

la psychose de la dysménorrhée et qui émanent, on le sait, d'auto-intoxications analogues.

E. THOMAS a cité également une observation de psychose menstruelle avec goitre et exophtalmie périodiques.

Les impulsions liées à la menstruation et à ses troubles se reconnaissent à leurs rapports avec cette fonction, à leur périodicité, et aussi, dans une certaine mesure, à leurs caractères cliniques, dans lesquels se retrouve fréquemment un élément plus ou moins marqué d'excitation sexuelle.

Il est facile, en général, de séparer les psychoses menstruelles vraies de celles qui n'ont avec la menstruation que des rapports de coïncidence.

5° Traitement. — Le traitement des psychoses menstruelles, en dehors du traitement symptomatique du trouble psychique, qui n'offre rien de particulier, consiste essentiellement à favoriser le cours normal ou la réapparition des menstrues, suivant le cas. Il comprend donc toute la série des moyens usités en pareille circonstance : les toniques généraux, l'hydrothérapie, l'électrothérapie, le massage, les cures d'air, les bains de mer et bains salés, les emménagogues, etc...

Une mention spéciale doit être réservée à la médication ovarienne qui m'a donné, dans les psychoses menstruelles vraies, des résultats excellents, de même que, toutes proportions gardées, dans les vésanies pures avec paroxysmes coïncidant avec des époques dysménorrhéiques.

§ 3. — MÉNOPAUSE

La ménopause, si justement appelée *époque critique*, est une période dangereuse à traverser pour beaucoup de femmes, et elle est très fréquemment l'occasion provocatrice des affections les plus variées du système nerveux. Les névroses de la ménopause (BLOON), particulièrement l'hystérie (DE FLEURY) et la neurasthénie (SOULEYRE, CHAHINIAN), sont aujourd'hui bien connues. Il en est de même des troubles psychiques.

1° Symptomatologie. — Nous distinguerons encore ici :

1° les troubles psychiques élémentaires ; 2° les psychoses proprement dites.

A. TROUBLES PSYCHIQUES ÉLÉMENTAIRES. — Ce serait se répéter que de décrire en détail les modifications d'idées, de caractère et de sentiments, les perversions psychiques qu'on observe dans le sexe féminin à l'époque climactérique ; elles sont en effet analogues à celles de la puberté et de la menstruation.

Signalons simplement comme particularités intellectuelles plus spéciales peut-être à l'âge critique : 1° l'*irritabilité*, l'humeur difficile et acariâtre ; 2° le *mysticisme* avec dévotion excessive et actes d'exaltation religieuse, moins fréquent et moins marqué cependant qu'à la puberté ; 3° l'*érotisme*, étudié par divers auteurs, notamment par LOUYER VILLERMAZ, GUÉNEAU DE MUSSY, BRIERRE DE BOISMONT, MOREL, RICARD, PAUL GARAT (de Bayonne), etc., et qui se traduit par des inclinations amoureuses, des passions parfois platoniques et mystiques, mais aussi par une excitation génitale, une nymphomanie, une salacité tout à fait extraordinaires et en désaccord complet avec la pudeur, la réserve et la retenue antérieures ; 4° la *jalousie*, tenace, tracassière, persécutrice, mêlée le plus souvent à de l'érotisme, à des idées de persécution, à des symptômes hystériformes, tout à fait caractéristiques ; 5° l'*hypocondrie*, portant principalement sur les fonctions génitales et liée le plus souvent à un état neurasthénique.

Citons encore les *obsessions* et *idées fixes* de doute, de scrupule, les *phobies impulsives*, enfin les *impulsions* conscientes et plus ou moins irrésistibles à la coprolalie, à la *dipsomanie*, au vol, à l'homicide, à l'incendie, au suicide.

Les troubles psychiques élémentaires dus à la ménopause ne sont pas exclusifs à la femme ; ils existent aussi chez l'homme, qui a, comme elle, son âge critique vers cinquante ans.

SKAE qui les a signalés dans le sexe masculin, donne, parmi les plus fréquents : l'appréhension constante, la peur d'un malheur quelconque, le souci de la damnation, la tendance au suicide, c'est-à-dire les états neuro-psychopathiques de doute, de crainte, d'anxiété. BOMBARDA qui a également insisté sur les

troubles psychiques de la « ménopause virile », mentionne surtout le changement de caractère, les excès de boisson, l'inconduite, la débauche, l'hypocondrie neurasthénique obsédante et tenace, la jalousie sauvage, presque délirante, enfin les attachements amoureux, platoniques ou non, mais passionnés, impérieux, dominateurs, devant lesquels tout s'efface et disparaît, ainsi que les perversions sexuelles (sadisme, masochisme, exhibitionnisme, pœdophilie, etc.) Ces troubles sont évidemment favorisés par la prédisposition héréditaire, les excès d'alcool et de tabac, la syphilis, l'artério-sclérose.

B. PSYCHOSES. — Les psychoses de la ménopause ont été surtout étudiées par SKAE, KRAFFT-EBING, B. BALL, GUMBAIL, SAVAGE, AUVARD, BEYER, etc. Elles seraient, d'après ces auteurs, de type clinique très variable. Sur 60 cas, KRAFFT-EBING avait observé : 4 mélancolies, 1 folie circulaire, 1 délire aigu, 42 formes aiguës, 12 démences paralytiques. GUMBAIL, sur 21 cas relatés dans sa thèse, note : 13 folies générales aiguës ou subaiguës, la plupart à expression mélancolique, 4 délires partiels et chroniques d'emblée avec hallucinations de l'ouïe, 4 folies névropathiques avec prédominance de l'élément nerveux hypocondriaque. SAVAGE, à son tour, sur 54 cas, a trouvé : 10 cas de manie, 32 cas de lypémanie, et 7 de délire systématisé.

De tels résultats, vagues et contradictoires, viennent de ce que ces statistiques portent indistinctement sur l'ensemble des cas de psychoses observés à l'époque de la ménopause et ne distinguent pas, sous des rubriques spéciales, d'importantes formes cliniques, actuellement isolées. En réalité, il faut séparer ici les *psychoses climatériques proprement dites*, vraiment dues à la ménopause, et les psychoses quelconques, survenant simplement à l'époque et à l'occasion de l'âge critique, et plus ou moins indirectement influencées par lui.

Parmi ces dernières, nous citerons principalement le *délire systématisé de persécution*, qui revêt très fréquemment à cet âge la forme jalouse, érotique, mystique et s'accompagne d'hallucinations génitales, de viol, de possession sexuelle, de fausse grossesse, de zoopathie interne, etc., et la *paralysie générale*

qui fut longtemps considérée pour ce motif, chez la femme, comme une maladie de la ménopause.

Les psychoses climatériques proprement dites se présentent d'habitude sous forme de *psychose aiguë, mélancolie anxieuse* ou *confusion mentale* sous l'une quelconque de ses variétés : *simple, délirante, hallucinatoire, stupide, délire aigu*.

Quelle qu'elle soit, cette psychose survient non pas à un moment quelconque de l'évolution ménopausique, mais au moment et sous l'influence plus directe d'un incident génital, tel que : premières cessations de règles, hémorragie abondante, attaque hystériforme, manifestations douloureuses ou pathologiques du côté des organes utéro-ovariens, etc.

Presque toujours aussi cette psychose s'accompagne de certaines particularités symptomatiques révélant son origine ménopausique : *délire mystique* ou *érotique, hallucinations extatiques* ou *terribles, langage* et *actes obscènes, troubles névropathiques* et *vaso-moteurs*, etc.

2° Pronostic. — Les psychoses ménopausiques proprement dites, les seules dont nous ayons à nous occuper ici, ont un pronostic relativement favorable, surtout lorsqu'elles se traduisent par un accès aigu de confusion mentale délirante ou hallucinatoire. Il est moins bon, lorsqu'il s'agit de stupeur, de délire aigu ou de mélancolie anxieuse, cet état pouvant entraîner la mort ou conduire à la chronicité.

Les troubles psychiques simples, en particulier les idées fixes, la jalousie, les impulsions sont également d'un pronostic plus fâcheux.

Les complications somatiques, locales et générales, telles que l'anémie, l'état congestif, les hémorragies, les maladies viscérales aggravent nécessairement encore, lorsqu'elles existent, ce pronostic.

3° Étiologie et pathogénie. — Nous pouvons répéter une fois encore ce que nous avons dit dans les articles précédents, à savoir que l'étiologie véritable est ici, non plus la sympathie, mais l'auto-intoxication, s'effectuant par le même mécanisme, ou par l'intermédiaire de la glande thyroïde (dysthyroïdie pubé-

rale et ménopausique de DUPRÉ et PAGNIEZ) et agissant parfois sur d'autres organes tels que le rein (LE GENDRE).

Toutes les causes qui peuvent troubler l'évolution ménopausique, l'avancer, la retarder, la rendre difficile, longue et douloureuse, par cela même qu'elles augmentent la tendance à l'auto-intoxication de l'organisme, doivent favoriser la production des troubles psychiques.

Bien entendu, il faut toujours tenir compte des prédispositions héréditaires, des maladies antérieures, de l'état des diverses fonctions, en particulier de l'état du système nerveux et artériel, des shocks physiques et moraux, etc.

Les hommes, nous l'avons vu, ont leur âge critique et peuvent en subir cérébralement l'influence. Mais chez eux les choses se bornent presque toujours aux troubles psychiques plus ou moins élémentaires que nous avons signalés. Les psychoses de la ménopause sont donc, en réalité, beaucoup plus fréquentes et beaucoup plus intenses chez la femme, comme toutes les psychoses génitales, ce qui s'explique à la fois par la vulnérabilité plus grande de son système nerveux, et aussi, si le fait est réel, par la toxicité plus marquée de ses glandes génitales.

4° Traitement. — Même traitement que celui des psychoses menstruelles. La médication ovarienne, en particulier, peut être très efficace, notamment lorsqu'il s'agit de ménopause prématurée ou dysménorrhéique. Le suc testiculaire pourrait être de même utilisé chez l'homme, surtout contre les troubles psychiques à forme dépressive de l'âge critique.

§ 4. — GROSSESSE, ACCOUCHEMENT, LACTATION (PSYCHOSES PUERPÉRALES)

Ce paragraphe comprendra successivement : 1° les généralités relatives aux psychoses puerpérales ; 2° la psychose de la grossesse ; 3° la psychose puerpérale proprement dite ; 4° la psychose de la lactation.

A) GÉNÉRALITÉS

Les psychoses puerpérales ont été longtemps regardées comme

des folies, des vésanies ordinaires, développées sur un fond d'hérédité, de dégénérescence, sous l'influence occasionnelle d'une des phases de la fonction de la maternité. C'est là l'opinion soutenue par MARCÉ (1858), par BOUDRIE (1878), par MAGNAN et ses élèves, GARCIA RUIO (1879), M^U^C DE GORSKY (1888) et même par P. CASTIN (1899).

Mais déjà de nombreux observateurs, surtout à l'étranger, signalaient l'influence prépondérante de l'intoxication et de l'infection dans la psychose puerpérale et dans la psychose éclamptique. Citons parmi eux : LEIDESDORF (1872), HOLM (1874), FURSTNER (1875), D. FRASER (1883), CAMPBELL CLARK (1887-1888), HANSEN (1888), ERNST MEYER (1888), SAVAGE (1888), KRAMER (1889), OLSHAUSEN (1891), etc.

En France, plusieurs élèves de PIERRET, à Lyon, tels que E. FAURE (1890), EVROT (1894), SERRIGNY (1896), mettaient également en lumière, expérimentalement et cliniquement, l'origine infectieuse de la psychose puerpérale.

Cette origine fut rapidement admise par la plupart des accoucheurs, BAR, PORAK, DOLÉRIS, MAYGRIER, etc., bien placés pour la constater, et c'est à l'instigation de BAR, son maître, que LALLIER publia, en 1892, sa remarquable thèse sur « la folie puerpérale dans ses rapports avec l'éclampsie et les accidents infectieux des suites de couches », dans laquelle il faisait une excellente mise au point de la question.

Depuis, la notion du caractère toxique, infectieux de la psychose puerpérale n'a fait que s'affirmer de plus en plus, et tend même à s'étendre à la psychose de la lactation et à nombre de cas de psychoses de la grossesse, phases dans lesquelles l'organisme est également en état d'auto-intoxication réalisée ou toujours imminente (BOUFFE DE SAINT-BLAISE 1898-1899, BARACOFF-DIMITRE 1902, CHARRIN et VITRY 1904, etc.).

1° Fréquence. — Il est difficile de préciser exactement quelle peut être la fréquence des psychoses puerpérales prises en bloc. La plupart des aliénistes admettent que la proportion est de 1 sur 400, 700 et même 1.100 naissances (MENZIES, ROBERT JONES, etc.) Mais ces chiffres sont évidemment beaucoup

trop faibles, les psychoses puerpérales suivies d'internement ne représentant pas, il s'en faut, la totalité des cas. Une statistique plus exacte, bien qu'encore incomplète, est celle des Maternités, qui donne une moyenne de 1 psychose puerpérale sur environ 200 accouchements. Les résultats varient essentiellement, du reste, suivant les milieux.

On a des données plus certaines sur la fréquence comparative des trois variétés de psychoses puerpérales.

En réunissant les faits produits par certains des plus récents observateurs et qui constituent un ensemble de 717 cas, nous relevons : psychose de la grossesse, 122; psychose puerpérale, 399; psychose de la lactation, 196.

La psychose puerpérale proprement dite est donc deux fois plus fréquente que la psychose de la lactation et quatre fois plus fréquente que la psychose de la grossesse.

2° Age, état civil, primiparité, multiparité. — La question de l'âge ne paraît pas jouer un rôle important. MENZIES a trouvé comme âge moyen chez ses malades : pour la psychose de la grossesse, trente et un ans et demi ; pour la psychose puerpérale, vingt-huit ans et demi ; pour la psychose de la lactation, trente et un ans et demi.

La proportion des *filles mères*, sur l'ensemble des femmes atteintes de psychoses puerpérales, est de 9 p. 100 (ASCHAFFENBURG), de 12 p. 100 (MENZIES). Mais tandis que cette proportion est de 2 à 3 p. 100 seulement dans la psychose de la lactation et de 8 p. 100 dans la psychose puerpérale, elle est de 20 à 25 p. 100 dans la psychose de la grossesse (ROBERT JONES, MENZIES).

On compte dans les psychoses puerpérales 25 p. 100 de *primipares* (MENZIES). Elles existent surtout dans la psychose de la grossesse. Les *multipares* sont, au contraire, très nombreuses dans la psychose de la lactation où MENZIES en a trouvé 23 p. 100 ayant eu de 3 à 7 enfants.

3° Étiologie, accès antérieurs. — L'hérédité est indiquée en proportion variable par les auteurs : 80 fois sur 100 par ASCHAFFENBURG, 50 fois sur 100 par ROBERT JONES, 25 fois sur

100 par MENZIES qui la relève séparément 26,6 fois sur 100 dans la psychose de la grossesse, 18,7 fois sur 100 dans la psychose puerpérale, 30,4 fois sur 100 dans la psychose de la lactation.

Ce qui domine dans l'hérédité c'est, en premier lieu, l'alcoolisme des parents, puis le suicide, l'épilepsie, l'hystérie, la tuberculose. J'ai constaté personnellement dans certains cas, l'hérédité similaire, c'est-à-dire l'existence chez la mère de la malade, comme chez celle-ci, de la psychose puerpérale.

Les autres causes indiquées par les auteurs sont : les excès, les émotions subites et violentes, les chagrins, les difficultés du travail, le rhumatisme, les affections cardiaques, surtout mitrales, la grippe, la pleurésie, le goitre exophtalmique, la néphrite, la syphilis, l'épuisement, les hémorragies.

Pour ASCHAFFENBURG, le nombre et le rapprochement des grossesses est sans importance. Cela ne paraît pas tout à fait exact, surtout en ce qui concerne la psychose de la lactation, sur laquelle influent nettement les grossesses répétées et les lactations prolongées.

MENZIES a trouvé que 27 p. 100 de ses malades atteintes de psychose de la grossesse avaient présenté des *accès antérieurs*, toujours sous forme de psychose puerpérale ; dans deux cas même il existait deux accès antérieurs, le premier de la lactation, le second puerpéral. 20 p. 100 de ses malades atteintes de psychose de couches avaient eu également des accès, dont deux seulement de psychose puerpérale. Enfin 28,2 p. 100 de ses malades atteintes de psychose de la lactation avaient eu des accès antérieurs, tous liés à la fonction de reproduction, dont 8 puerpéraux, 4 de la lactation et 1 de la grossesse.

4° Formes cliniques. — La plupart des auteurs ont constaté que les psychoses puerpérales se manifestaient sous des formes cliniques variées, et qu'il n'existait pas, par suite, de type spécifique de psychose puerpérale.

Certains cependant signalent comme symptômes plus particulièrement fréquents dans ces psychoses : les idées érotiques et mystiques, la tendance au suicide et à l'infanticide, les accidents hystériques.

Mais le point sur lequel tous paraissent être d'accord, c'est la fréquence de l'obtusion, de la torpeur, du délire hallucinatoire, des phénomènes aigus, en un mot de la *confusion mentale*, surtout dans la psychose puerpérale proprement dite.

L'albuminurie, signalée par ROBERT JONES comme rare, lui paraît d'un pronostic grave. Nous verrons plus loin qu'il n'en est pas ainsi.

5° Curabilité. — On est d'accord sur la grande curabilité des psychoses puerpérales, qui est évaluée à 80 p. 100 des cas (ASCHAFENBURG, LEVAN-BEVIS). Au point de vue de la curabilité comparative, SAVAGE la fixe de 75 à 80 p. 100 pour la psychose puerpérale, à 80 p. 100 pour la psychose de la lactation. ROBERT JONES a trouvé pour sa part, comme guérison : psychose de la grossesse 48 p. 100 ; psychose puerpérale 73 p. 100 ; psychose de la lactation 60 p. 100. MENZIES, s'appuyant sur ses propres observations, arrive à des résultats à peu près identiques et trouve comme guérison : psychose de la grossesse 43 p. 100 ; psychose puerpérale 75 p. 100, psychose de la lactation 56 p. 100.

Il suit de là, d'une part que les psychoses puerpérales prises en bloc guérissent fréquemment, d'autre part que l'aptitude à la guérison, différente pour les trois variétés, s'établit de la façon décroissante suivante : psychose puerpérale, psychose de la lactation, psychose de la grossesse. En principe, les types et les cas les plus curables paraissent être ceux qui sont le plus en rapport avec une étiologie toxique ou infectieuse.

B) PSYCHOSE DE LA GROSSESSE

Certaines femmes, débiles ou nerveuses, ne se portent jamais mieux que durant leurs grossesses ; d'autres, en grand nombre, sans devenir aliénées, présentent pendant ce temps des troubles névropathiques ou intellectuels plus ou moins marqués. Il est à peine besoin de rappeler ces *envies*, ces désirs extravagants, ces dépravations de l'appétit, cette irritabilité, cette exaltation religieuse ou sexuelle, cette impulsivité, en particulier cette tendance au vol, que l'on observe fréquemment chez les femmes pendant l'état de gestation.

La psychose de la grossesse affecte deux types bien distincts, suivant qu'elle est due à la prédisposition vésanique ou à l'intoxication.

1° Vésanie dans la grossesse. — La vésanie, dans la grossesse, se manifeste sous la forme d'une folie classique, en particulier par un *accès de manie* et surtout de *mélancolie* qui survient à un moment quelconque de la gestation sous l'influence occasionnelle de causes morales.

Son début est graduel. Lorsqu'il s'agit de mélancolie, ce qui a lieu le plus habituellement, c'est tantôt de la *dépression mélancolique simple*, sans délire, tantôt de la *mélancolie délirante*, avec idées de culpabilité, d'indignité, de défiance, de jalousie, mais principalement de mysticisme et d'érotisme, accompagnées ou non d'hallucinations.

L'évolution de la grossesse et sa terminaison n'ont pas sur ce type vésanique de psychose une action bien marquée, et il n'est pas rare, notamment dans le cas de mélancolie délirante et hallucinatoire et de délire à tendance systématisée, de la voir persister après l'accouchement.

En somme, il s'agit là plutôt d'une folie ordinaire développée, chez les prédisposées, à l'occasion de la grossesse, que d'une psychose de la grossesse proprement dite.

2° Psychose de la grossesse. — Toute autre est la psychose de la grossesse. Ici, l'hérédité vésanique est absente ou à l'arrière plan. La *cause* réelle, fondamentale, est dans l'intoxication de l'organisme provoquée soit par l'état de grossesse lui-même, soit par une de ses complications. C'est dire que les causes adjuvantes sont : l'anémie, la fatigue, le mauvais fonctionnement des grands viscères, les maladies toxiques ou infectieuses, les émotions violentes, etc...

Contrairement à la vésanie, la psychose toxique de la grossesse survient à des moments déterminés de la gestation, correspondant aux phases maxima des troubles de la nutrition : dans le premier mois, dans les deux derniers, mais surtout du quatrième au sixième.

D'habitude le *début* est rapide, parfois même brusque. Il se

manifeste par une crise de *délire hallucinatoire* bruyant, précédé ou accompagné dans certains cas d'accidents hystérisiformes. Suivant le degré d'acuité de la crise, le désordre et la confusion des idées sont plus ou moins marqués; il y a de l'agitation, de l'érotisme, de l'obscénité, des hallucinations terrifiantes ou célestes, des attitudes théâtrales, de l'extase, des erreurs d'identité de personnes, du délire systématisé aigu ou au contraire incohérent, des actes extravagants, violents, de la tendance aux impulsions et en particulier aux impulsions sexuelles et suicides.

La *durée* et la *terminaison* de cet état sont variables. Le plus souvent cependant il *guérit* soit avant l'accouchement, soit au moment de l'accouchement.

3° Diagnostic. — On voit que les deux types de psychoses de la grossesse sont sensiblement différents l'un de l'autre, à tous les points de vue; aussi convient-il de les *distinguer* dans la pratique, c'est-à-dire de se demander, dans chaque cas, s'il s'agit d'une *vésanie* ou d'une *psychose toxique*. Le plus souvent la distinction sera facile et le traitement pourra, par suite, être précisé. Parfois, cependant, on se trouvera embarrassé: en présence, par exemple, de malades qui offriront simultanément ou successivement des symptômes de *psychose toxique* et de *psychose vésanique*. En principe, il faut, ici comme ailleurs, se défier de ces cas dans lesquels on voit un *délire toxique* s'associer ou tourner à un *délire vésanique*, et réserver le *pronostic*.

De façon générale, la *psychose de la grossesse*, surtout dans sa forme *vésanique*, n'exerce par elle-même, et en dehors des actes nuisibles qu'elle peut engendrer, aucune influence fâcheuse sur la *gravité*. Dans certains cas tout à fait exceptionnels, le trouble mental est si menaçant vis-à-vis de l'état de grossesse, que la question peut se poser de la nécessité d'un accouchement provoqué. On comprend qu'une telle solution ne peut être adoptée et réalisée qu'à la suite d'une mûre et sérieuse consultation.

C) PSYCHOSE PUERPÉRALE PROPREMENT DITE

1° Étiologie. — La *psychose puerpérale* proprement dite ou des suites de couches est presque unanimement considérée

aujourd'hui non plus comme une *vésanie* due à l'hérédité ou à la *dégénérescence*, mais comme une *psychose infectieuse* ou *toxique*.

Les preuves étiologiques, expérimentales, cliniques et thérapeutiques accumulées dans les dernières années ne laissent plus guère de doute à cet égard. Aussi comme l'a fort bien dit SIEGENTHALER, de Bâle (1898), il faudra désormais s'efforcer de fixer le type symptomatique des psychoses puerpérales suivant la nature bactériologique ou toxémique de l'infection, cette infection pouvant être soit puerpérale, soit non puerpérale, ou, suivant l'expression de PICQUÉ et PRIVAT (1904), utérine ou extra-utérine.

Quant à l'agent d'infection, il varie peut-être, mais il est probable que, dans la plupart des cas de *psychose puerpérale* aiguë, on doit avoir affaire au *streptococcus pyogenes* déjà cultivé, en 1890, dans cette maladie, par COURMONT, à la clinique de PIERRET, et qui est identique aux streptocoques puerperalis et erysipelatus.

Il faut tenir compte aussi dans l'étiologie de la *psychose puerpérale*, de l'action des auto-intoxications secondaires, notamment de l'insuffisance hépatique (P. VERGELY, A. DUPOUY), et aussi, d'après ce dernier auteur (1904), de la toxémie par insuffisance thyroïdienne, ovarienne, etc.).

2° Début. — La *psychose puerpérale* peut apparaître à un moment quelconque de la période des suites de couches, soit immédiatement après l'accouchement, ce qui est rare, soit, ce qui est le plus fréquent, dans la première et dans la deuxième semaine. Le maximum de fréquence paraît être du sixième au dixième jour.

Tantôt son apparition a été précédée les jours d'avant ou même dès le temps de la grossesse par certaines singularités qui avaient déjà attiré l'attention sur la mentalité de la malade; cela a lieu de préférence chez les déséquilibrées, les hystériques, les alcooliques, les albuminuriques. Tantôt, et le plus souvent, le trouble mental survient brusquement, après quelques prodromes tels que: état saburral, constipation, fièvre, énervement, rêvasseries et surtout *céphalée*, qui fait rarement défaut, nous le savons.