

## CHAPITRE II TRAITEMENT

La thérapeutique psychiatrique comprend : 1° le traitement prophylactique ou préventif ; 2° le traitement direct ou curatif.

### § 1. — TRAITEMENT PRÉVENTIF

Le traitement préventif consiste à prévenir la folie chez les individus qui y sont prédisposés. On ne saurait formuler de règles précises à son égard : il consiste surtout dans les ressources d'une saine hygiène et d'une direction morale prudente.

Veiller, d'une façon spéciale, sur l'enfance des prédisposés, les conduire avec fermeté et douceur, ne pas les gêner, les éloigner d'un travail intellectuel excessif, retarder leurs études, d'autant qu'ils sont souvent d'une précocité surprenante ; combattre leurs mauvaises tendances et leurs mauvais instincts, leurs passions naissantes ; leur donner de préférence la vie calme et tranquille des campagnes, autant que possible hors de leur propre demeure, leur faire faire des exercices physiques, leur éviter les émotions morales violentes ; plus tard les prémunir contre les premiers entraînements passionnels, contre les excès, l'existence irrégulière, la débauche ; les placer à l'étranger dans un milieu familial bien choisi ; les diriger vers le service militaire ou le leur épargner, suivant qu'ils sont ou non susceptibles de se discipliner ; veiller attentivement, chez les femmes, à l'évolution des grands événements de la vie génitale : puberté, menstruation, grossesse, ménopause ; enfin, pour atténuer autant que possible les fâcheux effets de la dégénérescence, interdire certaines unions et favoriser les croisements heureux : tels sont les principes généraux qui doivent guider

dans le traitement préventif de la folie. Chaque cas, d'ailleurs, comporte des indications spéciales, dont il faut tenir compte.

### § 2. — TRAITEMENT CURATIF

Nous diviserons les agents du traitement curatif en *agents généraux* et en *agents spéciaux*.

#### A. — AGENTS GÉNÉRAUX (ISOLEMENT)

Les agents généraux de la thérapeutique psychiatrique se résument dans la méthode comme sous le nom d'*isolement*.

L'isolement consiste à soustraire le malade à son entourage habituel, au contact des personnes et des choses qui lui sont familières, au milieu dans lequel il vit, où son mal a pris naissance et s'est développé. Rien n'est pire que le maintien de l'aliéné dans sa propre demeure et la continuation de son existence au milieu des siens. Il y a là, d'un côté, l'influence de la famille sur le malade, influence fâcheuse qui empêche ou retarde la guérison ; de l'autre, l'influence du malade sur sa famille, influence non moins funeste et quelquefois même dangereuse lorsqu'il existe des enfants ou des adolescents. D'autre part, il faut tenir compte des dangers que l'aliéné peut faire courir, soit à lui-même, soit à la société, et contre lesquels sa situation dans la famille n'offre que des garanties tout à fait insuffisantes. En résumé, l'isolement est à la fois une mesure de sécurité et un puissant moyen de traitement.

L'isolement peut être pratiqué à l'hôpital, dans un établissement spécial d'aliénés, une colonie agricole ou une famille étrangère, dans un établissement pour psycho-névroses ou un institut hydrothérapique, dans une maison de campagne. Le voyage est également un moyen d'isolement.

**1° Hôpital.** — Esquirol, le grand promoteur de l'isolement dans les asiles, avait déjà fait remarquer que cette mesure n'était pas applicable à tous les sujets atteints de psychopathie, notamment à ceux dont le trouble mental tenait à une maladie fébrile. « Tout individu qui a du délire, disait-il, ne doit pas



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

Ces réflexions d'ESQUIROL sont absolument justes. Malheureusement l'erreur qu'il signalait est encore possible de nos jours, ainsi que nous l'avons vu au chapitre des infections aiguës. Cela vient de la hâte mise le plus souvent à envoyer dans les asiles tout délirant, même aigu, et aussi, il faut bien le dire, de l'absence de lieu d'observation préalable pour cette catégorie de sujets. Aussi réclame-t-on, dans tous les pays et de tous côtés, des salles spéciales d'isolement dans les grands hôpitaux, et le Congrès des aliénistes et neurologistes français, se faisant l'interprète autorisé de ce desideratum général, a émis en 1901 le vœu suivant : « Il est désirable qu'il soit créé dans les hôpitaux des salles d'isolement pour l'observation des malades délirants ou agités et que ces malades ne soient transférés dans les Asiles qu'après aliénation mentale confirmée. » Aujourd'hui cette lacune est déjà comblée dans un certain nombre d'hôpitaux à l'étranger.

En France, Bordeaux a donné l'exemple en créant en 1902, à Saint-André, un service d'isolement de délirants dont l'administration a bien voulu me charger et qui, tout en permettant une observation attentive de ces malades, est pour moi le plus précieux des éléments d'enseignement. Plus récemment un service analogue a été organisé à l'Hôtel-Dieu de Paris et confié au professeur agrégé GILBERT BALLEZ, sans parler de celui du professeur DÉJÉRINE, où se pratique l'isolement, en ce qui concerne plus spécialement les psychonévroses.

On va même aujourd'hui jusqu'à plaider en faveur « d'hôpitaux ouverts » pour aliénés aigus (TOULOUSE, A. MARIE, 1904, 1905). Dans quels cas doit-on surseoir au placement d'un délirant

dans un asile d'aliénés pour l'observer et au besoin le traiter à l'hôpital, c'est-à-dire comment en principe éviter l'erreur, signalée par ESQUIROL et tant d'autres, d'interner un malade au début d'une fièvre typhoïde, d'une pneumonie, d'une grippe, ou simplement atteint d'un délire toxique transitoire ?

Je ne saurais mieux répondre qu'en reproduisant ici les conclusions d'un travail de VIALON, élève de PIERRET, sur les inconvénients et les dangers de l'internement chez les délirants avec états physiques graves :

« 1° Nécessité absolue pour le médecin, avant de délivrer un certificat concluant à l'internement, de rechercher si le délire n'est pas provoqué par une maladie aiguë infectieuse ;

2° Différer toujours l'internement si le malade a de la fièvre, de l'albumine, s'il présente de l'asystolie ou tout autre trouble organique grave, s'il est dans un état cachectique avancé ;

3° Redoubler surtout de prudence dans les cas de confusion mentale hallucinatoire avec agitation nocturne ;

4° Être très réservé quand il s'agit de l'internement des séniles qui, le plus souvent, sont atteints de lésions organiques graves et dont plusieurs ne délirent qu'à la suite de lésions pulmonaires, cardio-vasculaires et rénales ;

5° S'il nous était permis de formuler un desideratum, nous demanderions qu'il soit créé en dehors de l'asile, à l'hôpital par exemple, comme l'a demandé M. RÉGIS au Congrès de Limoges à propos du délire aigu, un service d'admission où seraient retenus tous les délirants fébriles, tous les intoxiqués, les cachectiques séniles, malades ne pouvant être gardés dans leurs familles. On éviterait ainsi à ces malheureux, curables à brève échéance ou destinés à une mort prochaine, un internement toujours préjudiciable à eux ou à leur descendance. »

**2° Établissement spécial d'aliénés.** — Lorsqu'il s'agit non plus d'un délirant symptomatique, mais d'un véritable aliéné, l'isolement doit, en principe, avoir lieu dans un établissement spécial, *asile public* ou *maison de santé particulière* et, dans la grande majorité des cas, c'est à cette mesure qu'il faut avoir recours, parce qu'elle est préférable à toute autre.



L'établissement d'aliénés, « cet instrument de guérison », comme l'appelait Esquirol, réunit en effet toutes les conditions du traitement des malades en vue desquels il est construit. Là, l'aliéné subit spontanément, dès son entrée, les effets salutaires d'une organisation appropriée, d'une bonne hygiène, d'une règle fixe, d'une discipline, d'une hiérarchie dont il a constamment des exemples sous les yeux, en même temps qu'il se trouve soumis à une surveillance active et placé entre les mains de médecins spéciaux, expérimentés, plus à même que personne de diriger d'une façon rationnelle le traitement de son affection.

A. OPPORTUNITÉ DE L'INTERNEMENT. — Les formalités relatives au placement des aliénés dans les établissements spéciaux seront indiquées en détail dans le chapitre suivant, consacré à ces établissements et à la législation qui les régit. Nous indiquons simplement ici les considérations principales qui doivent intervenir, chez le praticien, dans l'appréciation médicale de l'opportunité de l'internement. Ces considérations sont les unes relatives au *malade*, les autres à la *maladie*.

a. *Malade*. — Parmi les *considérations relatives au malade*, il faut retenir principalement celles qui concernent sa *situation vis-à-vis de sa famille*, et surtout sa *position sociale*. Si l'aliéné n'a pas de parents qui lui soient réellement attachés, s'il est seul, ou livré à un entourage indifférent ou mercenaire, il est évident que, quel que soit son état, son placement dans un établissement spécial s'impose, comme la mesure la plus favorable au traitement de son affection. D'autre part, s'il appartient à la classe moyenne ou à la classe pauvre, force est aussi, le plus souvent, même en dehors de toute autre considération, de conclure au placement dans un asile. Ici, en effet, l'aliéné est un embarras, une charge pour ses parents, qui, occupés d'habitude à un travail journalier, se trouvent dans l'impossibilité de le surveiller, de le soigner efficacement, et qui d'ailleurs, dénués de ressources, ne peuvent subvenir aux frais considérables que nécessite un traitement méthodique à domicile. Dans la classe riche, au contraire, la condition sociale de l'aliéné peut se

prêter aux exigences du traitement au dehors, lorsque, toutefois, il est possible.

b. *Maladie*. — Les *considérations tirées de la maladie* sont surtout relatives à son *degré de curabilité* et au caractère plus ou moins  *Dangereux* des tendances morbides qu'elle détermine.

α) *Curabilité*. — Toutes les fois qu'il s'agit en effet d'un *cas aigu* de psychose, surtout d'un accès de manie ou de mélancolie, c'est-à-dire d'une *forme curable*, l'isolement doit être pratiqué et aussitôt que possible, car l'expérience a prononcé d'une façon irréfutable, et elle a prouvé que la folie offrirait dix fois moins de chances de guérison dans le milieu de la famille que dans un établissement spécial.

Dans l'intérêt même du malade, qui prime toute autre considération, le médecin doit donc conseiller l'isolement toutes les fois qu'il se trouve en présence d'un cas qui laisse quelques chances de guérison.

Mais ce qu'il importe d'ajouter, c'est que cette mesure doit être prise non pas au bout de quelque temps, après un retard ou des temporisations plus ou moins prolongés, mais immédiatement, aussitôt que possible, dès le début du mal, si on le peut, car le traitement dans un établissement spécial est d'autant plus efficace qu'il est pratiqué de meilleure heure. Presque toujours les familles reculent devant cette solution ; elles veulent gagner du temps, avoir, pour ainsi dire, la main forcée par les progrès de l'affection : détestable pratique qui, bien qu'ayant sa source dans un bon sentiment, fait un tort irréparable au malade, et peuple chaque jour les maisons de santé d'incurables qui eussent pu facilement guérir, s'ils avaient été isolés plus tôt. En face de ces résistances presque habituelles, le médecin doit donc insister, plaider la cause de l'aliéné, et, au besoin, réclamer l'assistance d'un confrère, dont la conclusion formelle peut donner du poids à son propre conseil.

Dans les cas de *psychopathies chroniques et incurables*, l'isolement ne s'impose pas d'une façon aussi absolue, au moins au point de vue thérapeutique, mais il existe, même dans ces cas, des considérations importantes qui peuvent rendre cette mesure nécessaire. Au premier rang de ces considérations vient se placer



le caractère plus ou moins *dangereux* des tendances morbides.

β) *Caractère dangereux*. — Quel que soit, en effet, le degré de curabilité d'une affection mentale et quelle que soit aussi la condition sociale du sujet, il est absolument nécessaire de recourir à l'internement toutes les fois qu'il existe une *tendance évidente aux actes dangereux*. Dans ce cas, pour si actives que soient les résistances de la famille, le devoir strict du médecin est de passer outre et d'affirmer l'urgence de la mesure. Il est donc indispensable, on le voit, pour le médecin, de savoir distinguer les états dangereux d'aliénation mentale.

En principe, cette distinction paraît assez facile, mais dans la pratique, rien n'est plus malaisé.

C'est qu'en effet on ne s'accorde guère sur la signification qu'il faut attribuer au terme *dangereux*, et que, d'autre part, tout aliéné, quel que soit son état mental, est susceptible, à un moment donné, de devenir *dangereux*.

Un malade qui a des tendances au meurtre, au suicide, au vol, à l'incendie, est un malade *dangereux*, tout le monde en convient; mais peut-on en dire autant de celui qui se borne, par exemple, à faire des achats inutiles, à refuser les aliments et les médicaments qui lui sont prescrits, ou qui, par le fait de son inconscience, exhibe en public ses organes génitaux ou prononce en société et devant ses enfants des mots grossiers et des indécences? Il y aurait là beaucoup matière à discuter. Bornons-nous à dire que le mot *dangereux*, en l'espèce, nous paraît devoir être entendu dans le sens de *nuisible* et que, à défaut de criterium précis, la connaissance des tendances habituelles, dans chaque forme de psychopathie, aide à spécifier, dans la pratique, si un aliéné est ou n'est pas *dangereux* pour la société, pour la propriété, pour sa famille ou pour lui-même.

Nous aurons à parler de ces tendances plus loin, dans l'article consacré aux *Crimes et Délits* des aliénés. Nous mentionnons simplement ici celles qui sont le plus à redouter, en regard des états psychopathiques correspondants :

*Délires systématisés de persécution*. *Persécutés-persécuteurs* (revendications, plaintes, procès, menaces, violences, attentats contre les ennemis supposés, les médecins, etc.).

*Délire mystique* (jeûnes, violences corporelles, mutilations, mission homicide, sacrifices rituels, etc.).

*Délire de grandeur* (réclamations de richesses, de titres, de propriétés, etc.).

*Délire épileptique* (fureur aveugle, impulsions homicides, etc.).

*Psychoses alcooliques* (fugues panophobiques, violences, meurtre, suicide, uxoricide par délire jaloux, faux, abus de confiance, attentats à la pudeur, etc.).

*Psychose hystérique* (malignité, mensonge, dénonciation calomnieuse, auto-hétéro-accusation, empoisonnements, etc.).

*Psychoses maniaques*. *Psychoses cycliques* (colères, fureurs, destruction, violences, dipsomanie, etc.).

*Psychoses mélancoliques et hypochondriaques* (auto-accusation, négation d'organes, refus d'aliments, suicide).

*Paralysie générale* (prodigalité, achats inconsidérés, abus de confiance, faux, vols, attentats aux mœurs, violences, etc.).

*Dégénérescences* (impulsions de toute sorte, attentats aux mœurs, violences, etc.).

*Démences* (vols, attentats aux mœurs, défaut de résistance aux captations, etc.).

On voit par là que tous les états psychopathiques donnent souvent lieu à des actes dangereux ou tout au moins nuisibles. Il en est cependant, dans le nombre, qui sont plus particulièrement graves à cet égard : ce sont ceux, fait à retenir, dans lesquels dominant le symptôme *hallucination de l'ouïe* et le symptôme *impulsion*, c'est-à-dire : le *délire de persécution*, le *délire épileptique*, le *délire alcoolique*, le *délire impulsif des dégénérés*, etc.

B. NON-RESTRAINT, OPEN-DOOR. — L'asile d'aliénés a subi au cours du dernier siècle et subit encore des réformes et améliorations qui tendent à le rapprocher de plus en plus et dans la mesure du possible, d'un établissement hospitalier ordinaire.

Parmi ces réformes et améliorations, deux méritent d'être signalées ici : ce sont le *Non-Restrained* et l'*Open-Door*.

Le *Non-Restrained* consiste dans la suppression systématique de la camisole de force et, d'une façon générale, de tout moyen



de contention. Proposé en Angleterre par CONOLLY et GARDINER-HILL en 1839, il a été, en France, importé par MOREL et mis en honneur par MAGNAN. Aujourd'hui, le non-restraint tend généralement à prévaloir et il est déjà beaucoup d'asiles où la camisole de force a entièrement disparu. Les cellules elles-mêmes ont été remplacées, dans nombre d'endroits, par des chambres d'isolement ou des salles d'alitement.

L'*Open-Door* (porte ouverte) consiste essentiellement dans le fait de laisser circuler librement, sur parole, des aliénés dans ou hors l'asile, dont les portes sont ouvertes. Ce système est surtout pratiqué en Ecosse. En France, il a été adopté et repris, sous des formes plus ou moins identiques, par quelques médecins d'asiles, notamment par MARANDON DE MONTYEL, de Ville-Evrard. Aujourd'hui le terme d'*open-door* est devenu chez nous synonyme de toute méthode d'assistance visant à procurer dans les asiles la plus grande liberté possible aux malades.

Non-restraint et *open-door* constituent des progrès réels, mais en cela comme en tout, il faut se garder de l'absolu.

**3° Colonies agricoles.** — La colonie agricole est, comme l'appelle ANGLADE, un des succédanés de l'asile, soit qu'elle constitue elle-même une sorte d'asile agricole, soit, ce qui est le cas habituel, qu'elle forme l'annexe plus ou moins éloignée d'un asile. Elle est destinée à procurer aux aliénés la vie au grand air et le travail des champs. Il existe, en France, des colonies annexes de ce genre dans les asiles du Finistère, de Cadillac (Gironde), de la Savoie, de l'Yonne. Parmi celles de l'Allemagne, où elles sont nombreuses, nous citerons celles d'Altscherbitz, dans la Saxe prussienne, de Slup, près l'asile de Prague, de Ellen, près celui de Brême, d'Ilten, au voisinage de Hanovre.

Dans certaines de ces colonies, comme à Clermont-sur-Oise, en France, les malades vivent en commun dans une espèce de ferme-asile; dans les autres, comme à Ilten, ils sont placés isolément dans des familles du pays qui les logent et les nourrissent moyennant un prix déterminé. La colonie agricole ne convient évidemment qu'à quelques catégories d'aliénés choisis avec soin par les médecins, surtout parmi les chroniques et les

convalescents. La proximité d'un asile permet d'ailleurs de les y réintégrer à la moindre alerte et la surveillance ne cesse de s'y exercer.

**4° Assistance familiale.** — L'assistance familiale des aliénés consiste dans leur placement dans des familles. L'origine de ce mode d'assistance est la vieille colonie belge de GHEEL, qui date de temps immémorial. Là, les aliénés, au nombre de près de 2.000, sont répartis dans une commune de plus de 10.000 hectares dont le chef-lieu comprend à lui seul 5.000 habitants. Ces aliénés se divisent en *pensionnaires* qui sont reçus chez des *hôtes* et en *indigents*, reçus chez des *nourriciers*. Une infirmerie centrale est destinée aux malades en observation, ainsi qu'à ceux qui ont besoin d'une surveillance et de soins spéciaux. Une colonie analogue s'est fondée en 1884 à Lierneux, dans les Ardennes belges et, en peu de temps, elle est devenue très prospère. L'Allemagne, l'Ecosse, la Russie possèdent aujourd'hui de ces colonies familiales et la France en a deux : celle de Dun-sur-Auron et d'Ainay-le-Château qui reçoivent des aliénés du département de la Seine.

A côté de ces colonies familiales organisées en véritables asiles et qui se suffisent à elles-mêmes pour ainsi dire, il faut citer l'*isolement familial individuel*. Ici le placement des aliénés se fait encore dans des familles étrangères de pays agricole, généralement et de préférence à proximité et à portée d'un asile; mais ce placement est purement individuel et il n'y a rien qui rappelle la réunion des aliénés en colonie agglomérée. Ce genre d'isolement est très pratiqué en Ecosse sous le nom de *private dwelling system* (système de l'habitation privée).

L'assistance familiale est, à tous les points de vue, dans la mesure et dans la forme où elle est réalisable, une excellente méthode. Non seulement en effet, comme l'observe CH. FÉRÉ dans la 3<sup>e</sup> édition de son ouvrage sur le « *traitement des aliénés dans les familles* » (1905), elle rend possible, pour certaines catégories de malades, l'isolement sans la séquestration, mais encore elle permet d'éliminer des asiles beaucoup d'aliénés incurables qui les encombrant et leur ôtent leur véritable destination, celle



d'hôpitaux de traitement, en plaçant ces aliénés incurables, de façon souvent économique, dans des conditions de vie morale et matérielle supérieures.

Au reste, sous l'impulsion surtout de A. MARIE, qui en a été le véritable organisateur en France, on tend à étendre cette méthode à d'autres catégories d'infirmes que les aliénés, notamment aux vieillards. On essaie même, lorsque le cas le permet et comporte avant tout une assistance pécuniaire, de laisser l'aliéné dans sa propre famille, en allouant à celle-ci tout ou partie des frais de son entretien à l'asile. C'est le placement dit *homo-familial*, par opposition au placement *hétéro-familial* ou dans une famille étrangère. Cette assistance homo-familiale, qui ne réalise pas d'ailleurs un véritable isolement, se heurte à des difficultés soit d'ordre pratique, soit d'ordre administratif, et il serait nécessaire, si elle est destinée à se répandre, d'en organiser l'application.

Nous avons surtout visé dans les lignes précédentes le placement familial des aliénés indigents. Mais il est clair que ce mode d'isolement peut rendre les mêmes services pour les aliénés de la classe aisée, chez lesquels il est d'exécution plus facile. Depuis longtemps en Angleterre et depuis quelque temps en France, certaines familles s'offrent à recevoir chez elles des malades d'esprit dont l'état comporte l'éloignement de leur milieu sans nécessiter l'internement. Quelques médecins de la campagne entrent aujourd'hui dans cette voie et prennent ainsi chez eux un ou deux pensionnaires de ce genre (mélancoliques simples, aliénés chroniques, déments, dégénérés et arriérés, etc.), lorsqu'ils sont inoffensifs. C'est là, toutes les fois qu'il est possible, un mode d'isolement excellent et que nous ne saurions trop recommander. Mais il est clair que le médecin, dans ce cas, ne doit pas se borner à être l'hôte du malade ; il doit aussi devenir son directeur thérapeutique et par suite, posséder en psychiatrie des connaissances théoriques et pratiques suffisantes pour mener à bien un traitement très spécial et qui doit varier avec chaque forme de maladie et avec chaque malade. Le mieux est pour lui de s'entendre à la réception de tout pensionnaire, pour le plan à suivre, avec un spécialiste autorisé.

**5° Asiles spéciaux pour les différentes catégories d'aliénés.** — Les mêmes tendances modernes qui poussent à améliorer les asiles d'aliénés, à les transformer dans un sens plus libéral ou à les remplacer par des modes d'isolement moins rigoureux, poussent aussi à la création d'établissements spécialement appropriés à chacune des grandes catégories d'états psychopathiques. C'est ainsi que dans certains pays se sont fondés des asiles pour aliénés dangereux ou criminels, pour buveurs, pour épileptiques, pour dégénérés, pour déments, etc. Il est probable, sinon certain, que l'avenir ne fera qu'accroître cette tendance à isoler les uns des autres des groupes d'individus ne relevant ni des mêmes mesures légales ni des mêmes données thérapeutiques et à leur appliquer une hospitalisation et un régime différents.

**6° Établissement mixte, établissement hydrothérapique.** — L'isolement de certains aliénés inoffensifs et surtout des semi-aliénés (mélancolie simple, mélancolie neurasthénique, hystérie mentale, obsessions et phobies, débilité mentale, démence et paralysie générale sans délire, etc.) peut être réalisé dans un établissement mixte, consacré à ce genre d'états intermédiaires, aux psycho-névroses, ou dans certains établissements hydrothérapiques agencés dans ce but. Il est bon en effet d'épargner la grave mesure de l'internement au malade et à sa famille toutes les fois que le traitement peut être assuré de façon méthodique et complète sans cela. Au reste les établissements privés d'aliénés tendent de plus en plus à s'annexer, dans les conditions autorisées par les règlements, une section dite de nerveux, où les malades dont nous parlons sont isolés et traités, sauf à être colloqués dans la section des aliénés si leur état mental vient à s'aggraver.

**7° Maison de campagne.** — L'isolement dans une maison de campagne est encore un mode de traitement possible, à défaut de l'internement. C'est celui que les familles adopteraient le plus volontiers, à la fois pour éviter les formalités et les conséquences pénibles d'une entrée dans un asile et pour vivre plus rapprochées de l'aliéné. Malheureusement, c'est un système



de traitement difficile à réaliser d'une façon parfaite et qui est d'ailleurs très coûteux. La règle à suivre, en pareil cas, consiste essentiellement à organiser la maison de campagne comme une sorte de maison de santé appliquée à un seul malade. Le médecin doit choisir et disposer avec compétence, dans l'ensemble et dans les détails, le local destiné à l'aliéné et diriger soigneusement le traitement. Il ne perdra pas de vue, surtout, les trois points principaux suivants : 1° ne pas autoriser la vie en commun de la famille avec le malade et les séparer autant que possible l'un de l'autre, soit dans la même habitation, soit dans des habitations différentes ; 2° se réserver exclusivement, dans toutes ses parties, la direction morale et matérielle du traitement ; 3° assurer au malade, en même temps que des soins compétents et dévoués, une surveillance étroite, continue, intelligente, à l'aide d'individus réellement exercés à ce genre de fonctions qui demandent des qualités nombreuses et toutes spéciales. Avec une organisation de ce genre, on peut certainement traiter dans une maison de campagne un certain nombre d'aliénés (mélancoliques, paralytiques, dégénérés, confus, déments précoces, etc.), soit d'emblée, soit après un séjour sédatif préalable dans un établissement spécial.

**8° Voyages.** — Les voyages constituent un agent thérapeutique efficace dans l'aliénation mentale, en même temps qu'un moyen salutaire de diversion. En enlevant le malade à son milieu habituel, ils répondent, en effet, au principe même du traitement de la folie, l'isolement, en même temps qu'ils entraînent des distractions morales et physiques susceptibles de réagir favorablement sur l'esprit de l'aliéné. Mis surtout en honneur par Esquirol et quelques-uns de ses élèves qui en avaient retiré de bons effets, ils sont moins pratiqués aujourd'hui en raison des inconvénients et des dangers auxquels ils peuvent donner lieu. Sans les rejeter en principe, il convient en effet de n'y avoir recours qu'avec prudence et en s'entourant de précautions suffisantes. Ainsi, certaines formes morbides, celles, notamment, dans lesquelles les malades deviennent habituellement dangereux, sont absolument incompatibles avec ce moyen

de traitement. C'est dire assez qu'on ne doit point, sauf de rares exceptions, faire voyager les maniaques dans leur période aiguë, les fous épileptiques, les persécutés et, d'une façon générale, les hallucinés. En revanche, les voyages conviennent parfaitement dans les formes mélancoliques, particulièrement au début de la mélancolie subaiguë ou de la mélancolie neurasthénique, non seulement parce qu'elles comportent une plus grande liberté pour le malade, mais aussi parce qu'elles sont plus susceptibles d'être heureusement influencées par un traitement moral. Chez elles, le voyage agit à titre d'agent curatif et peut amener la guérison ou tout au moins une amélioration notable des symptômes. Le voyage, doublé d'une cure à une station thermale ou marine bien choisie, est excellent aussi dans beaucoup de cas de psychoses arrivées à un certain degré d'amélioration, pour hâter la convalescence. On peut y avoir recours encore dans certaines psychoses chroniques, avec des sujets plus ou moins inoffensifs, mais alors il constitue un simple moyen de diversion susceptible tout au plus de déterminer une accalmie relative. Quels que soient la forme morbide et le but qu'on se propose, le médecin ne doit conseiller ou accepter le voyage d'un aliéné qu'à la condition que le malade ne soit pas accompagné d'un de ses parents, au moins les plus rapprochés ; que la direction en soit confiée à un individu expérimenté, de préférence à un jeune médecin ayant quelque connaissance de ce genre d'affections ; enfin que toutes les mesures de précaution soient prises pour parer, autant que possible, à toute éventualité fâcheuse et à tout accident. Il est bon aussi d'éloigner suffisamment le malade, souvent même de l'expatrier, comme aussi parfois de le changer de séjour et de lieu ; enfin il faut que le voyage ait une durée assez longue, de quelques semaines, de quelques mois ou même de plusieurs années, suivant les cas, et s'il paraît produire quelque heureux effet, il importe de le prolonger jusqu'à ce que l'amélioration soit solidement établie.

#### B. — AGENTS SPÉCIAUX

**1° Agents hygiéniques.** — Le traitement hygiénique des



maladies mentales se compose des règles habituelles de l'hygiène concernant les *vêtements*, l'*habitation*, l'*alimentation*, le *coucher*, etc...

a. *Vêtements*. — Les vêtements des aliénés ne comportent pas d'indication spéciale, si ce n'est qu'ils doivent être amples et larges et surtout ne pas comprimer les vaisseaux du cou, en raison des congestions possibles chez beaucoup de malades.

b. *Habitation*. — L'habitation étant en général un établissement ou tout au moins, comme nous l'avons vu, une maison disposée *ad hoc*, nous n'avons pas besoin d'indiquer ici les règles bien connues qui doivent présider à sa construction et à son aménagement ; rappelons seulement que les chambres des malades doivent être saines, bien fermées, bien aérées, modérément chauffées et, autant que possible, au rez-de-chaussée.

c. *Alimentation*. — L'alimentation doit être saine, tonique et réparatrice ; les excitants, en particulier le vin et les alcooliques, sans être proscrits d'une façon absolue, doivent être employés avec modération. Le lait, les œufs, les potages, les viandes blanches et les légumes frais doivent constituer la base générale de la nourriture. Chez les paralytiques généraux, surtout dans les dernières périodes, on ne donnera que des aliments coupés menu, et des viandes hachées, pour éviter l'asphyxie par hol alimentaire. Enfin il faut tâcher, autant que possible, de régulariser les heures des repas chez les aliénés.

d. *Coucher*. — Le coucher, en dehors de l'alitement systématique dont nous parlerons plus loin avec les agents physiques, ne présente rien de spécial, si ce n'est chez les gâteux qui nécessitent des soins particuliers de propreté.

Le meilleur *lit de gâteux* consiste dans un lit en fer à côtés pleins, dont le fond forme un double plan incliné convergeant vers le centre qui est perforé et laisse passer les liquides dans un bassin placé au-dessous. Le lit est rempli à même de *varech* ou de laine de tourbe (Cuyllits) qu'on recouvre d'un drap. En changeant de drap tous les jours et en enlevant également chaque matin la partie de varech ou de tourbe souillée, on a très facilement un lit doux, propre et parfaitement sec. A défaut de ce lit, on peut placer dans un lit ordinaire, au lieu d'un

grand matelas, trois petits matelas rangés côte à côte. Celui du milieu fait en varech, paille, balle d'avoine ou zostère, est destiné à être souillé et est remplacé tous les jours. Au-dessous, on peut disposer, sur le sommier ou sur la paillasse en paille de blé ou de maïs, une toile imperméable en caoutchouc. On peut également employer les matelas à air ou à eau. Mais le meilleur moyen, quand on n'a pas de véritable lit de gâteux à sa disposition, consiste à placer sous le drap une large et épaisse toile de caoutchouc munie, dans son milieu, d'un tuyau en forme d'entonnoir qui, s'enfonçant au centre du matelas et du sommier, conduit directement l'urine dans un récipient. On peut, grâce à ce procédé pratiqué convenablement, utiliser tous les lits quels qu'ils soient et c'est à lui que j'ai constamment recours pour les aliénés gâteux que j'ai à traiter dans une maison particulière.

On arrive de la sorte à faire coucher le malade sur un lit toujours sec et sain et à prévenir dans une large mesure, avec les adjuvants de propreté habituels, les plaies et les escarres.

**2° Agents psychiques (psychothérapie).** — Le *traitement moral* et la *suggestion* représentent les deux principaux agents de la thérapeutique psychique ou Psychothérapie chez les aliénés.

a. *Traitement moral*. — Le traitement moral se confond avec la *direction morale*. La direction morale est, avec l'isolement, un des agents les plus importants de la cure en psychiatrie. Elle ne doit appartenir qu'au médecin, seul en mesure par sa situation, sa profession, son autorité et son caractère de la mener à bien. La direction morale consiste donc, en fin de compte, dans l'action psychique que le médecin exerce ou fait exercer sur le malade dans le but d'arriver à la guérison. Toutes les affections mentales ne comportent pas à cet égard, les mêmes indications, et il en est qui sont plus particulièrement susceptibles d'être influencées par ce mode de traitement. Telles la mélancolie, la confusion mentale, la dégénérescence, etc...

L'action médicale s'exerce de façon bien différente suivant les cas et elle demande un tact, une habileté, un savoir-faire qui ne s'acquièrent qu'au prix d'une longue habitude.



On peut dire sans exagération que le médecin, par sa seule présence et l'influence dont il dispose vis-à-vis de ses malades, peut beaucoup sur leur guérison.

En règle générale, il doit leur témoigner la plus grande politesse et la plus grande sympathie. Pour si absorbés qu'ils soient, en effet, par leur délire, les aliénés sont toujours sensibles aux prévenances et aux marques d'intérêt qu'on leur prodigue, et c'est là un des meilleurs moyens de gagner leur bienveillance et de pénétrer dans leur esprit. Il faut les écouter, les traiter avec autorité quoique avec douceur; leur faire sentir qu'ils ont dans leur médecin un conseiller, un appui moral; ne pas se moquer ouvertement de leurs conceptions, même les plus déraisonnables, ni les heurter trop carrément de front; se garder cependant de les approuver et de considérer leur délire comme l'expression de la réalité; diriger et régler avec opportunité et sagacité les entrevues avec les parents ou les amis, la correspondance, les occupations, les distractions (travail manuel et intellectuel, promenades, peinture, dessin, musique, chant, spectacles, exercices religieux, etc., etc.); les encourager lorsqu'ils commencent à douter et faire pénétrer peu à peu la vérité dans leur esprit; dans certains cas, lorsque leur obstination, leur indocilité, leur persistance dans une idée fixe ou l'accomplissement d'un acte morbide l'exigent, changer d'attitude, faire acte d'autorité, se montrer sévère et parler haut, sans toutefois en venir jamais aux procédés violents. Tous ces moyens sont excellents et ont une grande valeur entre les mains de praticiens expérimentés; mais ce sont des armes à deux tranchants qu'il ne faut employer qu'avec prudence et à bon escient. On sait que LEURET avait fait du raisonnement et de l'intimidation la base d'un traitement systématique qu'il appelait *traitement moral*. Ce traitement consistait, en fin de compte, à convaincre de gré ou de force l'aliéné de ses erreurs. Erigé en principe unique, ce système n'est évidemment pas acceptable et, d'ailleurs, il n'est guère susceptible de produire des résultats bien satisfaisants. On rebute ainsi les malades, on les humilie, on les aigrit, on les oblige à se reconnaître délirants sans les convaincre. Car il ne faut pas connaître les aliénés pour ne pas

savoir que leurs erreurs ne sont pas de celles qu'on arrache de vive force et qu'il faut les laisser s'user elles-mêmes et disparaître spontanément.

b. *Suggestion*. — La *suggestion thérapeutique* peut se pratiquer comme on sait de deux manières; soit *pendant la veille*, soit *pendant l'état hypnotique*. La première est aussi ancienne que la médecine elle-même et beaucoup de remèdes lui doivent, en tout ou partie, comme l'ont bien montré HACK TUKE et PARANT, leur efficacité. Ainsi d'ailleurs que le fait remarquer DOUTREBENTE, l'action morale du médecin sur les aliénés n'est pas autre chose qu'une action *suggestive*, une suggestion à l'état de veille. Quant à la suggestion pendant l'hypnose, son action en psychiatrie est contestable. A priori il est logique de penser qu'un moyen de ce genre qui est susceptible de modifier les idées, les sentiments et jusqu'à la personnalité d'un individu, peut refaire ce qu'il défait, c'est-à-dire ramener à l'état normal les idées, les sentiments et la personnalité de celui qui les a perdus. Malheureusement, l'expérience paraît avoir jusqu'ici répondu négativement, au moins dans la plupart des cas.

C'est AUGUSTE VOISIN qui a tenté le premier l'application de la suggestion hypnotique au traitement des maladies mentales. Depuis, un grand nombre d'auteurs, français et étrangers, ont fait connaître les résultats de leur propre expérience à cet égard. Je citerai parmi eux : BÉNÉDICT (de Vienne), FOREL (de Zurich), LADAME (de Genève), CASTELLI et LOMBROSO, BERNHEIM, BREMAUD, FONTAN et SEGARD, PEYRONNET, VENTRA, AMADEI, DUMONTPALLIER, OBERSTEINER, VIZIOLI, BOTTEZ et MALL, HERTER, BÉRILLON, ALGERI, PERCY SMITH et A.-T. MYERS, SEPPILI, FAREZ, etc. Il résulte de l'ensemble de ces travaux que — comme l'avait fait entrevoir BERNHEIM et comme je l'avais nettement indiqué déjà en 1884 en réponse à AUGUSTE VOISIN — les aliénés sont le plus souvent réfractaires à l'hypnotisme et que seuls les hystériques, les épileptiques, les dipsomanes et certains obsédés paraissent susceptibles d'entrer en hypnose et de bénéficier de la suggestion. Voici du reste les conclusions fort judicieuses, du travail de SEPPILI :

1° La suggestion hypnotique ne peut pas être instituée comme