

Les psychoses avec excitation ou dépression, les psychoses avec excitation et dépression alternantes ne remplissent pas à elles seules le cadre des psychoses aiguës. Il en existe d'autres encore, dénommées diversement par les psychiatres, et dont l'une d'elles, au moins, mérite d'être citée brièvement ici, c'est la *confusion mentale primitive*, confondue anciennement avec la mélancolie et appelée encore *démence aiguë*, *stupeur primitive*. Il importe de distinguer cette psychose, qui paraît être une entité morbide bien définie (Delasiauve), d'avec les confusions symptomatiques.

Provoquée habituellement par un choc nerveux intense (émotions, traumatisme), par une maladie infectieuse, l'accouchement, etc., elle paraît pouvoir être rattachée par ses causes aux psychoses d'origine toxique (auto-intoxication) ou infectieuse; la psychose polynévritique n'est sans doute qu'une modalité de la confusion mentale. Quoi qu'il en soit, elle est essentiellement caractérisée par l'anéantissement de toutes les fonctions intellectuelles coïncidant avec un état de *déchéance physique* profonde. Il existe des troubles digestifs intenses, de la fièvre, un amaigrissement considérable, etc.

La confusion peut guérir; mais elle peut aussi se terminer par la *démence définitive* et la mort.

Beaucoup de médecins sont encore imbus de cette idée erronée que les psychoses sont incurables et que l'internement est la seule ressource dont on puisse disposer à l'égard d'un aliéné. En réalité, l'internement est une mesure qui permet de traiter l'aliéné dans les meilleures conditions. Le médecin peut, dans un grand nombre de cas, contribuer puissamment à diriger le malade vers la guérison en le soustrayant aux causes susceptibles de prolonger la durée de l'accès, en employant les moyens physiques et aussi médicamenteux propres à l'enrayer, enfin en évitant les complications redoutables qui surviennent si fréquemment au cours des psychoses aiguës : telles que pneumonie, érysipèle, etc. Les statistiques démontrent péremptoirement l'efficacité d'un traitement rationnel appliqué aux psychoses aiguës : les cas de guérison ne seraient pas moindres que 60 pour 100.

A. — *Traitement des psychoses aiguës avec excitation : manie et états maniaques.*

La première mesure à prendre à l'égard d'un maniaque est l'*isolement*. Si celui-ci peut être à la rigueur pratiqué dans le milieu familial, quand on a à sa disposition une vaste demeure (hôtel particulier), des gardes expérimentés, il faut bien constater que, dans l'immense majorité des cas, ces conditions ne peuvent être réalisées et que l'*internement dans un asile* s'impose. D'ailleurs, l'intensité des manifestations délirantes est telle en général que les membres de la famille sont les premiers à réclamer cet internement.

Rappelons que le *certificat médical* nécessaire pour l'admission dans un asile doit mentionner le diagnostic exact de la psychose, la description détaillée des symptômes, des actes dangereux pour le malade ou pour son entourage, commis sous l'influence du délire. Ce certificat doit être établi sur papier timbré (sauf pour les indigents) et légalisé à Paris, par le commissaire de police du quartier où réside le médecin, dans les départements, par le maire de la commune (loi du 30 juin 1858).

L'internement est nécessaire dans la manie simple, primitive, qui peut durer plusieurs mois; dans les accès maniaques intermittents des dégénérés; il peut être évité, dans les conditions citées plus haut, chez les épileptiques, les alcooliques atteints de manie transitoire et rapidement curable; chez un dément sénile qui retombe plus ou moins vite dans son état de *démence*.

Il est important de ne pas retarder l'internement, dans l'attente chimérique d'un brusque changement dans l'état du dément. Plus on agit vite et plus augmentent les chances de guérison, le milieu familial étant pour le malade un foyer constant d'excitation vésanique auquel il importe de le soustraire le plus vite possible. Il est facile de constater la transformation rapide qui se produit chez le maniaque dès sa transplantation dans un nouveau milieu.

Internement n'est plus, fort heureusement pour les déments, synonyme d'isolement cellulaire; celui-ci est remplacé aujourd'hui par l'*alitement* dont les heureux résultats ne sont plus à démontrer, depuis son emploi systématique par Guislain, à l'asile de Gand (1852). Sans doute dans certains cas, notamment chez les maniaques épileptiques dont les accès de fureur peuvent être particulièrement dangereux, il peut être nécessaire de mettre, temporairement, le malade en cellule; mais la séquestration ne doit être qu'un moyen d'exception et l'on en réduira la durée au minimum.

Le séjour au lit, tout au moins au début, est difficile à obtenir d'une façon permanente. On parvient cependant à maintenir le malade au lit, avec des moyens de douceur, à l'exclusion de toute contrainte mécanique (camisole de force, entraves). On s'efforcera de persuader au malade qu'il a de la fièvre, qu'il est atteint d'une affection aiguë nécessitant le repos au lit. Souvent il suffit que le garde tienne la main du maniaque, pour l'empêcher de se lever. Dans certains cas, chez les paralytiques généraux par exemple, on peut aisément, en amusant le malade, en lui prêtant un jeu, un journal..., faire diversion à l'agitation qui le pousse à se lever. Sans doute, au lit, le maniaque continue à s'agiter, il jette son oreiller, repousse ses couvertures, mais tout en étant agité, il finit par ne plus quitter le lit: en tout cas, se recouche promptement sur une simple injonction. Si, cependant, l'agitation maniaque est trop vive, il est inutile de chercher à maintenir le malade; on le laissera se lever, puis, quand il sera un peu apaisé, on le ramènera au lit par la douceur. Le soir, l'emploi des hypnotiques, tout au moins au début, facilitera le maintien au lit. Dans les asiles, on dispose de lits bas, dont les matelas reposent directement sur le sol et dont les parois élevées d'au moins un mètre sont capitonnées. Cette disposition favorise le maintien de l'alitement. Ajoutons que l'emploi méthodique des bains prolongés contribue puissamment à faciliter l'alitement. Celui-ci d'ailleurs ne doit pas être rigoureusement permanent. Le malade se lèvera pour satisfaire ses besoins et pour prendre ses bains; et, de plus, pour passer quelques instants, en plein air, dans le jardin. Une large aération est nécessaire pour le relèvement des forces, le maintien de l'appétit.

Enfin, les rigueurs de l'alitement seront mitigées au fur et à mesure que l'amendement des troubles psychiques deviendra de plus en plus marqué. On permettra au malade de rester étendu sur une chaise longue, de prendre ses repas à table, de rester levé deux ou trois heures dans l'après-midi.

La durée de l'alitement ne peut être évidemment précisée, puisque ce moyen de traitement s'applique à des états morbides dont la durée elle-même est imprécise. En tout cas, l'alitement permanent ne doit pas être inférieur à quelques semaines.

Les effets physiologiques du repos au lit sont trop connus pour qu'il y ait lieu d'y insister. On sait que l'alitement modère et régularise les fonctions