, dans son *Traité des maladies de l'encéphale*, avoir vu nombre d'enfants tomber, à la suite d'affections abdominales colliquatives qui amenaient un épuisement organique rapide, dans un état de stupeur très prononcée : on les en faisait sortir en quelques jours à l'aide des aliments, du vin.

A leur sortie de l'asile, pour que la guérison se maintienne, il est nécessaire que les malades ne retombent plus dans les mêmes conditions hygiéniques mauvaises (travail excessif, veilles prolongées, alimentation insuffisante, etc.) qui, en détériorant leur santé, ont amené leur internement. Il faut que le médecin aliéniste avertisse les malades du soin qu'elles doivent apporter à leur santé physique et instruisse les parents de l'importance de toutes les prescriptions hygiéniques. Ce n'est qu'à cette condition que l'on pourra compter sur des guérisons définitives.

Le traitement par les toniques peut non seulement être curatif d'un accès d'aliénation mentale mais avoir encore une action éminemment prophylactique, car si l'épuisement organique est souvent une cause déterminante de folie, il constitue toujours une puissante cause prédisposante. C'est surtout chez les personnes dont les prédispositions héréditaires font craindre l'invasion de la folie, qu'il faut veiller au bon entretien de la nutrition générale. Brochin, dans son article *Maladies nerveuses*, dans le dictionnaire de Dechambre, indique les mesures prophylactiques propres aux névroses; elles peuvent s'appliquer aussi aux maladies mentales: « Maintenir et développer parallèlement dans un équilibre physiologique l'activité de toutes les fonctions plastiques et des fonctions nerveuses; combattre les dispositions diathésiques natives ou héréditaires; éviter dans les exercices propres à développer l'intelligence tout ce qui peut impressionner trop vivement, intercaler entre ces exercices des intervalles suffisants de repos, et les faire alterner surtout avec les exercices corporels destinés à activer la circulation générale, à développer le système musculaire, à accroître les fonctions plastiques, en un mot à fortifier l'économie tout entière. »

Parfois même, alors que déjà des troubles légers se montrent du côté de l'intelligence, il est possible de préserver les malades de l'affection mentale en instituant immédiatement un régime tonique et reconstituant. C'est ainsi que Hughes (1) par un traitement

(1) Hughes. Note sur les signes psychiques de la neurasthénie. 1882. (In *Ann. médico-psychologiques*).

tonique appliqué de bonne heure, a pu prévenir l'éclosion de la mélancolie chez des jeunes filles anémiques. Chez ces dernières la dépression mélancolique débute par une timidité et une irrésolution inaccoutumées. Si on prend garde à ces symptômes de début, il est possible d'arrêter l'évolution de l'affection mentale en relevant l'état de la nutrition.

CONCLUSIONS

1° L'anémie doit être considérée comme une cause d'aliénation mentale ; le défaut de nutrition des cellules cérébrales se traduit par des troubles mentaux en rapport évident avec l'appauvrissement du sang.

2° C'est surtout chez les jeunes filles que l'on constate des troubles psychiques d'origine anémique ; chez elles l'influence de l'hérédité ne doit pas être négligée.

3° Ces troubles psychiques sont caractérisés par de la dépression mélancolique avec accès d'agitation dans la plupart des cas ; les hallucinations, surtout celles de la vue, sont assez fréquentes.

4° En règle générale, le pronostic est très favorable et la guérison s'obtient dans l'espace de quelques mois ; les rechutes sont assez rares.

5° Le seul traitement rationnel est le traitement par les toniques : les troubles mentaux s'amendent en même temps que les forces physiques se rétablissent.

VU BON A IMPRIMER :

Le Président de Thèse,

LACASSAGNE.

Le Doyen,

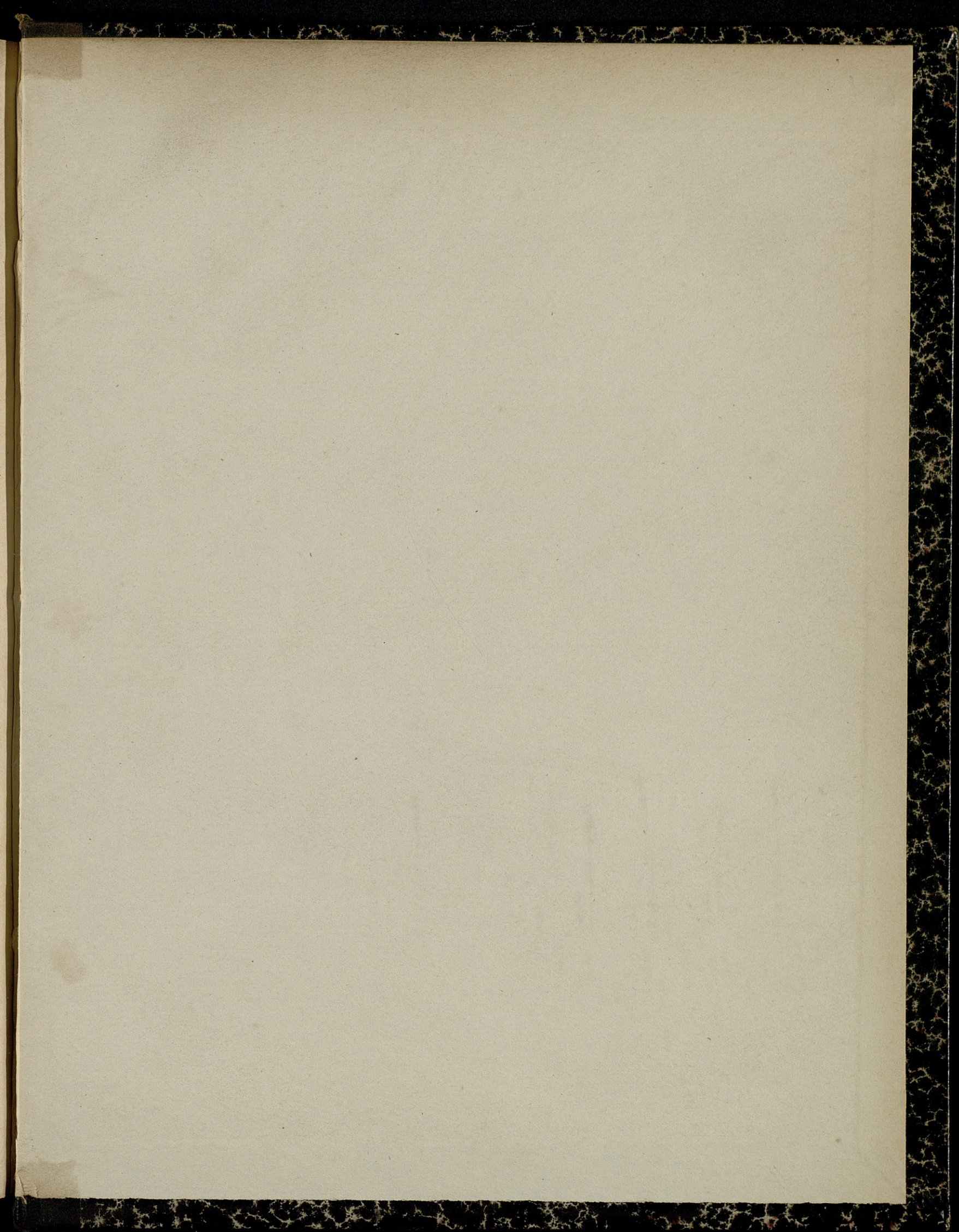
LORTET.

PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 2 novembre 1892.

Le Recteur,

EM. CHARLES.





1