

MEIL. *De la folie sous le point de vue pathologique, philosophique, historique et judiciaire*, 2 vol. Paris, 1845. — GUISLAIN. *Traité de l'aliénation mentale et des asiles d'aliénés*. Amsterdam, 1826; *Leçons orales sur les phrénopathies*, 5 vol. Gand, 1852. — SPIELMANN. *Diagnostik der Geisteskrankheiten*, Prague, 1855. — B. A. MOREL. *Traité des maladies mentales*. Paris, 1850. — NEUMANN. *Lehrbuch der Psychiatrie*. Erlangen, 1860. — MARCÉ. *Traité pratique des maladies mentales*. Paris, 1862. — LEIDESDORF. *Lehrbuch der psychischen Krankheiten*. Erlangen, 1865. — A. FOVILLE. Art. FOLIE in *Nouveau Dict. de méd. et de chir. pratiques*. Paris, 1872. — GRIESINGER. *Traité des maladies mentales*. Traduction française, par DOUMIC. Paris, 1875. — COTARD, Art. FOLIE du *Dict. encyclopédique des sciences médicales*. Paris, 1877. — EMMINGHAUS. *Allgemeine Psychopathologie*. Leipzig, 1878. — BUCKNILL et H. TUKE. *A manual of psychological medicine*. London, 1879. — J. LUNY. *Traité clinique et pratique des maladies mentales*. Paris, 1881. — B. BALL et A. RITTI. Art. DÉLIRE du *Dict. encyclopédique des sciences médicales*. Paris, 1882. — MAUSDLEY. *La pathologie de l'esprit*. Traduction française, par GERMONT. Paris, 1885. — ARNDT. *Lehrbuch der Psychiatrie*. Leipzig, 1885. — NEUMANN. *Leitfaden der Psychiatrie*. Breslau, 1885. — B. BALL. *Leçons sur les maladies mentales*. Paris, 1885. — W. A. HAMMOND. *A treatise on insanity*. London, 1885. — CLOUSTON. *Clinical lectures on mental diseases*. London, 1887. — SCHÜLE. *Traité clinique des maladies mentales*. Traduction française de J. DAGONET et DUHAMEL. Paris, 1888. — BEVAN-LEWIS. *A textbook of mental diseases*. London, 1889. — SALGO. *Compendium de psychiatrie*. Vienne, 1889. — A. CULLERRE. *Traité pratique des maladies mentales*. Paris, 1890. — E. RÉGIS. *Manuel pratique de médecine mentale*, 2^e édit. Paris, 1892. — SPITZKA. *Insanity, its classification, diagnosis and treatment*. New-York, 1892. — HACK TUKE. *A dictionary of psychological medicine*, 2 vol. London, 1892. — KIRCHOFF. *Lehrbuch der Psychiatrie*. Leipzig, 1892. — MEYNERT. *Les maladies du cerveau antérieur*. Paris, 1892. — SHAW. *Epitome of mental disease*, 1892. — SCHOLZ. *Lehrbuch der Irrenheilkunde*. Leipzig, 1892. — A. SOLIVETTI. *Lesioni d Clinica psichiatrica*, Roma, 1892-1895. — SOLLIER. *Guide pratique des maladies mentales*. Paris, 1895. — KORSAKOW. *Traité de psychiatrie* (en russe). Moscou, 1895. — V. MAGNAN. *Leçons cliniques sur les maladies mentales*. Paris, 1895 et 1897. — DAGONET. *Nouveau Traité des maladies mentales*. Paris, 1894. — SOMMER. *Diagnostik der Geisteskrankheiten*. Vienne, 1894. — ODORBLUTH. *Compendium der Psychiatrie*, 1894. — TH. ZIEHEN. *Psychiatrie*, 1894. — MORSELLI. *Semeiotica delle malattie mentali*. Turin, 1894. — J. SÉGLAS. *Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses*. Paris, 1895. — KRAFFT-EBING et LAURENT. *Traité clinique de psychiatrie*. Paris, 1896. — G. BALLET. *Leçons de clinique médicale. (Psychoses et affections nerveuses)*. Paris, 1897. — WERNICKE. *Grundriss der Psychiatrie in klinischen Vorlesungen*. Leipzig, 1900. — KÉRAVAL. *La pratique de la médecine mentale*. Paris, 1901. — BIANCHI. *Trattato di psichiatria*. Naples, 1901, 1902. — G. BALLET. *Traité de pathologie mentale*. Paris, 1905. — WEYGANDT. *Atlas et principes de psychiatrie*. Traduction française et annotations de ROUBINOWITCH. Paris, 1904. — RÉMOND. *Manuel de maladies mentales*. Paris, 1904. — A. PILCZ. *Lehrbuch der speziellen Psychiatrie für Studierende und Ärzte*, Leipzig et Vienne, 1904. — TANZI. *Traité des maladies mentales*. Milan, 1904. — KRÄPELIN. *Psychiatrie*, 7^e édit. Leipzig, 1904. — J. ROGUES DE FURSAC. *Manuel de psychiatrie*, 2^e édit. Paris, 1905.

A. — SYNDROMES MENTAUX

I. — MANIE

(Allemand : *Tobsucht*; anglais : *Mania*; italien : *Pazzia, Mania*.)

Définition. — Le mot *manie* peut être pris dans une double acception : *syndromique* et *nosologique*.

Envisagée en tant que syndrome, la manie est caractérisée, comme l'a dit Baillarger, « par une surexcitation générale et permanente des facultés intellectuelles et morales ⁽¹⁾ ». Elle consiste en un délire *généralisé*, avec impossi-

(1) Cette formule peut être tenue pour satisfaisante au point de vue purement clinique. Toutefois, Conolly Norman (*Dictionary of psychological medicine*, London, 1892) observe avec raison qu'au point de vue psychologique elle est incorrecte. En effet, les facultés qui tiennent dans la vie mentale la place la plus élevée, le jugement dans la sphère intellec-

bilité de fixer l'attention, incohérence apparente des idées, besoin tumultueux de mouvement et tendance aux impulsions violentes.

Ce syndrome s'observe dans des situations cliniques fort diverses : au début ou au cours de la paralysie générale progressive, dans la folie intermittente simple, à double forme ou circulaire, chez les dégénérés, chez certains alcooliques en proie aux illusions et aux hallucinations, dans les névroses, particulièrement dans l'épilepsie. Nous parlerons, à l'occasion de ces diverses affections, des accès de manie *symptomatique* qui s'y rencontrent.

Mais, indépendamment des cas de manie qu'on doit sans conteste rattacher à l'une ou à l'autre des maladies mentales précédemment mentionnées, il en est qui paraissent se présenter à l'état d'isolement. On pourrait dire qu'on a alors affaire à la manie *essentielle*, si cette épithète n'était à plusieurs égards déficiente et ne devait être rayée de la nomenclature.

La manie constituerait alors une psychose autonome, caractérisée par un accès d'état maniaque, durant de quelques semaines à plusieurs mois, susceptible quelquefois de récidiver ou de passer à l'état chronique : c'est la manie *idiopathique*, que certains auteurs allemands (Schüle, Krafft-Ebing) classent parmi les *PSYCHO-NÉVROSES*.

Il est possible que cette psychose soit appelée à disparaître du cadre nosologique : en effet, à mesure que la pathologie mentale a progressé, son champ s'est de plus en plus restreint. La découverte de la paralysie générale, notamment celle des états de dégénérescence mentale, de la démence précoce, ont permis d'en distraire des cas nombreux qu'autrefois on lui rapportait indûment.

Tout autorise à penser que ce travail de dissociation d'un groupe symptomatiquement bien défini, mais mal caractérisé pathogéniquement, amènera à rattacher à des états morbides précis ce qui nous reste du groupe manie.

Quoi qu'il en soit, en l'état actuel de la science, on est encore obligé de décrire une manie *idiopathique*, qui réunit tous les cas ne rentrant pas dans l'une ou l'autre des catégories dont nous avons parlé plus haut et dont la description sera tracée plus loin.

Historique. — La manie, envisagée du moins comme syndrome, est de toutes les affections mentales la plus anciennement connue; elle n'était pas ignorée d'Hippocrate et nous savons qu'Arétée et beaucoup plus tard Willis l'ont observée et décrite. Elle figure au premier rang dans la classification d'ailleurs très simple de Pinel et d'Esquirol. Mais la description de ces auteurs, purement symptomatique, vise à la fois l'entité manie telle qu'on la conçoit aujourd'hui et les manies secondaires qu'on en a depuis séparées. Ce travail de disjonction ne s'est pas fait sans difficultés, et beaucoup de descriptions, même récentes, se ressentent encore de la confusion ancienne. Si l'on distingue avec soin de la manie idiopathique les états maniaques rencontrés au cours de la paralysie générale ou dans l'épilepsie, il n'en est plus de même de la manie symptomatique de la folie intermittente, de la démence précoce et des états dégénératifs. Cela tient sans doute d'une part à ce que l'accord n'est pas unanime sur

tuelle, l'aptitude à maintenir la bonne équilibre des sentiments dans la sphère morale, sont précisément très affaiblies dans la manie. Les facultés qui sont exaltées sont au contraire celles d'ordre inférieur : d'où la perte caractéristique du pouvoir de contrôle, en même temps qu'un état émotionnel instable et une extrême mobilité de l'attention et de l'imagination.

l'autonomie de ces dernières espèces morbides, et aussi à ce qu'en clinique la distinction entre les accès de manie qui en dépendent et la manie simple n'est pas toujours aisée à faire. Quoi qu'il en soit, on peut dire que les progrès réalisés dans la description de la manie ont consisté surtout à démembrer ce groupe, et c'est à l'occasion de l'étude des affections qu'on en a disjointes que nous signalerons les travaux particuliers qui ont concouru à ces progrès.

Fréquence. — Les statistiques dressées par les divers auteurs relativement à la fréquence de la manie sont très variables. Au commencement du siècle on tenait cette maladie pour très commune; Pinel la disait même la plus commune de toutes les affections mentales : d'après les chiffres recueillis à la Salpêtrière de 1801 à 1805, il trouvait 60 maniaques sur 100 aliénées. Esquirol, sur un relevé de dix années fait à Charenton, arrivait à 55 pour 100; Calmeil, d'après une statistique dressée dans des conditions analogues, à 25 pour 100. Marcé, à la Salpêtrière et à Bicêtre, n'a plus trouvé que 14 pour 100, et, en 1872, A. Foville à Charenton 7 pour 100. Clouston⁽¹⁾, sur un total de 1778 malades admis en cinq ans à l'asile royal d'Edimbourg, a vu la manie figurer 996 fois, soit un peu plus de 50 pour 100. Si les chiffres sont aussi variables, cela tient sans doute pour une part à ce que le nombre relatif d'hommes et de femmes compris dans les diverses statistiques a été différent : or on sait que la manie est beaucoup plus commune chez la femme. D'autre part, il est bien certain que toutes ces statistiques ne procèdent pas de la même base. On est en droit de penser, par exemple, que Pinel et Esquirol ont mis à l'actif de la manie beaucoup de cas se rapportant à la paralysie générale ou à la dégénérescence mentale, qui étaient mal connues de leur temps. C'est sans aucun doute parce qu'on a de jour en jour mieux limité le champ de la manie idiopathique que les chiffres exprimant sa fréquence sont allés en se réduisant. P. Garnier⁽²⁾, sur 8159 aliénés qui ont passé en trois ans (1886-87-88) à l'infirmerie spéciale du dépôt, n'a relevé que 551 cas de manie, soit un peu plus de 6 pour 100. Nous voilà bien loin des chiffres de Pinel. Et l'on est encore en droit de penser que celui donné par P. Garnier est trop fort, car les malades ne séjournant pas à l'infirmerie spéciale, il n'est pas toujours facile d'y porter un diagnostic précis, et l'on est forcément amené à faire figurer dans le total des cas de manie un certain nombre de ceux qu'un examen ultérieur permet de rattacher à la paralysie générale ou à la dégénérescence mentale. Le fait est, si nous nous en rapportons à nos observations, que la manie est une affection assez rare.

Étiologie. — La manie se montre surtout pendant l'adolescence et à l'âge adulte, mais aussi, bien qu'exceptionnellement, dans la vieillesse et dans l'enfance⁽³⁾. De toutes les maladies mentales, c'est celle que l'on observe le plus souvent avant vingt ans. Le maximum de fréquence a lieu de vingt à trente. Après trente ans, elle est moins commune, et passé cinquante ans elle devient rare. Elle serait surtout fréquente chez les peuples méridionaux⁽⁴⁾.

⁽¹⁾ CLOUSTON. *Clinical Lectures on mental diseases*. London, 1887, p. 204.

⁽²⁾ P. GARNIER. *La folie à Paris*, J.-B. Baillière, 1890.

⁽³⁾ S. A. R. STRAHAN. Manie aiguë chez un jeune garçon de 15 ans. *The Journ. of ment. sc.*, 1884.

⁽⁴⁾ LELOYER *Des spectres*, etc. Angers, 1888.

Elle affecte plus souvent les *femmes* que les hommes. L'opinion contraire a été soutenue, mais c'était à une époque où la paralysie générale était encore mal connue et où l'on mettait par erreur à l'actif de la manie des cas relevant de l'encéphalite diffuse.

Les accès éclatent plus souvent au *printemps* et en été qu'en hiver et à l'automne⁽¹⁾.

L'hérédité *nerveuse* est la condition prédisposante par excellence de la maladie. Il va sans dire que nous ne parlons pas des cas dans lesquels cette hérédité s'est transmise aux descendants sous forme de dégénérescence mentale. Celle dont il s'agit ici est la prédisposition nerveuse en puissance, ne s'accusant pas, comme chez le dégénéré, par un état permanent de débilité ou de déséquilibre mentale, mais par une plus grande vulnérabilité du système nerveux sous l'influence des causes occasionnelles.

Ces causes occasionnelles sont de divers ordres.

Au premier rang il faut placer les *influences morales* : les chagrins, les impressions pénibles, les déceptions de toute nature.

Viennent ensuite le surmenage, les *excès*, particulièrement les excès alcooliques et vénériens, le travail cérébral excessif.

L'insolation, les traumatismes de la tête⁽²⁾, produisent aussi quelquefois la manie.

On la voit éclater à la suite ou pendant la période de convalescence des *maladies aiguës* (fièvre typhoïde, rhumatisme, érysipèle du cuir chevelu), sous l'influence des causes pathologiques de débilitation et d'anémie, particulièrement des grandes hémorragies, qu'elles soient spontanées ou provoquées, comme celles qui résultent de saignées abondantes ou d'applications de sangsues.

L'acide salicylique a été accusé de produire la manie⁽³⁾.

Fréquemment, elle se déclare au cours de l'état *puerpéral*, pendant la grossesse ou plus communément à la suite de l'accouchement et durant la période de lactation. Les fausses couches, les *hémorragies menstruelles*, peuvent aussi la provoquer.

Symptomatologie. — A. **Prodromes.** — L'accès maniaque peut débiter brusquement à la suite d'excès, de fatigues, d'une violente émotion, d'une crise de colère, d'une insolation. C'est le cas le plus rare.

Habituellement, il est annoncé par des *prodromes* dont la durée oscille entre quelques jours et quelques semaines. Arétée avait déjà noté que la manie est souvent précédée d'un stade mélancolique, Guislain a de nouveau insisté sur ce fait. D'ordinaire en effet la maladie s'annonce par de la dépression⁽⁴⁾, par un sentiment mal défini de malaise, par de la tristesse, de l'inaptitude au travail, par des modifications du caractère, fréquemment par de l'insomnie. La fréquence de ce stade mélancolique est telle que certains auteurs, notamment Kahlbaum et Arndt, et plus récemment Kräpelin et J. Rogues de Fursac, s'en sont servis

⁽¹⁾ CALMEIL. *De la folie*, 1848, t. II.

⁽²⁾ GEORGE W. CALE. Manie aiguë consécutive à un traumatisme. Trépanation. Guérison. *The New-York med. Journ.*, 1895.

⁽³⁾ ROBINSON. Excitation maniaque intense consécutive à l'administration du salicylate de soude. *Journ. of med. sc.*, 1895. — RENDU. Un cas de délire salicylique. *Soc. méd. des hôp.*, 1898.

⁽⁴⁾ WERNER. Ueber frühzeitige Symptome geistiger Störungen. *Berl. klin. Woch.*, 1894.

comme argument pour démontrer que la mélancolie et la manie ne sont que deux phases différentes d'un même processus morbide. Nous verrons plus loin, à propos de la folie périodique, ce qu'il y a lieu de penser de cette opinion.

Cependant, peu à peu les symptômes mélancoliques s'effacent, le malade se montre impatient, irritable; il répond avec brusquerie aux questions qu'on lui adresse, il parle avec prolixité, les gestes deviennent désordonnés, le regard mobile et étrange: l'accès de manie est constitué.

B. Tableau du maniaque. — Le maniaque répond au type de la folie telle qu'on se l'imagine généralement. C'est le fou agité, incohérent, violent, furieux parfois. Dans les services d'aliénés, il se distingue aisément et au premier aspect des autres malades: si on l'observe à distance, on le voit se livrer à des actes désordonnés, s'agiter en tous sens, au point qu'on est obligé de le surveiller constamment ou de l'isoler. Sa physionomie essentiellement mobile prend d'un instant à l'autre les expressions les plus diverses: elle est tantôt rouge et vultueuse, tantôt pâle et anémique; les yeux sont tour à tour fixes et pénétrants, remuants et hagards; les traits expriment successivement les sentiments les plus divers et les plus opposés, la joie, l'ironie, la tristesse, la colère. Le malade parle avec prolixité, il crie, hurle, vocifère; son langage est incohérent et sans suite; le corps, par suite de l'agitation excessive, est souvent couvert de sueurs. Il y a des alternatives d'accalmie relative et d'excitation violente provoquées par les moindres impressions.

C. Analyse des symptômes. — Chez les maniaques, comme chez beaucoup d'autres aliénés, le *trouble mental* constitue le symptôme prédominant, mais non l'unique manifestation du trouble morbide. Les différentes fonctions de l'organisme peuvent être troublées à quelque degré. Il importe de les passer successivement en revue.

I. Troubles mentaux. — *a. Troubles de l'attention*⁽¹⁾. — L'attention, on le sait, est cette aptitude que l'esprit possède de s'arrêter à une impression ou à une idée. Lorsqu'elle est mise en jeu, elle réalise un état transitoire de *monoidéisme*⁽²⁾. « Elle suppose, dit Ribot, l'existence d'une idée maîtresse attirant tout ce qui se rapporte à elle et rien d'autre, ne permettant aux associations de se produire que dans des limites très étroites et à condition qu'elles convergent vers un même point. Elle draine à son profit, du moins dans la mesure possible, toute l'activité cérébrale. » L'attention est constamment mise en jeu dans le cours de la vie psychique normale: l'exécution d'un mouvement adapté à un but et voulu, la réponse à une question posée, le discernement et la perception des sensations supposent des phénomènes d'attention, d'une durée longue ou courte, mais d'une certaine durée. Or cette faculté de concentration et d'arrêt momentané de la pensée sur une sensation ou une idée fait défaut chez le maniaque. C'est là un trouble secondaire sans doute, qui résulte de la suractivité, chez les malades de cet ordre, des opérations cérébrales, notamment de l'association des sensations et des idées, mais c'est le trouble élémentaire le plus frappant, celui duquel semblent dériver tous les autres. Le maniaque est incapable de rester momentanément indifférent aux impressions qui agis-

⁽¹⁾ BUCCOLA. *Riv. sperim. di frenat.*, 1881; *Riv. di filosofia scientifica*, 1881-1885. *La legge del tempo*, etc. Milan, 1885. — TAMBURINI E ALGERI. *Riv. sperim. di frenat.*, 1885. — TSCHISCH. *Viestnik Pschiatris Nevropathologii*, 1885. — VALITSKI. *Revue philos.*, 1890. — BEVAN-LEWIS. *Text-book Reaction time. Dic. of psychol. Medicin.*, t. II, 1892.

⁽²⁾ RIBOT. *Psychologie de l'attention*, Paris, 1889. F. Alcan.

sent sur lui, au profit d'une de ces impressions; il est également incapable d'arrêter l'association des idées pour fixer son esprit sur l'une de celles qui naissent en foule dans son cerveau. Voilà pourquoi les réactions provoquées par une impression sensorielle ou autre font bien vite place à des réactions différentes ou contradictoires provoquées par d'autres impressions succédant aux premières; voilà pourquoi les questions ne sont pas saisies dans toute leur teneur, ou pourquoi le malade *n'a pas le temps* d'y faire les réponses qu'elles comportent, son esprit étant trop rapidement emporté d'un autre côté.

Cependant il est exceptionnel que le trouble soit assez accusé pour qu'on ne puisse pas, à certains moments, par une question rapide et brusque, fixer, à la vérité pour un instant seulement, l'attention du malade.

6. Association des idées. — Cette impossibilité où se trouve le maniaque d'arrêter sa pensée a pour corollaire une facilité et une rapidité excessives de l'association des idées. Il se passe chez lui quelque chose d'analogue, quoiqu'à un degré notablement moindre, à ce qui a lieu dans le rêve, durant lequel, on le sait, les pensées se succèdent et s'enchaînent avec une volubilité surprenante. La première conséquence de ce fait est l'*incohérence de la pensée*⁽¹⁾. Qui dit pensée cohérente dit enchaînement régulier, méthodique, logique des idées. Or, pareil enchaînement devient bien vite, d'abord difficile, puis impossible chez le maniaque. Lorsqu'il n'existe qu'un degré modéré d'excitation, dans les formes légères ou à la période initiale des formes plus intenses, les idées, bien que s'associant avec une rapidité anormale, n'ont pas rompu tout lien logique. Il y a une certaine suite dans les pensées, qui se succèdent avec une vivacité inaccoutumée, si bien que l'exaltation intellectuelle se traduit alors par une plus grande activité des opérations cérébrales, assez analogue à celle qu'on observe au premier degré de l'ivresse. Cet état pourrait donner le change à un observateur non prévenu et l'on serait exposé à prendre pour une intelligence vive et brillante une intelligence simplement malade. Lorsque le trouble s'accuse, les associations sont tellement rapides qu'il n'y a plus de coordination possible: à peine une idée a-t-elle pris naissance sous l'influence d'une sensation ou d'un souvenir qu'une autre idée vient se jeter à la traverse, empêchant ainsi l'évolution régulière de la première. Ce continuel chassé-croisé d'idées successives qui s'entremêlent et s'entre-choquent détermine un état d'incohérence au moins apparente.

Cette incohérence des idées se traduit par l'incohérence du langage, soit parlé, soit écrit, soit mimique. Au degré le plus léger de la manie, le *langage parlé* reste intelligible dans son ensemble. Même les mots viennent aux lèvres plus justes, plus variés, plus heureux qu'à l'état normal. Il y a des saillies qui font sourire, des expressions spirituelles et auxquelles les malades n'avaient pas habitué l'entourage. La parole est plus animée, plus prolixe, il y a une sorte de *logorrhée*. Mais le trouble du langage marche parallèlement avec celui des idées. Quand celles-ci s'associent avec incohérence, celui-là s'altère plus profondément. Il exprime alors cette *fuite des idées* (« *Ideenflucht* », comme disent les Allemands) qui est caractéristique des états accusés de manie. Les phrases tout d'abord peuvent rester correctes si on les envisage isolément, mais elles cessent de s'enchaîner avec logique. Il semble que la pensée aille

⁽¹⁾ LIEPMANN. Ueber Ideenflucht. *Allg. Zeitschr. f. Psychiat.*, 1905, fasc. 6. — MADELEINE PELLETIER. L'association des idées dans la manie aiguë et dans la débilité mentale. *Thèse de Paris*, 1905.

plus vite que la parole et que l'une fasse effort pour suivre l'autre. Aussi le malade en arrive-t-il à faire des *ellipses* comme l'avait justement noté J.-P. Falret; il supprime les propositions intermédiaires, suivant la remarque de Bailarger. Dès lors le discours est décousu, sans liaison et sans suite. L'incohérence peut, au premier abord, ressembler à celle du langage de certains déments, mais elle en diffère profondément par sa nature et son mécanisme. « Si l'on se donne la peine, dit très bien Foville, d'écouter longuement les maniaques, d'étudier avec persistance le mécanisme de leurs divagations, on finit par saisir assez souvent un certain rapport entre ce qu'ils disent et ce qu'ils ont entendu immédiatement auparavant; tantôt c'est un mot qui vient d'être prononcé et dont le sens provoque une idée instantanément traduite en vociférations violentes; tantôt ce n'est pas le sens du mot, mais sa simple consonance (association d'idées par *assonance*) qui, par une sorte de calembour, sert de point de départ à un nouvel ordre d'idées et de propos, remplacé bientôt lui-même par un autre qui paraît, au premier abord, tout différent, mais qui néanmoins en dérive. Les idées ne sont donc pas réellement dissociées; loin de là, la faculté d'association persiste, mais elle s'exerce si rapidement que l'esprit du malade arrive d'emblée, par un seul bond, à une conclusion à laquelle l'homme sain ne serait parvenu qu'après des transitions plus ou moins longues. »

Les troubles du *langage écrit* rappellent de tous points ceux du langage parlé. Au début, le style du malade est prolix, emphatique : les phrases sont encore bien construites, les caractères correctement tracés. Mais bientôt la faculté d'attention est troublée à un tel point que les mots écrits ne s'enchaînent plus, ils semblent jetés sur le papier comme au hasard et ils le sont en effet au hasard de l'impression ou de l'idée du moment. Puis le malade devient incapable d'écrire un mot complet et régulier, sa main ne trace plus que des caractères informes jusqu'au moment où le désordre des mouvements le met dans l'impossibilité même de tenir la plume.

La *mimique* exprime comme la parole et l'écriture l'extrême mobilité des sentiments et des idées. Au début, on ne peut constater qu'un besoin d'activité exagérée : le malade, difficile à contenir, fait des courses, entre, repart, s'agite de mille façons. Il parle beaucoup, d'une façon prétentieuse, emphatique, quelquefois aussi spirituelle et caustique; son langage devient parfois trivial et grossier, et l'on est toujours surpris de le voir émailler sa conversation, qui n'est pas absolument décousue, de mots obscènes et de paroles ordurières; à ce moment le visage est animé, l'œil brillant. Puis les traits de la physionomie prennent une mobilité excessive : ils expriment tour à tour la satisfaction, la colère, l'ironie, la menace. Les gestes sont exubérants, les mouvements brusques et tumultueux; le maniaque s'agite en tous sens, il danse, il court, se jette sur les objets qui sont à sa portée, ustensiles, vêtements, pièces de literie, les brise ou les lacère. Il pousse des cris, profère des injures ou dit des mots sans signification saisissable. La voix est éraillée et rauque; cette raucité est due en partie aux efforts vocaux soutenus et prolongés, mais elle n'est pas constamment le résultat de la fatigue des cordes vocales, car elle constitue souvent un phénomène précoce presque contemporain du début de la maladie. L'excessive agitation des malades semble ne leur occasionner aucune fatigue; on est surpris des efforts considérables et prolongés dont sont capables, durant des semaines et des mois, des individus aux formes grêles et à la musculature peu développée. Ces énormes efforts

s'accompagnent d'un léger amaigrissement. Cependant ils ne s'accompagnent pas d'une augmentation réelle de la force musculaire, qui est au contraire moindre qu'à l'état normal, ainsi que le prouve l'examen dynamométrique⁽¹⁾.

Les mouvements, au lieu d'être incoordonnés, changeants au gré des impressions et des idées, mobiles elles-mêmes et variables d'un instant à l'autre, peuvent au contraire en quelque sorte se systématiser, devenir uniformes et quasi-automatiques, *stéréotypés* : on voit alors des malades qui durant plusieurs jours se livrent aux mêmes culbutes, agitent en cadence les bras ou la tête, tournent autour d'un arbre ou d'un banc. De même, il en est qui répètent continuellement le même mot ou le même membre de phrase. Cette stéréotypie du langage porte le nom de *verbigération*. Mais on ne doit pas perdre de vue que les mouvements stéréotypés et la verbigération sont surtout des symptômes de démence précoce. Aussi, quand ils se montrent au cours d'un accès maniaque; chez un sujet jeune, le diagnostic et le pronostic doivent-ils être réservés.

Ainsi la physionomie du malade, ses gestes, son langage, tout dénote chez lui une rapidité excessive dans la succession et l'association des impressions, des sentiments et des idées. Les éléments de ces associations, qui se font avec une promptitude remarquable, sont puisés dans la mémoire et dans les sensations du moment, vraies ou fausses (hallucinations).

La *mémoire* fournit d'autant plus aisément aux combinaisons d'idées où se dépense l'activité cérébrale, qu'elle est chez le maniaque notablement exaltée. Le malade évoque à chaque instant des souvenirs qui semblaient éteints et que la maladie a ravivés. Cette *hypermnésie* est à la fois l'effet et la démonstration de la surexcitation cérébrale qui est la principale caractéristique psychologique de la manie. On peut chez certains maniaques qui ne présentent pas un désordre, très accusé des actes et des idées, constater, comme nous avons eu l'occasion de le faire, que l'hypermnésie s'associe à une exagération remarquable de la faculté de représentation mentale : les impressions auditives et surtout visuelles antérieurement perçues et emmagasinées dans le souvenir reviennent à la conscience avec une vivacité anormale. On conçoit que la mémoire, jetant ainsi à chaque instant dans le torrent de sensations et d'idées qui traversent le cerveau un riche contingent d'impressions, en augmente la rapidité et la violence.

Il en est de même de la *sensibilité*. La plupart des auteurs s'accordent à dire que chez les maniaques les sensibilités spéciales sont exaltées. On ne manque pas de faire remarquer à ce propos que les impressions lumineuses redoublent l'agitation des malades et que les bruits même légers les font souvent tressaillir. Il est nécessaire de faire une distinction entre l'hyperexcitabilité sensorielle qu'on pourrait appeler l'hyperalgésie et l'hyperesthésie proprement dite qui permettrait d'apprécier avec plus de délicatesse les impressions visuelles auditives, olfactives, etc. La plupart des faits qu'on a cités prouvent bien l'existence de la première⁽²⁾, mais non celle de la seconde. Clouston⁽³⁾ a rapporté le cas d'un individu qui, au cours d'attaques de manie, pouvait se passer des lunettes qui à l'état normal lui étaient indispensables pour lire les petits caractères. Mais les faits de cet ordre sont peu nombreux. Il n'est pas d'ailleurs très facile d'exa-

⁽¹⁾ TOULOUSE. *Bull. de la Soc. de méd. mentale de Gand*, 1895.

⁽²⁾ LOMBROSO. *Algotmetria elettrica*, 1874; *Giorn. R. Acad. Med. Turin*, 1891. — ALBERTOTTI. *Arch. ital. Mal. nerv. e mentali*, 1885. — RONCORONI. *Arch. psich. e di Sc. penale*, 1895. — AGOSTINI. *VII Cong. di Frenat. Rome*, 1894.

⁽³⁾ CLOUSTON. *Clinical Lectures on mental diseases*, 1887.