

DE L'INFLUENCE
DES
PHÉNOMÈNES D'AUTO-INTOXICATION

ET DE LA

DILATATION DE L'ESTOMAC

dans les formes dépressives et mélancoliques

PAR

Le D^r BETTENCOURT RODRIGUES

EXTRAIT

DES *COMPTES RENDUS DU CONGRÈS DE MÉDECINE MENTALE*
tenu à Paris du 5 au 10 août 1889.

MELUN
IMPRIMERIE ADMINISTRATIVE

—
1891

DE L'INFLUENCE

DES

PHÉNOMÈNES D'AUTO-INTOXICATION

ET DE LA

DILATATION DE L'ESTOMAC

dans les formes dépressives et mélancoliques.



RC
INCT
616
ROD

M. BETTENCOURT RODRIGUES, *de Lisbonne (Portugal)*. — L'influence de l'hérédité dans l'étiologie des maladies mentales n'est plus à discuter aujourd'hui. Tout le monde l'accepte, personne ne la conteste. C'est elle, plus que toute autre, la vraie cause prédisposante que nous rencontrerons presque toujours, au premier plan, dans l'étiologie des maladies mentales, dans ses formes les plus complexes et variées.

Mais à côté de ce simple élément de prédisposition il nous faudra aussi rechercher avec un soin minutieux, car c'est alors que nous ferons preuve de cliniciens, quelles sont les causes prochaines et immédiates capables de déterminer, chez un individu prédisposé, l'explosion de la folie. Au nombre de ces causes il me semble qu'on doit accorder une place importante aux phénomènes d'auto-intoxication d'origine gastro-intestinale, surtout dans les formes dépressives ou mélancoliques.

Tous ceux qui ont observé les aliénés ont eu l'occasion de remarquer chez eux la fréquence des troubles gastro-intestinaux. Pinel les a indiqués et Esquirol, généralisant peut-être un peu trop les faits qu'il avait observés, n'était pas loin de considérer le déplacement du côlon comme une des caractéristiques anatomo-pathologiques de la lypémanie.

Cette idée a été, en grande partie, partagée par Guislain qui, dans son *Traité des maladies mentales*, dit : « Les idées que Esquirol a émises le premier sur le déplacement du côlon n'ont pas tardé à se confirmer ; il est réellement des aliénés chez qui cet intestin est précipité dans le petit bassin. Parfois même on rencontre le rétrécissement de cet organe (1^{er} vol., p. 351) ». De là à la théorie anatomique de l'entéroptose et de la neurasthénie consécutive, présentée dernièrement par Glénard, il n'y a certainement qu'un pas très facile à franchir. Mais passons. Sandras, dans son *Traité pratique des maladies nerveuses*, avait aussi insisté sur les altérations de l'appareil digestif dans certains états nerveux, qui très souvent pouvaient être les prodromes de la folie. Ellis, et ici les faits sont beaucoup plus précis, dans son *Traité de l'aliénation mentale*, traduit par Archambault (p. 116, obs. 36), rapporte entre autres, l'histoire d'un malade sujet à de fréquents accès d'aliénation mentale et qui, à ce point de vue, me paraît particulièrement intéressante.

« On ne peut, chez ce malade, dit-il, découvrir aucune autre cause qu'une lésion dans les fonctions des organes digestifs. Les attaques sont ordinairement précédées des symptômes suivants : langue blanche, épaisse, haleine fétide, digestions mauvaises, avec douleurs dans la région épigastrique, constipation. Ensuite surviennent l'insomnie, des douleurs dans la tête, les yeux deviennent rouges et le malade s'imagine que des esprits invisibles l'entretiennent des infidélités de sa femme. . . » Et, plus loin : « L'état des organes digestifs demande, chez ce malade, une très grande surveillance, non seulement dans la convalescence, mais même pendant la meilleure santé, car, s'il survient du trouble dans ses organes digestifs, une attaque de folie en résulte aussi sûrement que l'esquinancie chez les personnes prédisposées à cette maladie, quand elles s'exposent à un froid intense ».

Morel, dans son *Traité des maladies mentales*, p. 440, dit : « De toutes les grandes fonctions de l'économie, la digestion est celle qui, chez les aliénés, m'a toujours présenté les désordres les plus remarquables . . . ». Et, plus loin : « Chez les aliénés à prédominance d'idées de tristesse et vulgairement désignés sous le nom de mélancoliques ou lypémaniaques, la peau perd chez eux toute fraîcheur, leur teint est jaune et livide. Les fonctions digestives chez ces sortes de malades se signalent par d'autres signes pathognomoniques. Ils ont souvent l'haleine fétide, la langue saburrable, et ils éprouvent des constipations opiniâtres ».

Guislain, que j'ai déjà cité, dit dans ses *Leçons orales sur les phrénopathies* (tome II, p. 42) : « Des diarrhées peuvent coïncider avec la période de décroissance morbide. Dans quelques situations les évacuations alvines, se prolongeant pendant un laps de temps plus ou moins long, ont amené parfois de très heureux résultats ».

Eh bien, Messieurs, tous ces faits et beaucoup d'autres que j'ometts pour ne pas fatiguer votre attention, sont d'autant plus dignes d'être pris en considération, qu'ils sont le résultat d'une rigoureuse observation clinique, faite sans la moindre idée préconçue. Je pourrais même ajouter qu'il ne se trouve peut-être pas une seule observation de lypémanie où ne soient consignés des troubles plus ou moins profonds des fonctions digestives. Les purgatifs qui dans ces cas sont si souvent conseillés, les lavages d'estomac sur lesquels mon très distingué confrère et ami, M. le D^r Régis, a tant insisté dernièrement, ne font que confirmer les faits que je cherche à mettre en évidence. Personne ne pourra donc contester cette fréquence vraiment remarquable des troubles gastro-intestinaux chez certains aliénés : constipation, diarrhées, fétidité de l'haleine, état saburral de la langue, gastrorrhée, etc. Et je crois aussi ne pas exagérer, en disant que c'est surtout chez ces aliénés qu'on trouve le plus souvent un délire mélancolique, ou tout au moins des idées hypocondriaques assez caractéristiques et qui semblent avoir toutes le même point de départ. Ce sont des malades qui ont les intestins bouchés, qui n'ont plus d'estomac, qui ont des animaux dans le ventre, qui ne peuvent plus avaler, ou qui sont empoisonnés. Et, si on les examine avec soin, on constatera presque toujours que ces plaintes sont plus ou moins motivées par un mauvais état des voies digestives. Et je ne parle pas, bien entendu, des idées hypocondriaques des paralytiques généraux, qui, elles aussi, peuvent très souvent avoir le même point de départ.

Dans une des dernières séances de notre Congrès, MM. les D^{rs} Régis et Rouillard en ont cité des cas et, dans la communication si intéressante et si instructive de M. le D^r Régis, vous avez dû remarquer qu'il a assez insisté sur le mauvais état des voies digestives des malades qu'il avait observés.

Étant donnée cette fréquence, si souvent signalée, des troubles gastro-intestinaux chez certains aliénés, je me demande si, dans

plusieurs cas, on ne pourrait pas considérer le mauvais fonctionnement des voies digestives comme la vraie cause de la folie.

Après les recherches et les travaux si remarquables de M. le professeur Bouchard sur les auto-intoxications d'origine gastro-intestinale, il me semble que cette simple hypothèse, que je viens de formuler, trouverait peut-être un appui qui ne serait pas en contradiction avec l'observation des malades. Et c'est là, Messieurs, que je désirais arriver. Mon expérience médicale n'est pas encore bien longue et, si elle ne me permet pas de vous fournir une statistique assez démonstrative, elle m'a toutefois permis de constater un fait qui n'est pas sans importance au point de vue de la clinique, à savoir que, chez des aliénés à idées mélancoliques ou hypochondriaques, on trouve presque toujours une dilatation de l'estomac des plus nettes et incontestables et qui cause, en règle générale les troubles dyspeptiques qui ont précédé de quelque temps l'explosion de la folie. Or, nous savons tous que la dilatation de l'estomac réalise une des conditions les plus favorables du développement des phénomènes d'auto-intoxication. L'estomac fonctionnant mal, la matière alimentaire incomplètement digérée subit des fermentations putrides, donnant origine à des produits toxiques, qui peuvent être pour l'organisme une vraie source d'empoisonnement. Il suffit d'un excès de production ou d'une insuffisance d'élimination de ces produits toxiques pour que l'intoxication se réalise. Or, parmi les accidents toxiques de la dilatation de l'estomac, les troubles du système nerveux ne sont pas des plus rares. Les vertiges, les contractures, l'aphasie transitoire, la syncope, etc., ont été constatés par un grand nombre d'observateurs. Les troubles de l'intelligence ont aussi été notés : torpeur intellectuelle, tristesse, hypochondrie et même des hallucinations de la vue. M. le professeur Bouchard m'a dit dernièrement avoir observé quelques malades avec idées hypochondriaques et quelques-uns même avec des idées de suicide, qui étaient évidemment liées à une dilatation de l'estomac. Et je ne crois pas, Messieurs, que cette relation de cause à effet soit difficile à établir. Pour cela faire, nous avons d'abord le traitement, et j'aurai l'occasion de vous montrer les bons résultats qu'on peut obtenir de l'antiseptie gastro-intestinale, comme d'autres les ont obtenu avec les lavages de l'estomac.

Nous connaissons aussi, et je vous ai rappelé à ce propos l'autorité de Guislains, quelques cas de guérison à la suite d'une diar-

rhée. D'autres fois encore c'est à la suite d'une polyurie intense que la guérison est survenue.

Le ptyalisme aussi a été signalé comme crise d'une maladie mentale. Pinel et Esquirol en citent des cas. Foville, cité par Morel, parle d'une malade sujette à une démence intermittente, qui a été plusieurs fois guérie par un ptyalisme spontané. Le D^r Thore, dans le tome III des *Annales médico-psychologiques*, rapporte un cas de stupidité portée au plus haut degré, dans lequel survint un ptyalisme très abondant suivi de guérison.

Notre distingué confrère, M. le D^r Déricq, m'a communiqué deux cas de mélancolie jugés par une urticaire et nous savons que l'urticaire, qu'on a souvent constatée pendant les indigestions et les embarras gastriques, n'est pas très rare chez les dilatés. Dans tous ces cas il me semble qu'on est en droit de conclure que c'est à l'élimination du poison par les différents émonctoires, qu'on doit attribuer la guérison de la folie.

Comment expliquer encore ce fait paradoxal de l'interruption ou de la cessation brusque et inattendue d'un délire ou d'une psychose préexistante, coïncidant avec la phase hyperthermique d'une pyrexie grave, si ce n'est par un excès d'activité des combustions interstitielles si favorables à l'oxydation des produits toxiques dont le malade était la proie ? Ceci peut aussi expliquer les bons résultats que quelques aliénistes ont obtenu dernièrement des inhalations d'oxygène dans le traitement de la mélancolie.

OBSERVATION I

Il s'agit d'un homme d'une quarantaine d'années, sans antécédents héréditaires bien nets, si ce n'est quelques cas de rhumatisme du côté paternel. Le malade lui-même en a présenté parfois de légères manifestations articulaires. Il y aura bientôt un an qu'il vint me consulter pour la première fois. Le malade se plaignait surtout d'une profonde tristesse et d'une indifférence absolue, même pour les choses les plus sérieuses. Négociant, à la tête d'une maison de commerce assez importante, il se trouve incapable de diriger ses affaires. Triste, abattu, en proie à des idées hypochondriaques, se croyant atteint d'une maladie incurable et craignant de devenir fou, il passe ses journées dans un état presque constant d'angoisse et d'inquiétude. En même temps son caractère est devenu difficile et acariâtre, la moindre chose l'irrite et le contrarie, vivant toujours comme sous la menace d'un grand malheur. Il devient brusque envers les siens et notamment envers sa femme qu'il a toujours beaucoup aimée. Ne se sentant plus la force de réagir et de lutter contre cet état de profonde dépression

et d'irritabilité morbide, il pense liquider sa maison de commerce et quitter sa famille pour aller vivre seul à l'étranger. Il est donc en pleine dépression mélancolique, mais ce n'est pas tout. Le malade se dit dyspeptique depuis longtemps. Sensation douloureuse à l'épigastre, bouche pâteuse, langue blanchâtre, éructations fréquentes et tympanisme après les repas. Alternatives de constipation et de diarrhée. L'examen du malade me fait constater une dilatation de l'estomac. La région épigastrique est fortement saillante et globuleuse, la sonorité gastrique s'étend sur une très large surface et le bruit de clapotement est nettement perçu trois travers de doigt en dessous de l'ombilic. Je lui conseille, mais sans résultat, le traitement de G. Sée et Mathieu, par l'ipéca. J'essaie alors l'antisepsie gastro-intestinale par l'iodoforme et le charbon de Belloc, et je lui recommande aussi de prendre tous les matins à jeun un demi-verre d'eau de Janos. Régime de Bouchard. Au bout d'un mois, à peu près, le malade avait complètement changé. Les troubles psychiques dont il était atteint avaient fini par disparaître; le malade reprend ses anciennes occupations et se montre très heureux des bons résultats du traitement. Je dois ajouter que les fonctions digestives s'étaient aussi régularisées, grâce au traitement et au régime que je lui avais conseillé.

OBSERVATION II

M. S..., de cinquante-huit ans, capitaine au long cours. Idées hypochondriaques très prononcées. Se croit atteint d'une maladie grave du cœur, à cause de fréquentes palpitations, mais l'auscultation ne révèle rien d'anormal. Craint de devenir fou, se sent de plus en plus triste et a déjà eu parfois des idées de suicide. Son intelligence s'obscurcit. Impossibilité de fixer l'attention. En lisant, il lui faut à chaque moment recommencer sa lecture. Émotivité exagérée; pleure en racontant ses souffrances. Il veut que je lui garantisse, sous ma parole d'honneur, que sa maladie n'est pas une maladie grave, car, père de famille, il veut dans le cas d'une mort prochaine mettre de l'ordre dans ses affaires. Avec cela, troubles dyspeptiques très prononcés. Les digestions sont lentes et pénibles et accompagnées d'étouffements qu'il attribue à une maladie de cœur. D'autres fois ce sont des bouffées de chaleur, accompagnées de bourdonnements d'oreille et de vertiges qu'il considère comme la menace d'une attaque d'apoplexie. Haleine fétide, langue saburrale, pyrosis, éructations fréquentes. Tympanisme gastro-intestinal; après les repas, même en mangeant très peu, est toujours forcé de se desserrer. Constipation habituelle, restant quelquefois huit jours sans aller à la selle. Chez ce malade aussi je constate une dilatation d'estomac des plus nettes. Comme traitement, je lui conseille un léger purgatif tous les matins au réveil, le régime de Bouchard, et, une heure après chaque repas, une cuillerée à soupe de charbon de Belloc et un cachet de quinze centigrammes d'iodoforme. Je lui fais aussi quelques lavages d'estomac. Grâce à ce traitement, le malade s'est notablement amélioré; il devient beaucoup moins déprimé, ses préoccupations morbides se sont notablement atténuées; le malade cherche avec plaisir la société de ses amis, qu'il évitait auparavant pour se livrer tout entier à ses idées hypocon-

driaques. L'état vertigineux a complètement disparu et si ce n'était les insomnies dont le malade se plaint toujours, il se considérerait déjà comme à peu près guéri. Je continue les lavages d'estomac d'une façon plus suivie, je lui fais de temps en temps recommencer le traitement précédent, auquel j'ajoute une potion de chloral et morphine, prise le soir en se couchant, et au bout de deux mois à peu près de traitement, le malade part en Afrique, tout à fait tranquille sur son état.

OBSERVATION III

A. C..., de trente et un ans, mère morte d'une pneumonie, frère mort phtisique. Comme antécédents personnels rien à relever, si ce n'est une certaine impressionnabilité de caractère. A toujours été très peureuse, n'osant pas entrer seule dans une pièce obscure et ne pouvant pas dormir sans lumière dans sa chambre. Pas de maladies aiguës. Mariée depuis six ans, n'a jamais eu d'enfants ; pas de fausses couches. Il y a déjà longtemps qu'elle avait commencé à se plaindre un peu de l'estomac, ce que son mari attribue à l'abus des conserves et des mets très épicés, la malade prétendant que c'est cela qui la faisait manger. Le fait est qu'elle se plaignait souvent de *faiblesses* de l'estomac, l'appétit diminuait et les digestions devenaient lentes et pénibles. En même temps elle commençait à maigrir. On l'a soignée pour la *dyspepsie*, mais sans aucun résultat ; la malade, du reste, ne suivait que très irrégulièrement tous les traitements qu'on lui conseillait. Il y a un an, à peu près, elle, qui était d'un caractère habituellement gai, commence à devenir triste et plus impressionnable que jamais. Commence à ne pas vouloir sortir, se levant très tard, restant quelquefois au lit jusqu'à deux et trois heures de l'après-midi, sous prétexte de faiblesse et de nuits mal dormies. Et, en effet, la malade ne s'endormait que très tard dans la nuit, avait de fréquents cauchemars et se réveillait souvent en sursaut, criant au moindre bruit qu'elle entendait. Son caractère devient aussi très irritable, s'emportant à la moindre chose, accusant son mari, qui l'aime beaucoup, de toutes les petites contrariétés qui pouvaient lui arriver et remplaçant à chaque moment les bonnes sous prétexte qu'il leur faisait la cour. Très préoccupé de son état, son mari me fait appeler pour la première fois. La malade m'accueille assez froidement, me disant qu'elle n'était pas malade. Elle a fini cependant par m'avouer qu'elle ne se sentait plus la même, qu'elle était sujette à des crampes et à des faiblesses d'estomac et qu'elle passait très mal ses nuits. La malade qui était habituellement constipée, avait parfois des crises de diarrhée qui l'affaiblissaient beaucoup. Bouche amère le matin au réveil. La malade dit se réveiller quelquefois la nuit, ayant la bouche pleine d'une salive épaisse, qui coule au point de tacher l'oreiller. Langue toujours sale. Pas d'appétit. Haleine fétide. J'ai constaté une grande dilatation de l'estomac ; bruit de clapotement caractéristique, perçu quelques travers de doigt en dessous de l'ombilic. La malade, qui boit beaucoup d'eau dit avoir souvent remarqué ce même bruit. Il lui suffit, quelquefois, d'un accès de toux pour le provoquer. Je mets tous les troubles, nerveux et autres, que la malade présente, au compte de la dilatation de l'estomac. Je lui prescriis un ré-

gime approprié et, comme médicaments, le charbon de Belloc et la poudre d'iodoforme en cachet de 10 centigr., trois fois par jour, une demi-heure après les repas, ce dernier médicament alternant avec le salicylate de bismuth — trois jours l'un, trois jours l'autre — pendant six semaines à peu près. La malade qui, au début, ne suivait ce traitement que d'une façon irrégulière, se conformant très difficilement au régime sec que je lui avais imposé, l'accepte finalement, et avec un bon résultat ; car non seulement l'état général s'est notablement amélioré en peu de temps, mais aussi son état psychique. La malade était devenue plus raisonnable et plus gaie et avait repris ses anciennes habitudes, au point de se considérer comme complètement guérie.

Mais trois mois après, son mari vient m'appeler de nouveau, me disant que sa femme était plus malade que jamais. Après avoir passé deux mois très bien, la malade recommence à devenir triste et concentrée. Les règles qui duraient habituellement trois ou quatre jours, ne sont venues la dernière fois que pour disparaître le jour même. Se croyant enceinte pour la première fois depuis six ans de mariage, elle se montre très préoccupée sur cette grossesse inattendue. Quelques vomissements après les repas ne font que la confirmer dans cette idée. Les insomnies surviennent et souvent dans la nuit elle réveille son mari, montrant de vives préoccupations sur l'état de sa fortune. Elle le croit sans argent pour entretenir sa famille et à la veille de voir toute sa maison saisie par les créanciers. C'est pour cela qu'elle n'ose plus sortir, car tout le monde sait qu'ils sont dans la misère. Parle de vendre toutes ses robes et ses bijoux et de rentrer dans un couvent aussitôt sa grossesse finie. Son mari, qui croyait en effet à une grossesse commençante, attribue à cela le *nervosisme* de sa femme et cherche à la (tranquilliser) ; mais comme il passe des journées entières à côté d'elle, sans sortir, elle croit que c'est parce que ses affaires ne marchent plus qu'il reste à la maison. Cet état ne fait que de s'aggraver tous les jours. La malade ne veut plus sortir de sa chambre, disant qu'elle n'a plus de maison et qu'elle ne veut pas être à la charge de personne. Parfois elle refuse les aliments, ne prenant que du thé et du bouillon. C'est alors que son mari m'appelle de nouveau. La malade est excessivement affaiblie et dans un état de mutisme absolu, ne répondant que par monosyllabes à tout ce que je lui demande. Langue sèche, fendillée ; léger œdème malléolaire. La malade ne va pas à la selle depuis plusieurs jours. Rien au cœur. Pas de sucre, ni d'albumine dans les urines, qui sont excessivement troubles et d'une couleur laiteuse. Toute la région abdominale douloureuse à la pression. Le ventre est globuleux et saillant, les parois abdominales très distendues par le fait d'un tympanisme très prononcé. Je prescrivis un purgatif salin et la pommade de belladone sur toute la région abdominale. Le purgatif ne produit pas d'effet. La malade commence à prendre chaque jour six capsules d'iodoforme, de 5 centigr. chaque et, trois jours après, 35 gr. d'eau-de-vie allemande. Diarrhée excessivement fétide qui dure deux jours. La malade se plaint de vertiges et, une fois, au moment de s'asseoir dans son lit, est prise de légère syncope. Commence à prendre une potion gommeuse de salicylate de bismuth (6 gr. de salicylate par jour), de la poudre de viande, des œufs et du vin de Porto dans les bouillons. Grands lavements froids tous les soirs. Au bout de quelques jours de trai-

tement, la malade commence à se trouver un peu mieux et c'est elle-même qui maintenant demande à manger. Elle se montre moins préoccupée, s'intéresse aux choses de la maison, dort mieux et suit rigoureusement tous mes conseils. J'ordonne de nouveau l'iodoforme et le charbon de Belloc et un léger purgatif de sulfate de soude et magnésic le matin au réveil. Les selles se régularisent, l'état psychique s'améliore graduellement et au bout d'un mois et demi de traitement, tout au plus, on la considère comme guérie. Pendant cet intervalle les règles sont venues comme d'habitude.

Chez cette dernière malade et très probablement aussi chez les deux autres, les troubles dyspeptiques ont précédé de quelque temps les troubles psychiques.

Tous les trois étaient des dilatés, c'est-à-dire des individus en état d'*opportunité d'intoxication* et chez lesquels les phénomènes d'auto-intoxication se sont déclarés, soit par un excès de production, soit par une insuffisance d'élimination ou destruction incomplète des produits toxiques d'origine gastro-intestinale. Il est certain, en tout cas, que le traitement antiseptique et que la dépuration organique au moyen des purgatifs a pleinement réussi, aussi bien au point de vue de l'état général que de l'état psychique. Si les trois observations que je viens de rapporter ne sont pas encore suffisantes pour ouvrir un nouveau chapitre de l'histoire pathogénique des maladies mentales, elles peuvent cependant contribuer à nous donner un peu la raison de ces nombreux états de folie, qu'on a si souvent constatés à côté de troubles plus ou moins profonds des fonctions digestives.

Puisque l'antiseptie médicale a pleinement réussi dans ces cas, il y a tout lieu de croire que l'auto-intoxication était pour quelque chose dans les troubles psychiques que présentaient mes malades. D'autres faits plus nombreux et mieux observés établiront peut-être un jour une base plus solide à cette théorie, que je ne cherche aujourd'hui qu'à esquisser, et je suis même convaincu qu'ils finiront aussi par nous renseigner sur la nature d'une maladie qui est un sujet de controverse pour les aliénistes et qui est certainement une des plus graves de toute la psychiatrie : je parle du *délire aigu*. Dans sa remarquable thèse inaugurale, notre distingué confrère, M. le Dr Briand, n'est pas loin de plaider la nature toxique de la maladie, quand il dit : « L'aspect typhique des malades, les troubles physiques qu'ils présentent, leurs attitudes particulières si difficiles à décrire, mais si frappantes pour l'observateur qui les suit, les rapprochent singulièrement de cet état septicémique de

plusieurs autres affections graves et laisseraient croire à un empoisonnement dont la nature nous échappe. »

Eh bien, Messieurs, je suis absolument convaincu que le *délire aigu* n'est autre chose qu'une auto-intoxication portée à son plus haut degré d'intensité. Sans parler des troubles psychiques, si variables sur chaque malade et qui, eux, n'ont en somme rien de bien caractéristique, les autres symptômes de la maladie ne sont-ils pas les mêmes que ceux qu'on observe dans les cas d'intoxication par obstruction intestinale : l'élévation de température, la petitesse et la fréquence du pouls, les sueurs froides et visqueuses, la couleur terreuse des téguments, l'extrême fétidité de l'haleine, l'état syncopal des extrémités, la prostration, la mydriase, le collapsus, les crampes musculaires, etc. ? Les éruptions cutanées qu'on a quelquefois constatées dans le délire aigu, la couleur lie de vin, les plaques scarlatiniformes indiquées par Schüle et que j'ai moi-même constatées chez deux malades, ne les retrouve-t-on pas aussi dans les obstructions intestinales ? Lépine et Daniel Mollière, cités par Bouchard, virent un cas d'occlusion intestinale, suivi d'accidents simulant l'intoxication par l'atropine, *rougeur scarlatiniforme, mydriase, accélération du pouls*. N'est-il pas encore, le *délire aigu*, un accident grave des plus fréquents chez les mélancoliques anxieux, c'est-à-dire chez les aliénés qui ont les troubles les plus profonds des fonctions digestives ?

Ce n'est peut-être qu'une hypothèse, ce que je formule ici, mais elle est en tout cas d'accord avec les principes et les lois les plus incontestables de la pathologie générale. (*Applaudissements.*)



1329672371