

des non revaccinés, et ces varioleux *non revaccinés* ont une mortalité à peu près égale à celle des varioleux *non vaccinés*; le bénéfice d'une première vaccination pratiquée dans la petite enfance a donc presque entièrement disparu.

Si dans ce même groupe d'âge il y a déjà une faible proportion de revaccinés qui soient atteints de la variole, du moins on ne constate pas encore de mortalité chez ces *varioleux revaccinés*.

De 20 à 50 ans, la part des *non revaccinés* augmente de plus en plus dans le nombre des varioleux; elle est un peu plus des quatre cinquièmes, avec une mortalité toujours au-dessous de celle des varioleux non vaccinés, mais près de trois fois plus forte que celle des varioleux non revaccinés du groupe d'âge précédent. D'une autre part, le nombre des varioleux *revaccinés* s'affirme de plus en plus, cette fois-ci avec une part proportionnelle dans la mortalité des varioleux dans ce groupe d'âge.

Enfin, à partir de 50 ans et au-dessus de cet âge, si la proportion comparative des varioleux non vaccinés et celle des varioleux non revaccinés demeure à peu près la même que ce qu'elle est dans le groupe d'âge précédent: par contre, la mortalité des varioleux *non vaccinés* est plus forte qu'elle ne l'a jamais été jusque-là; ce qui démontre qu'on ne saurait jamais se flatter de posséder une immunité certaine parce que l'on serait resté jusqu'à cinquante ans sans avoir contracté la variole.

Il en est de même pour la mortalité des varioleux *non revaccinés*, qui est bien plus forte au-dessus de cinquante ans qu'elle ne l'a jamais été dans les groupes d'âge qui précèdent.

D'une autre part, si le chiffre des varioleux *revaccinés* est à peu près le même que dans le groupe d'âge précédent, par contre, leur mortalité a singulièrement augmenté puisqu'elle est près de huit fois plus forte qu'elle ne l'était de vingt à cinquante ans.

Nous ne connaissons pas pour notre part, de faits plus probants et plus démonstratifs du rôle qui revient à la pratique de la vaccination et des revaccinations successives dans la prophylaxie administrative de la variole. Tous les autres moyens de préservation ne sont que secondaires.

Suffisamment armée, et prévenue à temps, une Administration soucieuse de la santé de ses concitoyens sera toujours à même d'empêcher la moindre manifestation épidémique de cette terrible maladie.

Une bonne loi sur la vaccination et les revaccinations obligatoires s'impose à bref délai. Tous les hommes compétents en la matière, toutes les Sociétés de médecine et d'hygiène, l'Académie de médecine, le Comité consultatif d'hygiène de France, le Conseil de salubrité de la Seine et le plus grand nombre des Conseils départementaux d'hygiène et de salubrité l'ont demandée à diverses reprises.

Ce qui vient de se passer à Bordeaux, dans ce milieu spécial où la pratique des vaccinations publiques a pris, pour ainsi dire, droit de cité, montre

à côté des heureux résultats obtenus jusqu'ici, à côté de l'action préservatrice incontestable qui revient au Service municipal de la vaccine, combien cependant l'on a eu et on aura toujours à lutter contre l'insouciance, l'ignorance, le mauvais vouloir même d'une certaine partie de la population qui devrait être la première pourtant à courir au-devant de ses bienfaits.

Aussi, Messieurs, en vous communiquant ce travail bien capable d'apporter la conviction chez les esprits encore hésitants, ai-je pensé à demander à la Société d'émettre un vœu en faveur de la vaccination et des revaccinations obligatoires; un pareil vœu a déjà été émis par le Conseil central d'hygiène et par le Conseil Général de la Gironde à la suite de la communication de mon Rapport. Un projet de loi élaboré par la Chambre consacre le principe de la revaccination obligatoire. Les faits que je viens de vous signaler sont bien de nature à apporter un sérieux appoint à la discussion que soulèvera ce projet de loi et les vœux émis à la fois par le Conseil d'hygiène, le Conseil Général et notre Société d'hygiène pourront peser d'un certain poids dans la balance.

## LES DONNÉES DE LA PSYCHO-PATHOLOGIE

par L. DUPRAT

(MAUDSLEY. — *La pathologie de l'esprit*)

### LE SOMMEIL ET LE RÊVE

Wundt explique l'hypnose et la suggestion par leur analogie avec deux faits connus de tous, mais peu étudiés par les psychologues: le sommeil et le rêve. Maudsley avait déjà indiqué cette analogie. De plus, il avait donné une théorie de ces deux ordres de phénomènes qui, quoiqu'ils appartiennent à l'existence normale, n'en sont pas moins des états de « relâchement mental »: le sommeil, inactivité réparatrice, périodique et nécessaire; le rêve, activité psychique restreinte, irrationnelle, compagne habituelle du repos.

#### I

##### LE SOMMEIL; SES CAUSES; SES EFFETS

Le sommeil est un état duquel sont absentes (plus ou moins complètement) les excitations sensorielles et les réactions consécutives aux excitations; l'enchaînement logique des idées, le cours même des images sont, partiellement ou totalement suspendus; le repos musculaire coexiste avec le repos psychique. Le sommeil s'établit progressivement; il a des degrés; le réveil est généralement progressif: les sens ne s'obnubilent pas et ne se raniment pas tous au même instant; leur obnubilation n'est probablement jamais totale, de même que le relâchement de la tonicité musculaire n'est jamais absolu. Les phénomènes de la digestion, de la circulation, de la respiration, de la sécrétion, ne laissent pas de se produire: la vie de relation est donc seule intéressée.

« L'absence du sommeil, dit Maudsley, serait un miracle. » Il n'est aucun organisme qui ne se repose. L'activité animale est une dépense continuelle; sans doute, cette dépense aboutit à une incessante acquisition de forces nouvelles; mais l'acquisition suppose l'assimilation, l'intégration des matériaux accumulés. Or, c'est pendant le sommeil que produit la fatigue, que se fait l'assimilation, la distribution des forces recueillies, la restauration des énergies nerveuses, biologiques et psychiques. Les causes du sommeil sont donc : 1° l'épuisement de l'énergie du système nerveux par la souffrance, le travail, les exercices musculaires et intellectuels; 2° la réfection des forces de l'organisme.

La fatigue, première cause du sommeil, ne doit jamais être excessive. Les insomnies consécutives aux excès de divers genres le prouvent; et l'on sait qu'un être débilité ne peut pas plus dormir que travailler. Le sommeil normal est l'indice de la santé. D'autre part, la durée du sommeil est expliquée par la nécessité d'une restauration progressive, complexe et lente de toutes les énergies vitales. Il y a peut-être aussi comme un « balayage des produits accumulés de l'oxydation, enlevés » durant le repos de la nuit comme les rebuts dans quelques « villes, et qui agiraient sur les éléments nerveux à la façon » de l'acide carbonique, en causant une sorte de narcose. »

Quant au réveil, il ne s'explique pas seulement, en général, par « l'accumulation de l'énergie nerveuse. » Si la nuit favorise le sommeil, en nous privant de la plupart des excitations sensorielles accoutumées, la lumière du jour, ramenant avec elle mille bruits, mille impressions diverses, entraîne le réveil. Une excitation interne suffit parfois, soit directement, soit par l'intermédiaire du rêve qu'elle suscite, au moment où le sommeil devient plus léger par suite de la restauration des forces. L'habitude, enfin, met un terme à la durée du sommeil, et bien souvent le réveil se produit à un signal ordinairement observé, qu'il ait ou non été intentionnellement choisi au début.

On s'étonne parfois d'être réveillé à une heure précise, que l'on s'est fixé avant de s'endormir. Mais que l'on songe que le sommeil peut être très léger, c'est-à-dire que le nombre des sens aptes à recevoir des excitations extérieures est variable pendant le sommeil; qu'un seul sens peut rester éveillé, et qu'il peut y avoir comme une *anesthésie systématisée*, ne permettant au sujet que de percevoir le signal propre à donner l'éveil : le timbre d'une pendule, le son d'une cloche, etc.

A ceux qui oseraient encore demander ce que fait « l'âme » pendant le sommeil, on peut donc répondre qu'elle ne dort pas toujours. La capacité représentative est plus ou moins puissante dans le sommeil suivant les degrés de fatigue, de restauration et d'excitation, suivant l'habitude et parfois le désir.

Ne pourrions-nous pas en dire autant lorsqu'il s'agit de l'hypnose, ce sommeil pathologique qui ne diffère du sommeil normal que par l'intensité de certains caractères et notamment de la suggestibilité ? Car la suggestibilité existe dans le sommeil normal : (nous l'avons déjà montré *Gazette hebdomadaire*, 2 octobre 1892, « la Suggestion »); une personne légèrement endormie peut entendre les paroles prononcées doucement par une voix familière et y répondre sans se réveiller. L'absence de représentations antagonistes entraîne toujours la croyance à une représentation unique suscitée

par une excitation sensorielle, quelle qu'elle soit. Mais cela nous conduit au rêve.

## II

## LE RÊVE, SES CAUSES, SES EFFETS

Quelques auteurs ont prétendu que le rêve n'est absent d'aucun sommeil, quelque normal qu'il soit; d'autres ont dit que nous rêvons seulement au moment où le sommeil commence et au moment où il finit. En réalité, nous n'en savons rien, car l'oubli au réveil de la plupart de nos rêves est un fait aussi certain que l'existence de ceux dont nous nous souvenons.

On a dit que tous nos rêves sont provoqués par une impression sensorielle; mais les préoccupations intenses auxquelles le sommeil ne fait pas toujours trêve ne se traduisent-elles pas spontanément en rêve ? Ce qui est certain, c'est qu'une image surgit dans l'esprit, suscitée par les causes, les plus diverses, et qu'elle se développe automatiquement, c'est-à-dire qu'elle groupe autour d'elle d'autres images, de façon à justifier cette expression de « mise en scène » que Maudsley a fort heureusement employée. Cette puissance de synthèse dramatique qui cause l'admiration du savant anglais et qu'il ne croit pas explicable par les seules lois de l'association, nous éclaire sur le processus de l'imagination. Le rêve est bien un drame, une combinaison le plus souvent bizarre d'éléments hétérogènes, une succession figurée d'événements et d'actes conçus comme réels, succession beaucoup plus rapide que la conscience réfléchie ne le permettrait. (Ce qui est une ressemblance nouvelle du rêve avec la composition dramatique).

Le dormeur est comme l'artiste; il part d'une conception et construit, synthétise, sans que la réalité apporte son contrôle à l'activité libre de l'esprit. Mais « un rêve mis en action » doit paraître entièrement semblable à la folie. Les idées « s'associent de la manière la plus étrange ». Et, cependant, la direction des associations est dans une certaine mesure déterminée : 1° par l'expérience antérieure du rêveur, car on sait que les pensées et les sentiments de la veille reparaissent sous différentes formes dans le rêve, et que parfois les impressions les plus fugitives de la journée sont précisément celles que ravive l'activité psychique dans le sommeil; 2° par le caractère qui colore le rêve comme la vie normale; 3° par l'état émotionnel du dormeur, car l'état d'excitation ou de dépression de la personnalité pendant la journée détermine le caractère gai ou triste des conceptions et des visions (l'appréhension, la crainte suscitent des fantômes); 4° par les impressions passagères ou continues qui tantôt excitent, qui tantôt dépriment, outre leur caractère propre qui peut être ressenti (comme, par exemple, la chaleur d'un éredon); 5° par la qualité du sang et par l'apport cérébral plus ou moins intense.

La nature des rêves est donc aisément explicable si l'on admet cette fonction *synthétique* qui est la loi même de l'intelligence, et dans lequel Maudsley voyait une manifestation de l'Inconscient.

Si telle est la véritable explication du rêve, on comprend la valeur symptomatologique que certains auteurs attribuent à cet état mental. L'influence sourde de la maladie à ses débuts peut très souvent se faire sentir dans la nature du

rêve, déterminée par cette cause reconnue. Il peut y avoir ainsi chez le malade une sorte de prévision de l'apparition prochaine de son mal encore latent.

Les effets du rêve sont généralement peu appréciables pendant la durée des visions; sous l'influence de la succession des images, certains sentiments de frayeur, de plaisir, d'amour peuvent être ressentis très vivement; mais il n'en reste généralement aucune trace au réveil. Les cas semblables à celui de D..., le malade dont M. le docteur Tissié a rapporté à l'histoire, qui se mettait en voyage sous l'influence d'un rêve, sont fort rares, et demandent d'ailleurs une explication particulière. L'indifférence au réveil est la règle générale.

### III

#### L'OUBLI

En général, les images du rêve, souvent fort vives, sont oubliées au réveil: quelques-unes réapparaissent dans la conscience après bien des efforts ou dans des circonstances fortuites; beaucoup sont à jamais ensevelies. Il semble donc qu'un abîme se creuse entre la vie psychique de la veille et celle du sommeil, puisque l'oubli presque total de l'une est la condition de l'autre. Cependant le cours de notre expérience est normalement unilinéaire; les représentations se succèdent, enrichissant notre intelligence de leurs apports successifs. Mais elles ne sont pas toutes, pour ainsi dire, également bien reçues; celles-là seules brillent et sont nettement conscientes qui conviennent à notre constitution mentale, sont d'accord avec notre caractère et nos besoins; dans tel état de notre personnalité, nous prêterons spontanément attention à telles excitations, à telles représentations, à tels souvenirs, à tels sentiments; tandis qu'une multitude d'autres éléments psychiques attendront vainement le moment d'entrer dans le champ de l'aperception. Aussi faut-il, pour que les images du rêve soient mémorisées, que nous nous trouvions dans un état de conscience analogue à celui dans lequel elles se sont d'abord produites (1): hors de cet état, il n'y a pour elles que l'oubli.

L'oubli s'explique donc par la prépondérance acquise, au nom de notre intérêt vital ou en conformité avec notre caractère, par certaines représentations sur la multitude des autres qui restent par cela même au-dessous du niveau de l'opération. Nous ne nous souvenons spontanément que de ce qui nous intéresse au plus haut degré: or, que nous importe, dans l'état normal, le jeu bizarre des associations qui constitue le rêve? Nous ne sommes pas en état de nous en souvenir.

### IV

#### CONCLUSION

L'étude du sommeil et du rêve nous démontre au point de vue psychologique:

1° Que l'activité psychique ne cesse que très rarement en nous;

(1) Quant à toutes les excitations inaperçues de la conscience normale et qui sont mémorisées dans le rêve ou la maladie, il est possible que l'état favorable à leur apparition nettement consciente ne se produise qu'à ce moment, par suite d'une modification de la nutrition cérébrale ou même de la personnalité entière.

2° Que le fondement de cette activité est la synthèse des représentations, loi constitutive de l'intelligence;

3° Que l'attention, prêtée aux divers éléments psychiques, en vertu de l'intérêt qu'ils présentent pour notre personnalité à un moment donné, explique le souvenir et l'oubli.

Au point de vue médical, l'importance du rêve comme moyen de diagnostic mériterait peut-être plus d'attention qu'on ne semble lui en accorder.

## Revue de la Presse Médicale Etrangère

### De l'étranglement herniaire de l'appendice iléo-cæcal par POLLOSSON (*Lyon médical*, 21 mai 1893, p. 75).

Observation I. — X. Y., 71 ans, vieillard cachectique; on trouve dans la région iliaque droite, au-dessus de l'arcade, une tumeur fluctuante qu'on incise; le malade meurt quelques jours après. A l'autopsie, on trouve dans cette tumeur l'appendice iléo-cæcal gangrené et perforé.

Obs. II. — A. E..., repasseuse, 37 ans, porte depuis cinq ans une tumeur dans la région crurale; elle présente tous les symptômes d'une hernie étranglée. *Opération*: le sac incisé, on y trouve un cordon rougeâtre du volume du petit doigt; on débride l'étranglement et on voit que ce cordon est l'appendice iléo-cæcal. On le lie et on le résèque. Guérison.

Obs. III. — X. Y..., infirmière, 32 ans, porte depuis deux ans une hernie crurale droite; symptômes d'étranglement. *Opération*: Le sac est incisé, le doigt introduit dans le sac rencontre profondément, au-devant de l'anneau crural, une petite tumeur dure, résistante; on agrandit l'incision et on voit un corps cylindroïde, tendu, rougeâtre, présentant comme un appendice épiploïque sur un de ses bords et qui fait l'impression de l'appendice. On résèque cet appendice après l'avoir lié.

L'auteur termine par les conclusions suivantes:

1° Il existe des hernies crurales dans lesquelles le contenu est constitué par le seul appendice iléo-cæcal;

2° Ces hernies peuvent devenir le siège d'un étranglement;

3° Les symptômes sont tantôt ceux de l'enterocèle étranglée, tantôt ceux de l'épiplocèle étranglée;

4° Le traitement se rapproche de celui de la hernie étranglée ordinaire. On pourra réussir par le taxis.

Le débridement n'est pas toujours nécessaire; on le pratiquera seulement si l'appendice ne peut être tiré au dehors.

On pratiquera la résection de l'appendice en partie saine au-dessous d'une ligature circulaire au catgut.

Il sera prudent de faire l'occlusion de la section terminale du tube par quelques points de suture, ou d'assurer l'asepsie de la muqueuse par une cautérisation au thermo-cautére.

### Prolapsus utérin et grossesse.

Un utérus complètement en dehors de la vulve au troisième mois d'une grossesse, réduit alors et dans lequel la grossesse continue régulièrement jusqu'à terme, tel est le fait que vient d'observer M. Jeffery et dont il publie les détails dans le *Medical record*.

*Commentaires.* — Dans le chiffre de 1,971 cas de variole relevés et contrôlés par le service, il y a 873 cas fournis par le sexe masculin, et 1,098 cas par le sexe féminin; soit une proportion comparative par 100 malades de 44,39 p. 100, hommes et 55,61 p. 100 femmes.

Le nombre des femmes atteintes est donc sensiblement plus élevé que celui des hommes; ce qui peut s'expliquer par le bénéfice que les hommes retirent de la pratique des revaccinations auxquelles ils sont soumis pendant leur passage à l'armée.

Cette proposition est confirmée par ce fait que si l'on considère les groupes d'âge au-dessous de 20 ans, le chiffre des femmes atteintes reste ici inférieur à celui des hommes: (377 femmes et 391 hommes). Ce n'est qu'à partir de 20 ans que la différence de nombre en faveur des hommes s'accuse d'une façon très nette. Dans les groupes d'âge au-dessus de 20 ans, on trouve, en effet, 721 femmes atteintes, et seulement 482 hommes.

Le nombre des décès de variole s'élève, pour l'année entière, à 283; soit une proportion de 14,6 pour 100 cas de variole connus.

Sur ces 283 décès, 145 sont fournis par le sexe masculin et 138 par le sexe féminin. Il en résulte que si le chiffre de la morbidité est beaucoup plus élevé pour les femmes que pour les hommes, en revanche les femmes ont présenté une mortalité proportionnelle sensiblement inférieure à celles des hommes.

C'est ainsi que les 1,098 cas de variole fournis par le sexe féminin ont donné lieu à 138 décès, ce qui fait une proportion de 12,6 décès pour 100 femmes malades; tandis que les 873 cas fournis par le sexe masculin ont donné 145 décès, soit une proportion de 16,6 décès pour 100 hommes malades.

Mais il est à remarquer que cette mortalité proportionnelle plus élevée pour le sexe masculin, pèse surtout sur les groupes d'âge au-dessous de 20 ans; et s'explique par ce fait que les *non vaccinés* se rencontrent en plus grand nombre chez les garçons que chez les filles.

En effet, sur 100 garçons varioleux *au-dessous de 20 ans*, le chiffre des *non vaccinés* est de 54 p. 100, tandis que sur 100 filles varioleuses, également au-dessous de 20 ans, il n'est que de 40 p. 100. — Au contraire, *au-dessus de 20 ans*, le chiffre des *non vaccinés* sur 100 varioleux de sexe féminin est de 87 p. 100, tandis qu'il n'est sur 100 varioleux du sexe masculin que de 47 p. 100.

Ces deux faits mis en lumière: 1° que, au-dessus de 20 ans, les hommes présentent une morbidité bien moins considérable que les femmes du même groupe d'âge; 2° que la mortalité proportionnelle pour l'ensemble des groupes d'âge est bien plus élevée pour les hommes que pour les femmes, mais que cette différence porte surtout sur les groupes d'âge au-dessous de 20 ans, démontrent une fois de plus, les bienfaits incontestables de la revaccination obligatoire.

II. — Si, maintenant, nous considérons à la fois la morbidité et la mortalité d'ensemble par groupe d'âge, nous voyons:

1° Que *de 0 à 10 ans*, sur 100 varioleux, il y en a 85,2 p. 100 qui sont des *non vaccinés* et 14,8 p. 100 des *non revaccinés*; ce qui démontre que déjà la nécessité de la revaccination se fait sentir, principalement au bout de 6 ans, c'est-à-dire à partir de l'âge d'admission dans les écoles primaires.

De plus: sur 100 décès de cette période d'âge, 96 p. 100 sont fournis par des *non vaccinés* et 4 p. 100 par des *non revaccinés*.

100 varioleux *non vaccinés* de 0 à 10 donnent une mortalité de 30 pour 100 malades.

100 varioleux *non revaccinés* n'ont qu'une mortalité de 6 p. 100.

2° *De 10 à 20 ans*, sur 100 varioleux, il y en a 31,2 qui sont des *non revaccinés*, 67,6 p. 100 qui sont des *non revaccinés* et 1,2 p. 100 qui sont des *revaccinés*.

100 varioleux *non revaccinés* de 10 à 20 ans, donnent une mortalité de 9,5 pour 100 malades; 100 varioleux *non revaccinés* ont une mortalité de 8,8 p. 100.

Les varioleux *revaccinés* de ce groupe d'âge n'ont pas fourni de décès.

La nécessité de la revaccination s'affirme de plus en plus:

3° *De 20 à 50 ans*, sur 100 varioleux, il y en a 15,1 qui sont des *non vaccinés*, 81,3 qui sont des *non revaccinés* et 3,6 qui sont des *revaccinés*.

100 varioleux de ce groupe d'âge *non vaccinés* ont une mortalité de 23 p. 100.

100 varioleux *non revaccinés* ont une mortalité de 18,5 p. 100.

100 varioleux *revaccinés* ont une mortalité de 3,5 p. 100.

La nécessité de pratiquer, en temps d'épidémie surtout, une nouvelle revaccination sur les *revaccinés* de ce groupe d'âge, se démontre bien par ces résultats:

4° *De 50 ans et au-dessus* sur 100 varioleux, il y en a 13,8 qui sont des *non revaccinés*, 82,1 qui sont des *non revaccinés* et 4,1 qui sont des *revaccinés*.

100 varioleux de ce groupe d'âge *non vaccinés* ont une mortalité de 40 p. 100.

100 varioleux *non revaccinés*, une mortalité de 32,22 p. 100.

100 varioleux *revaccinés* ont une mortalité de 25 p. 100.

La nécessité de revacciner les *revaccinés*, c'est-à-dire la pratique des revaccinations multiples se démontre ici de la façon la plus évidente.

III. — En résumé: *de 0 à 10 ans*, s'il y a déjà des *non revaccinés* qui soient atteints de la variole, la mortalité de ces *non revaccinés* est cinq fois moindre que celle des varioleux *non vaccinés*.

Il n'y a pas encore pour ce groupe d'âge, de *revaccinés* qui soient atteints de la maladie.

*De 10 à 20 ans*, les deux tiers des varioleux sont