

rexie, la flatulence et le météorisme, la sensibilité douloureuse du ventre, la constipation opiniâtre et l'état des matières fécales; 2° par les troubles des humeurs, sécrétions et excréctions, que nous avons déjà indiqués à la Pathologie générale et parmi lesquels nous rappelons: la diminution notable de l'HCL et de l'acidité totale du suc gastrique, ainsi que son hypertoxicité; l'insuffisance hépatique; la diminution de la sécrétion sudorale; la diminution de l'hémoglobine, des globules rouges et l'absence des cellules éosinophiles dans le sang; l'abaissement léger du taux urinaire avec augmentation de l'oxalate de chaux, l'hypertoxicité de l'urine; 3° enfin, par d'autres symptômes plus ou moins constants et attribuables aussi à une intoxication de l'organisme, tels, par exemple, que celui de la corde musculaire, signalé par VALLON et WAHL.

La question se pose donc de savoir si la mélancolie n'est pas due à une auto-intoxication.

A cette question, on ne peut répondre encore d'une façon absolue. La mélancolie coexiste le plus souvent avec des signes d'auto-intoxication, particulièrement d'auto-intoxication gastro-intestinale, voilà un point acquis. Cela étant, est-ce cette auto-intoxication qui crée la psychose? Est-ce, au contraire, la psychose qui favorise l'auto-intoxication? Y a-t-il enfin, comme dans une sorte de cercle vicieux, retentissement réciproque d'un facteur sur l'autre? Voilà ce que nous ne pouvons préciser. CLOUSTON, dans un travail récent (1902), exprime cette idée qu'il existe des cas où la mélancolie est réellement due à une toxémie et réclame un traitement antitoxique, tandis que, dans d'autres, elle a son origine dans le cortex cérébral et se trouve par suite justiciable d'un traitement tonique et sédatif. A supposer qu'il y ait réellement ainsi deux formes pathogéniques de mélancolie, ce qui reste douteux, comment les distinguer l'une de l'autre, cliniquement?

En résumé, nous pensons qu'il faut s'en tenir, à l'heure actuelle, à cette donnée que la mélancolie s'accompagne habituellement de toxémie, surtout gastro-intestinale, et que cette toxémie paraît jouer un rôle plus ou moins important dans son étiologie.

c. *Formes de la mélancolie aiguë typique.* — La description que nous venons de tracer s'applique à la mélancolie aiguë en général. Mais, sur ce même fond clinique, tel ou tel ordre de symptômes peut prédominer et c'est ce qui explique les formes ou variétés plus ou moins nombreuses que les auteurs ont admises dans la mélancolie. Nous croyons qu'on peut reconnaître trois formes de mélancolie aiguë: la *forme délirante*, la *forme anxieuse*, la *forme stuporeuse*, étant bien entendu qu'il s'agit de la même maladie, avec simple accentuation d'un de ses troubles constituants lui imprimant de ce chef une physionomie un peu spéciale.

α) *Mélancolie délirante.* — Nous ne dirons rien de la *forme délirante*, qui a été prise pour type dans la description ci-dessus. Nous rappellerons simplement que le délire d'auto-accusation, qui en forme l'élément principal, peut se traduire par des idées de culpabilité, surtout religieuse (idées de péché, de damnation, etc.), d'où le nom de *mélancolie religieuse* attribué parfois à cette variété de mélancolie délirante, et aussi, que c'est dans la forme délirante que l'on rencontre le plus souvent des hallucinations sensorielles.

β) *Mélancolie anxieuse.* — Nous avons vu que l'élément fondamental de la mélancolie résidait dans un trouble cénesthésique donnant au malade la sensation d'un changement de sa

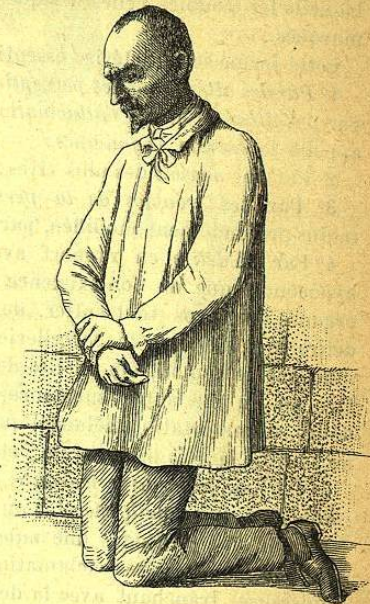


Fig. 26.
Mélancolie religieuse
(d'après MOREL).

personne ou des objets extérieurs. Nous avons vu aussi que la conséquence forcée de cet état était de déterminer un sentiment d'inquiétude morbide des plus pénibles. Ce sentiment d'inquiétude pénible, c'est l'anxiété.

La forme anxieuse de la mélancolie aiguë est donc celle dans laquelle les troubles cénesthésiques sont tout particulièrement marqués.

Cette forme se caractérise essentiellement :

1° Par des *altérations des perceptions conscientes*, en particulier par des *illusions* et des *hallucinations viscérales* ou, comme les appelle TAMBURINI, *organiques*;

2° Par une *anxiété* des plus vives;

3° Par des *troubles de la personnalité consciente*, plus ou moins profondément modifiée, parfois même abolie;

4° Par un *délire* en rapport avec ces phénomènes : délire hypocondriaque de non-existence ou de destruction de divers organes, du corps tout entier, de l'âme, du monde, de Dieu; délire de maléfices, de sorcellerie, de possession par un animal, par le démon, etc.; délire de transformation en un autre être ou en une autre substance, bois, pierre, marbre, etc.; délire d'immortalité mélancolique, c'est-à-dire conviction de ne pouvoir jamais mourir, etc., etc.;

5° Par une *propension marquée* au suicide et aux *mutilations volontaires*, avec *analgésie* plus ou moins complète;

6° Par une *attitude*, une *mimique*, une *gesticulation*, une *agitation inquiètes* avec exclamations, gémissements (mélancolie gémissieuse) tranchant avec la dépression immobile et muette de la mélancolie simple, mais impossibles à confondre avec l'agitation expansive et violente de la manie (Voir fig. 27).

Telles sont les particularités symptomatiques de la mélancolie aiguë anxieuse, particularités auxquelles peuvent venir s'en joindre d'autres, par exemple l'excitation sexuelle (CUL-LEPPE, 1903).

COTARD, qui a eu le grand mérite d'étudier, le premier, l'évolution de la mélancolie anxieuse, a montré que, dans certains cas, le délire hypocondriaque de non-existence personnelle ou extérieure arrivait à prédominer d'une façon absolue et à se

systématiser même au point de mériter le nom qu'il lui a donné de *délire de négation*. Il a montré en outre que, dans ces cas, le délire de négation pouvait aboutir par une marche toute naturelle à une sorte de délire des grandeurs à rebours, avec



Fig. 27.

Mélancolie anxieuse et gémissieuse (d'après MOREL).

idées habituelles d'immortalité, d'immensité, c'est-à-dire à un *délire d'énormité*.

Nous retrouverons, en parlant de la mélancolie chronique, à laquelle elle appartient en réalité, cette évolution symptomatique, connue aujourd'hui sous le nom de « *Syndromé de COTARD* » que j'ai proposé de lui attribuer. Nous ne faisons que la mentionner ici, pour dire que si le délire de négation, de négation

d'organes surtout, est souvent un délire de mélancolie anxieuse chronique, un véritable délire systématisé mélancolique secondaire, comme l'admettent SÉGLAS et ANGLADE, il peut être aussi primitif, lorsqu'il est lié, notamment, à de l'auto-intoxication gastro-intestinale très accentuée.

Un autre fait qui me paraît avoir cliniquement autant d'importance que d'intérêt, c'est la similitude qui peut exister entre la *mélancolie anxieuse* avec *délire hypochondriaque de négation* et la *paralysie générale*.

J'ai déjà, en 1889, énuméré les difficultés de ce diagnostic et les signes qui paraissent les plus propres à l'établir. Depuis, j'ai vu de nouveaux cas du même genre où il existait d'autres symptômes tels que tremblement de la langue et des mains, dénutrition rapide et profonde, grincement des dents, gâtisme aigu, confusion mentale et hébétude, etc., bien faits pour rendre le diagnostic plus difficile encore et, parfois même, pour le laisser en suspens. Ces cas de lypémanie aiguë, d'un aspect symptomatique aussi rapproché de la paralysie générale, sont certainement à revoir et à étudier à nouveau de près. Il importe, en tout cas, dans la pratique, de les avoir présents à l'esprit.

γ. *Mélancolie avec stupeur*. — A la suite des travaux de BAILLARGER, établissant que certains des cas connus jusqu'alors sous le nom générique de stupidité appartenaient à la mélancolie dépressive dont ils étaient, en quelque sorte, la plus haute expression, on en vint peu à peu à oublier la stupidité elle-même et à la fondre tout entière dans la mélancolie, sous le terme de *mélancolie avec stupeur*.

Aujourd'hui, un revirement s'est produit et la distinction antérieure entre la mélancolie avec stupeur et la *stupidité*, toujours maintenue en Allemagne, s'est rétablie en France sous l'influence, surtout, de CHASLIN et de SÉGLAS.

Cette distinction s'impose en effet et nous la conserverons, en disant ici quelques mots de la mélancolie avec stupeur, forme de mélancolie aiguë, et en parlant plus loin de la stupidité, au chapitre de la Confusion mentale, dont elle relève.

La mélancolie avec stupeur se manifeste rarement d'emblée. Elle succède, le plus souvent, à l'une des autres formes de mé-

lancolie aiguë, à la forme anxieuse, mais surtout à la forme délirante.

La mélancolie avec stupeur se caractérise essentiellement par la *suspension complète de toute manifestation extérieure d'activité*. Les malades sont absolument inertes, immobiles; ils ne parlent pas, ne mangent pas, ne marchent pas, ne font ni un geste ni un mouvement; leur visage, aux traits douloureusement contractés, reste comme figé dans cette expression; le corps et les membres subissent passivement les déplacements et les attitudes qu'on leur imprime, parfois avec une certaine résistance automatique; la circulation se fait mal; on trouve la température abaissée, les extrémités froides et violacées, le pouls lent, petit et serré, la respiration superficielle et plus rare, l'anesthésie et l'analgésie souvent complètes, l'asitiophobie invincible, l'abandon de soi-même et l'état gâteux absolu. Les stuporeux restent ainsi pendant plus ou moins longtemps, le jour debout ou assis dans quelque coin d'une salle, repliés sur eux-mêmes dans l'immobilité d'une statue, la nuit couchés ou demi-assis dans



Fig. 28.
Mélancolie avec stupeur. Oméga mélancolique (collection de l'auteur).

leur lit, dans les positions les plus incommodes, révélant, dit SCHULE, leur soif de souffrances et leur désir obsédant de pénitence. Parfois, sous l'influence d'une impulsion subite, ils sortent tout à coup de leur silence et de leur inertie, laissent échapper un cri, une exclamation, une phrase, ont un accès subit d'agitation ou se livrent à un acte de violence, puis tout s'éteint et ils retombent à nouveau dans leur état d'apparente mort.

Si, physiquement, la mélancolie avec stupeur ressemble beaucoup à la confusion mentale avec stupidité, il n'en est pas de même psychiquement. Ici, le tableau est sensiblement différent. Au lieu de la désorientation d'esprit, de l'obtusion, de l'indifférence hébété où le malade se trouve plongé et comme égaré dans la confusion mentale, même lorsqu'il s'y mêle du délire de rêve hallucinatoire, ce qui domine, dans la mélancolie avec stupeur comme dans toute mélancolie, c'est le *trouble fondamental affectif, la douleur morale, avec concentration pénible de l'esprit* sur des idées tristes ou terrifiantes.

Les malades se croient perdus, condamnés, ils marchent à l'échafaud, ils sont morts, dans l'enfer ; ou bien ils assistent au supplice de leurs parents, au bouleversement du monde, en un mot, à des catastrophes horribles dont ils sont eux-mêmes les auteurs, tout cela accompagné parfois d'*hallucinations* auditives et visuelles.

Voilà ce qu'est la mélancolie avec stupeur, dont la nature et les caractères ne sauraient mieux être résumés que dans les phrases suivantes d'ESQUIROL : « La sensibilité concentrée sur un objet semble avoir abandonné tous les organes ; le corps est impassible à toute impression, tandis que l'esprit ne s'exerce plus que sur un objet unique qui absorbe toute l'attention et suspend l'exercice de toutes les fonctions intellectuelles. L'immobilité du corps, la fixité des traits de la face, le silence obstiné trahissent la contention douloureuse de l'intelligence et des affections. Ce n'est pas une douleur qui s'agite, qui se plaint, qui crie, qui pleure, c'est une douleur qui se tait, qui n'a plus de larmes, qui est impassible ».

C. PÉRIODE DE TERMINAISON DE LA MÉLANCOLIE AIGUE. — La mé-

lancolie aiguë peut se terminer comme la manie : 1° par la guérison ; 2° par la mort ; 3° par le passage à l'état chronique.

a. *Guérison*. — La guérison est la terminaison la plus fréquente. Elle s'opère, d'habitude, par un réveil progressif de l'activité, le retour du sommeil, la disparition graduelle des conceptions délirantes. Très souvent, il reste un état de dépression générale et d'obtusion des facultés qui persiste plus ou moins longtemps après la guérison.

b. *Mort*. — La terminaison par la mort n'est pas rare, surtout dans les formes anxieuses et stuporeuses et chez les sujets débilisés. Elle survient soit par affaiblissement progressif des forces, résultant de l'inanition, de la déchéance physique, soit par une complication viscérale, diarrhée, congestion pulmonaire, etc. Enfin la mort peut être le résultat du suicide.

c. *Passage à l'état chronique*. — Le passage à l'état chronique se produit de la même façon que dans la manie. Lorsqu'il doit avoir lieu, la dépression diminue, mais persiste à l'état subaigu. Les conceptions délirantes et les hallucinations deviennent fixes et permanentes, en même temps que la santé générale se rétablit en tout ou partie. C'est la *forme anxieuse*, ainsi que nous allons le voir, qui a le plus de tendance à se terminer par la chronicité.

3° *Marche, durée*. — La mélancolie aiguë a d'habitude, comme la manie, une *marche régulière*, susceptible d'être divisée en périodes distinctes. Toutefois, elle est éminemment sujette, durant son cours, à des oscillations plus ou moins fréquentes et plus ou moins marquées. Sa *durée* est en général plus longue que celle de la manie. Il est rare qu'elle guérisse avant trois ou quatre mois. La guérison survient, en moyenne, du sixième au douzième mois.

La *mélancolie anxieuse* a une marche aiguë, souvent très rapide. La *mélancolie avec stupeur* a une marche lente et une durée variable. Lorsqu'elle guérit, les malades se rappellent très bien, d'habitude, toutes les phases de leur délire, contrairement à ceux relevant de confusion stupide.

4° *Anatomie pathologique*. — Les lésions de la mélancolie

aiguë ne sont guère connues. Elles consistent, a-t-on dit, dans l'*ischémie* de régions diverses du cerveau.

On a trouvé également, dans certains cas de mélancolie, surtout dans la mélancolie avec stupeur, d'autres altérations telles que : l'œdème cérébral (ETOC-DEMAZY, MARCÉ), des modifications des *cellules* de l'écorce (WIGLESWORTH, KLIPPEL ET AZOULAY) devenues granuleuses, sphériques, avec déplacement de leur noyau, des lésions diffuses du système nerveux (ANGLADE) consistant principalement en lésions des cellules de l'écorce et des cellules radiculaires antérieures de la moelle, lésions scléreuses (cordons postérieurs), lésions de névrite parenchymateuse et interstitielle dans les nerfs périphériques. Mais il n'y a rien de constant ni de précis dans ces diverses lésions.

Les *altérations viscérales*, surtout celles des organes de l'abdomen, sont plus fréquentes et plus marquées. Dès la plus haute antiquité on les a constatées et dès la plus haute antiquité aussi, c'est à elles qu'on a rapporté la mélancolie, témoin le nom même de la maladie. Ce qui a différé dans la succession des temps, c'est l'interprétation, la théorie. Après la « sympathie », nous sommes revenus aujourd'hui, sous le nom d'auto-intoxication, à l'idée d'un empoisonnement de l'organisme par les humeurs intérieures. Il est possible que cet empoisonnement se traduise par des lésions des voies nerveuses conductrices de la sensibilité viscérale, c'est-à-dire du grand sympathique.

5° Pronostic. — Le pronostic de la *mélancolie aiguë simple*, dépourvue de toute complication, est presque aussi favorable que celui de la manie aiguë. Lorsque la mélancolie est symptomatique, le pronostic varie suivant l'affection à laquelle elle est liée. Contrairement à la manie, la mélancolie s'aggrave dans les saisons d'automne et d'hiver et guérit plus facilement au printemps. Elle est surtout grave indirectement, par les actes morbides qu'elle détermine : refus d'aliments et tendance au suicide.

Ce pronostic est surtout celui de la mélancolie aiguë délirante. La *mélancolie anxieuse* a un pronostic plus grave, parce qu'elle tourne plus facilement à l'état chronique. Le pronostic de la

mélancolie avec stupeur est également plus sérieux, pour les raisons que nous avons indiquées.

6° Diagnostic. — La *mélancolie aiguë* peut être confondue avec une *maladie aiguë fébrile* au début, telle que la fièvre typhoïde, lorsqu'elle s'accompagne d'accélération du pouls et d'état saburral des voies digestives. Les caractères du délire et la marche de la température suffisent, en général, à lever bientôt tous les doutes.

La mélancolie délirante peut être prise, dans un certain nombre de cas, pour une *psychose systématisée progressive*. Ainsi la mélancolie avec délire hypocondriaque ressemble plus ou moins au délire hypocondriaque de la psychose systématisée progressive; la mélancolie avec idées délirantes de persécution au délire systématisé de persécution; la mélancolie avec idées délirantes de damnation, de sorcellerie, de maléfice au délire systématisé religieux. L'état cénesthésique douloureux, la dépression ou l'anxiété, le caractère nettement auto-accusateur du délire, la fréquence et l'importance moindres des hallucinations, la tendance au suicide, enfin l'attitude humble et contrite du malade constituent, dans ces cas, les principaux signes différentiels.

Nous parlerons plus tard, aux psychoses de dégénérescences, des *persécutés mélancoliques* ou *persécutés auto-accusateurs*, type mixte dans lequel les deux genres de psychoses, mélancolique et systématisée, paraissent se mélanger en proportions variables.

La *mélancolie anxieuse* ne se sépare pas toujours très nettement des *névroses* ou plutôt, des *psycho-névroses anxieuses* et il est tels cas, par exemple, qu'il est difficile de placer dans l'*obsession* ou dans la mélancolie. C'est que, ainsi que nous l'avons fait remarquer, PITHES et moi, il n'y a entre la névrose anxieuse et la psychose anxieuse qu'une différence du plus au moins et que l'une peut verser dans l'autre, et réciproquement. Cette parenté des deux sortes d'états morbides s'accroît de ce fait que le délire hypocondriaque de négation, expression délirante par excellence de la mélancolie anxieuse, se retrouve sous une forme rudimentaire dans certaines psycho-névroses, comme l'*obsession*, et même dans certaines névroses, comme la *neurasthénie*, dont

les manifestations nosophobiques ne sont souvent autre chose, ainsi que je l'ai montré dans la thèse de mon élève COTARD (1904), que du délire de négation à l'état embryonnaire.

Ces réflexions faites, disons qu'il est généralement facile de distinguer la mélancolie anxieuse, avec son acuité de symptômes, son délire vrai, c'est-à-dire accepté, des névroses et psycho-névroses anxieuses, dans lesquelles la raison proprement dite n'est pas atteinte, le malade gardant la pleine conscience de son état.

Ce qui est souvent plus difficile, ainsi que nous l'avons déjà laissé entendre, c'est de différencier la mélancolie anxieuse aiguë grave, accompagnée de délire de négation d'organes, de la *paralysie générale* à forme hypocondriaque. Il faut se rappeler que la mélancolie anxieuse est plus fréquente chez la femme que chez l'homme, qu'elle n'a pas de lien étiologique avec la syphilis, que le délire n'y présente pas le cachet absurde et dementiel qu'il offre dans la paralysie générale, enfin, que certains symptômes physiques tels que embarras de la parole, inégalité des pupilles, etc., n'y existent pas ou presque pas. La ponction lombaire, à laquelle on peut recourir, n'y révèle pas non plus de lymphocytose.

La mélancolie avec stupeur peut être confondue, et l'est souvent encore, avec la *confusion mentale à forme stupide*, ainsi qu'avec la démence précoce catatonique. Nous reviendrons sur ce point au chapitre de la démence précoce.

7° Traitement. — Au début, on peut essayer du *traitement moral* par les *voyages* et les *distractions*, aidé d'agents généraux, comme l'*hydrothérapie* et l'*électricité*. Mais ces moyens échouent le plus souvent. On obtiendrait de meilleurs résultats pour atténuer ou enrayer l'accès en instituant un traitement médical destiné à combattre les phénomènes d'*auto-intoxication* (purgatifs répétés, antiseptie gastro-intestinale).

À la période d'état, l'*internement* est habituellement nécessaire au triple point de vue de l'isolement, du traitement et de la surveillance du malade, dont il faut toujours prévoir les tentatives possibles de suicide. Cependant, dans les cas légers et lorsque la

tendance aux actes morbides est peu accusée, la cure d'isolement pourra se faire dans une *maison de campagne* ou de *nerveux*. Suivant les cas : *hydrothérapie*, drap mouillé, bains russes, bains tures, bains sinapisés, frictions sèches, *électricité* (courants galvaniques ou faradiques). *Alimentation convenable*, au besoin alimentation forcée. *Sédatifs nerveux* et *hypnotiques* (bromures, chloral, véronal, etc.), injections de cocaïne (MORSELLI et BUCCOLA), teinture de noix vomique et laudanum à doses progressives combinés avec le repos au lit, les purgatifs quotidiens et les douches (BELLE et LEMOINE), *toniques* (quinquina, fer, caféine, kola, peptones), phosphate de codéine en injections ou en pilules, trinitrine dans les cas à anxiété prédominante, etc. *Purgations répétées*. *Lavage méthodique de l'estomac* (alcalin, acide ou antiseptique suivant les cas), à la fois contre la sitiophobie et les troubles d'auto-intoxication, agents provocateurs ou tout au moins aggravants de la mélancolie (RÉGIS).

Dans les formes aiguës, surtout anxieuses et stuporeuses, *cure d'alitement* réglée par le médecin.

Dans ces mêmes formes, lorsque la dénutrition est rapide, *suralimentation*, injections d'arsenic, de cacodylate de soude, d'arrhénal et, parfois aussi, grandes injections de *sérum artificiel*.

À toutes les périodes, mais principalement à la période de convalescence, *traitement moral*, capital dans la mélancolie, et consistant surtout dans l'action psychothérapique du médecin et de ses aides et dans l'exécution de tout un programme, judicieusement combiné suivant chaque cas, d'occupations et de distractions. Transfèrement, au moment voulu, des malades dans les quartiers de convalescents. Permissions et sorties d'essai. Médication tonique et reconstituante.

§ 2. — MÉLANCOLIE SUBAIGUE (DÉPRESSION MÉLANCOLIQUE)

Ce type de mélancolie porte encore le nom de *mélancolie avec conscience*.

1° Étiologie. — Héritéité très fréquente, parfois même simi-

laire. Prédominance marquée du sexe féminin. Influence de la menstruation et surtout de la ménopause. Arthritisme. Herpétisme. Poussées d'auto-intoxication diathésique en rapport avec les accès de mélancolie.

2° Description. — Le début de la mélancolie avec conscience est assez rapide ; il succède directement, d'habitude, à la cause occasionnelle provocatrice, shock moral ou toxémie.

Le plus souvent, tout se borne à un état général de tristesse, de dépression, d'inaction, d'impuissance. Les malades fuient tout travail, toute occupation, toute société ; ils s'isolent dans leur chambre, où ils s'enferment quelquefois pendant des semaines et des mois entiers, sans vouloir recevoir personne, passant leur temps assis ou couchés, incapables de vouloir se décider, de faire un effort pour agir. C'est la *dépression mélancolique simple*, appelée encore, suivant les cas, *hypocondrie morale*, *mélancolie misanthropique*, *mélancolie perplexe*, *mélancolie aboulique*. Il s'y joint, la plupart du temps, de la constipation, du ralentissement de la nutrition générale, de l'insomnie et, parfois aussi, une tendance consciente et raisonnée au suicide.

Il va de soi que cet état repose, comme toute mélancolie, sur des troubles fondamentaux de la *cénesthésie*.

A ces symptômes, qui peuvent exister seuls, se joignent d'ordinaire des préoccupations malades constituant plutôt des *idées fixes* ou des *idées obsédantes* qu'un véritable délire et dont les plus fréquentes sont : les idées hypocondriaques, les idées de persécution, les idées religieuses, les idées de scrupule, etc.

Mais, malgré ces conceptions, qui se maintiennent du reste dans des limites relatives, le sujet conserve sa *lucidité* ainsi que la *conscience de son état maladif*, d'où le nom de *mélancolie avec conscience* donné, nous l'avons vu, à cet état.

Les malades sont susceptibles d'apprécier leur affection sous son vrai jour et, parfois même, de résister à leurs tendances pathologiques.

3° Marche, durée, terminaison. — La mélancolie subaiguë

ou avec conscience se manifeste le plus souvent sous forme d'*accès* plus ou moins longs, débutant et finissant d'une façon rapide, et se reproduisant ordinairement plusieurs fois chez le même malade. C'est en effet le type le plus fréquent de la *mélancolie intermittente*. La terminaison habituelle est donc la guérison, mais une guérison précaire et sujette à récives. Dans certains cas la mort peut survenir, presque toujours par suicide.

4° Pronostic. — Le pronostic est plus favorable que celui de la mélancolie aiguë, mais il y a des réserves à faire au point de vue de l'avenir. La mélancolie subaiguë peut en effet préluder à la déchéance organique et, par suite, être appelée *pré-sénile* (KRAEPELIN, SÉRIEUX, CAPGRAS). Mais cela n'a lieu que dans certains cas, principalement, je crois, lorsqu'il existe de l'artériosclérose.

5° Anatomie pathologique. — Lésions variables et peu connues ; les mêmes, au fond, que celles de la mélancolie aiguë.

6° Diagnostic. — La mélancolie subaiguë ou avec conscience ne peut guère être confondue qu'avec la *neurasthénie* et avec l'*obsession*. Le diagnostic entre ces états est souvent fort difficile et il existe des intermédiaires, c'est-à-dire des *neurasthénies mélancoliques* ou des *mélancolies neurasthéniques*, avec ou sans obsessions, dans lesquels ce diagnostic est même à peu près impossible. D'une façon générale, les signes de tristesse, de dépression, sont moins accusés dans la neurasthénie et l'obsession ; en revanche, les crises anxieuses y sont plus nettes, plus paroxystiques, la conscience de l'état y est plus parfaite et les idées malades y sont non seulement appréciées comme telles, mais encore combattues, sinon repoussées.

7° Traitement. — Même traitement que celui de la mélancolie aiguë. Insister surtout sur le *traitement moral*. Médication appropriée dans le cas où la maladie est symptomatique d'une affection viscérale, de même que si elle se rattache, directement