

occasionné par abus de boissons ou par toute autre cause, a toujours une durée plus longue. On portera le diagnostic en recourant aux signes différentiels que nous avons mentionnés plus haut.

Nous indiquerons plus loin les caractères spéciaux que revêtent les états maniaques dans la *folie intermittente*, la *démence précoce* et la *dégénérescence mentale*.

Chez les *épileptiques* se montrent quelquefois à la suite d'une absence ou d'un vertige des accès de délire qui ressemblent à s'y méprendre aux accès de manie ; mais dans ce cas le début de l'accès est brusque, il n'y a pas de prodromes ; la durée en est courte, et après le retour à la raison le malade ne garde pas le souvenir de ce qui s'est passé. Il n'est pas douteux que beaucoup des cas qu'on a désignés du nom de *manie transitoire*, *manie éphémère*, délire par accès (Lasègue), doivent être rapportés à l'épilepsie.

Anatomie pathologique. — La manie aiguë se terminant rarement par la mort, on ne connaît guère ses lésions. D'ailleurs, celles qu'on rencontre, dans les cas où l'on a l'occasion de pratiquer les autopsies, sont insuffisantes pour rendre compte du tableau morbide. Calmeil, Meynert, Luys, Emminghaus, ont surtout noté une forte injection des vaisseaux de la pie-mère et des circonvolutions ; Repping a signalé une prolifération nucléaire que Mendel n'a pu retrouver. Ce sont là des lésions légères, inconstantes, à quelques égards banales, qui ne donnent pas la clef de l'affection.

Dans la manie chronique comme dans beaucoup de cas de folie d'ancienne date, on rencontre de l'épaississement et de l'opacité des méninges, des congestions différemment localisées, de l'atrophie plus ou moins accusée de l'écorce cérébrale, des épanchements d'hématine et d'hématosine dans les gaines lymphatiques des vaisseaux, la dégénérescence graisseuse et pigmentaire avec atrophie de quelques-unes des cellules cérébrales. Ces altérations sont celles qu'on observe vulgairement dans les diverses formes de la folie chronique (A. Voisin), et notamment dans la *démence précoce*. Elles ne paraissent avoir rien de spécial à la manie.

Jusqu'à nouvel ordre cette affection doit continuer à figurer dans le groupe des psychoses.

Pronostic. — Nous avons indiqué plus haut les divers modes de terminaison des accès maniaques, la guérison, le passage à l'état chronique, la mort par complication viscérale ou délire aigu. La guérison est la terminaison la plus commune : Marcé l'avait observée 25 fois sur 28 (ce chiffre est vraisemblablement trop élevé), Guislain 7 fois sur 10. D'après un relevé de Bucknill et Hack Tuke, la mortalité des maniaques, admis pendant un espace de quarante-quatre ans à l'asile d'York, a été d'environ 4 pour 100. Quelle que soit la valeur de ces statistiques, on peut dire que le pronostic de la manie est le plus souvent favorable : c'est le cas en particulier pour celle qui survient dans la puerpéralité.

La guérison a lieu plus fréquemment à l'automne, plus rarement au printemps et en été, exceptionnellement en hiver.

Traitement. — La première indication dans le traitement de la manie est d'éviter tout ce qui est de nature à accroître l'excitation du malade : le bruit,

la lumière trop vive, la présence de personnes nombreuses, sont nuisibles. Limiter le nombre des gardes-malades au strict nécessaire, placer le maniaque dans une pièce modérément éclairée et silencieuse, sont dès lors des précautions indispensables. Ces précautions ne peuvent être observées nulle part avec autant de rigueur que dans un établissement spécial ; aussi l'isolement hors de la famille est-il une mesure toujours utile, le plus souvent même nécessaire ; les parents l'acceptent d'ordinaire aisément en présence d'un délire bruyant et de la difficulté qu'ils éprouvent à surveiller et à traiter chez lui le malade.

On doit éviter avec soin de recourir à certains procédés de traitement dont l'expérience a montré les inconvénients et les dangers. La contention au moyen de la camisole de force ou tout autre procédé similaire est de ce nombre. Les efforts que le malade fait pour se débarrasser de ses liens accroissent son agitation et l'épuisent.

Toute médication débilitante est nuisible ; aussi doit-on éviter de recourir aux saignées générales ; tout au plus est-il permis d'appliquer quelques sangsues aux apophyses mastoïdes s'il existe des signes évidents de congestion céphalique et de pléthore sanguine. Le tartre stibié employé à hautes doses comme agent contro-stimulant ne produit pas les bons effets que quelques médecins, notamment Marcé, avaient cru devoir lui attribuer : on a généralement renoncé à son emploi. Il en est de même des révulsifs, pointes de feu, cautères, moxas, dont l'usage n'est justifié qu'à une période avancée de la maladie, lorsqu'elle menace de passer à l'état chronique.

On doit en premier lieu s'efforcer de soutenir le malade, chez qui l'extrême agitation est une cause permanente de déperdition des forces : dans ce but on veillera à ce que l'alimentation soit régulière, substantielle ; on donnera de préférence des aliments faciles à digérer, riches en albumine et en hydrocarbures, œufs, jus de viande, viandes tendres et hachées, lait ; comme boisson, la bière ou le vin en quantité modérée. Baillarger préconisait la diète lactée ; elle peut être utile lorsqu'il existe un état saburral des voies digestives ou s'il survient de la fièvre.

Il faut viser à calmer le malade. L'alitement est certainement le procédé thérapeutique qui remplit le mieux cette indication capitale. L'idée de traiter les états d'agitation par le repos au lit, remonte à Ludwig Meyer qui, dès 1860, inaugurait le « Bettbehandlung » (traitement par le lit). Cette méthode, introduite en France et systématiquement appliquée par Magnan, est maintenant adoptée par la plupart des aliénistes de notre pays et du monde entier⁽¹⁾.

Les principaux avantages de l'alitement sont les suivants :

1° Il facilite la surveillance, permet de prévoir les actes de violence et de mieux veiller à la propreté des malades. Le maniaque alité est moins souvent gâteux que le maniaque isolé en cellule.

2° Il ménage les forces du malade, facilite la circulation et la nutrition des tissus.

3° Enfin et surtout, il diminue l'agitation dans de très notables proportions.

Pour que l'alitement produise le maximum d'effets utiles, certaines conditions

⁽¹⁾ A consulter : POCHON. Thèse de Paris, 1900. — SÉRIEUX et FARNARIER. Le traitement des psychoses aiguës par le repos au lit. *Ann. méd. psych.*, 1900. — C. R. du Congrès international de médecine. Section de psychiatrie. Paris, 1900. — WIZEL. Le traitement des aliénés par le repos au lit. *Ibid.* 1901.

sont nécessaires. La première est d'éviter au malade toute cause d'irritation. L'infirmier doit demeurer auprès du lit, immobile et assis, n'intervenant que dans le cas où le malade cherche à quitter son lit. Rien n'exaspère plus un maniaque que de se sentir maintenu d'une façon permanente. Il est à peine besoin d'ajouter que l'alitement ainsi compris exclut tout instrument de contrainte, la camisole de force en particulier. Un second point également très important consiste à employer, toutes les fois qu'on le peut, l'alitement sous forme collective. L'exemple des malades déjà soumis à ce mode de traitement exerce sur les nouveaux venus une influence salutaire et contribue à le leur faire accepter. Cependant un trop grand nombre de malades rendrait la surveillance difficile. D'une façon générale, il ne faut pas dépasser le chiffre de 8 à 10 lits par dortoir.

Pendant les premières heures, et souvent pendant les deux ou trois premiers jours d'alitement, le maniaque cherche à se lever. Puis, tout en continuant son bavardage et ses gestes désordonnés, il demeure dans son lit ou, s'il le quitte, le regagne sans difficulté sur une simple invitation de l'infirmier. Dans quelques cas exceptionnels où l'agitation est extrêmement violente, on est autorisé pendant les premiers jours à adjoindre à l'alitement l'emploi de médicaments hypnotiques, tels que le chloral ou l'hyoscine.

L'alitement permanent expose les malades à la constipation et peut développer chez quelques-uns la tendance à la masturbation. Aussi la plupart des aliénistes ont-ils l'habitude de faire lever leurs maniaques chaque jour pendant quelques heures et de leur prescrire une promenade qui se fait en plein air, si le temps le permet, ou, sinon, dans les dortoirs ou dans les corridors. Exception est faite, bien entendu, pour les malades dont l'état général est particulièrement grave.

Ainsi compris, l'alitement est applicable et bienfaisant dans la grande majorité des cas de manie. Il faut cependant se garder de toute exagération et ne pas discréditer un procédé thérapeutique excellent en prétendant faire de lui une panacée. Le lit calme la plupart des maniaques, mais non tous et il en restera toujours quelques-uns pour lesquels l'isolement en cellule sera nécessaire.

Après l'alitement ce sont les pratiques hydrothérapiques qui rendent les services les plus signalés. L'enveloppement dans le drap mouillé est d'un bon usage : le malade est mis en contact avec le drap, par-dessus lequel on enroule une couverture de laine, puis on administre des boissons abondantes de façon à provoquer la sudation. Ce procédé de traitement est applicable partout. A l'Asile on a de préférence recours aux bains tièdes, administrés à la température moyenne de 50 degrés ou 52 degrés. Il faut avoir soin de maintenir sur la tête, pendant le séjour dans l'eau, soit de la glace, soit des compresses imbibées d'eau froide. La durée du bain peut être d'une, deux, trois et quatre heures. Brierre de Boismont administrait des bains de dix et douze heures; quelques aliénistes n'hésitent pas aujourd'hui à recourir au bain permanent (Kräpelin). Le malade vit alors, pour ainsi dire, dans sa baignoire pendant des jours et même pendant des semaines. Dans la forme prolongée de la manie, lorsqu'on désire obtenir une réaction *psychique*, Schüle conseille le bain froid à 20 degrés, 17 degrés et même 15 degrés pendant huit ou dix minutes. Il a soin d'observer qu'un grand affaiblissement, des lésions pulmonaires ou cardiaques constituent des contre-indications à ce procédé de balnéation.

Quant aux agents médicamenteux destinés à amener le calme et à provoquer

secondairement le sommeil, on a eu recours tour à tour aux différentes substances hypnotiques ou sédatives.

L'*opium* est parfois utile, mais il doit être employé avec discernement. J. Conolly le proscrivait formellement, lui attribuant plus d'inconvénients que d'avantages; Dagonet considère qu'il rend parfois des services sans qu'il soit facile, dit-il, d'en bien préciser les indications; Magnan y a volontiers recours : il lui a donné quelquefois de bons résultats. Marcé le proscrivait dans les cas où le pouls est fort, développé, la face congestionnée et vultueuse : il le réservait pour la période de déclin. Nous partageons cette manière de voir et nous avons plusieurs fois constaté, comme Marcé, que l'*opium* administré au début ou à la période d'état favorise le mouvement congestif vers la tête et augmente plutôt l'incohérence des idées et la violence de l'agitation. Les médecins qui conseillent son usage le prescrivent en général à dose progressivement croissante, sous forme d'extrait ou mieux de laudanum. Magnan donne au début quinze gouttes de laudanum par jour, puis il augmente chaque jour d'une goutte de façon à arriver à 4, 5 et même 10 et 15 grammes par jour.

La morphine en injection sous-cutanée est inefficace et à quelques égards dangereuse.

Les *bromures*, administrés même à hautes doses, n'exercent qu'une action sédative bien légère. On peut toutefois associer utilement leur emploi à celui du *chloral*. Ce dernier médicament, à la dose de 1, 2 ou 5 grammes, est un hypnotique précieux chez les maniaques, mais il faut en surveiller soigneusement l'emploi; son administration prolongée peut en effet retentir d'une façon fâcheuse sur le cœur. La *paraldéhyde*, le *sulfonal*, le *trional*, le *chloralose*, le *véronal* rendent comme le chloral quelques services.

L'*hyosciamine* a été considérée comme un sédatif puissant de l'agitation maniaque. Chez les femmes, Schüle l'administre d'abord à la dose de 5 milligrammes pour arriver progressivement à 8 et 10 centigrammes; chez l'homme, on peut d'emblée donner 10 centigrammes et aller jusqu'à 20. Pour obtenir quelque effet, il est indispensable de recourir aux doses relativement fortes. Aussi cette médication n'est-elle pas sans danger. Elle détermine de l'engourdissement des membres, de l'enrouement, de la constriction pharyngée, une dilatation souvent tenace des pupilles, en outre de l'affaiblissement du pouls et de la cyanose de la face.

L'usage de l'*hyoscine* préconisé d'abord en France par Magnan est aujourd'hui entré dans la pratique courante. On se sert d'une solution titrée à 1 milligramme de chlorhydrate d'hyoscine par centimètre cube d'eau distillée, dont on injecte 1/2 seringue de Pravaz à 2 seringues, suivant le cas. L'hyoscine étant un médicament fort toxique, il est prudent de commencer par une dose faible, quitte à l'augmenter si l'intensité de l'agitation le rend nécessaire. A la suite de l'injection, l'agitation musculaire se calme, et un peu après le malade tombe dans un état de sommeil peu profond. L'hyoscine peut également s'administrer en potion à des doses un peu plus élevées qu'en injection sous-cutanée (jusqu'à 5 milligrammes en 24 heures).

Les inhalations de bromure d'éthyle ont, dans deux cas, donné de bons résultats à Bourneville et Roux (1).

La *digitale* est quelquefois utile pour régulariser l'action du cœur quand il

(1) Roux. Thèse de Paris, 1882.

bat tumultueusement; l'*ergotine*, quand la manie s'accompagne de phénomènes congestifs accusés.

Les *purgatifs*, cela va sans dire, sont indiqués chaque fois qu'il y a constipation ou, comme cela a lieu souvent au début de l'affection, quand la langue est chargée et saburrale. Mais il faut les réserver pour le cas où l'état du tube digestif les réclame et ne pas y recourir systématiquement en vue d'instituer une médication perturbatrice.

BIBLIOGRAPHIE. — A. FOVILLE. ART. MANIE du *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie*, 1875. — MENDEL. *Monographie*, 1881. — MAGNAN. *Leçons cliniques sur les maladies mentales*. Paris, 1895, p. 580 et suiv. — CONOLLY NORMAN. ART. MANIA, in *Dictionary of psychological medicine* de Hack Tuke. London, 1892. — VAN ERP TAULMAN. Manie aiguë. *Allg. Zeitsch. f. Psychiat.*, 1897. — ANGLADE. ART. MANIE du *Traité de pathologie mentale* de GILBERT BALLET.

II. MÉLANCOLIE

Synonymie : Lypémanie (Esquirol).

Définition. — La mélancolie est une psychose qui procède par accès, quelquefois uniques, souvent récidivants, susceptibles de guérir d'une façon complète ou de passer à l'état chronique. Ces accès sont caractérisés par des troubles, les uns constants et fondamentaux, les autres secondaires et inconstants, quoique habituels : le phénomène primitif et constant est un *trouble émotionnel* ou *affectif*. « Dans toutes les formes de la maladie, dit Griesinger (1), la lésion fondamentale consiste dans l'existence morbide d'une émotion pénible, dépressive, qui domine le sujet, dans un état de douleur morale. » Il s'agit d'un sentiment vague et plus ou moins conscient d'oppression, d'anxiété, d'abattement, de tristesse et d'impuissance. Ce trouble de l'affectivité a pour corollaire la paresse de l'intelligence et, dans la sphère psycho-motrice, la lenteur des mouvements et l'engourdissement de la volonté. — Les troubles accessoires sont le résultat du travail d'interprétation des modifications de l'affectivité auquel se livre à son insu l'esprit du malade; ils consistent en idées fausses, de nature hypocondriaque, ou en idées d'indignité, de culpabilité ou de ruine.

La mélancolie est donc une affection de la sensibilité morale; elle ne devient que secondairement et épisodiquement une maladie de l'intelligence.

Cela suffit à la différencier de certains états lypémaniques qu'on a longtemps confondus avec elle et qui en sont fort distincts : nous voulons parler de ceux qui résultent d'un désordre primitivement intellectuel ou psycho-sensoriel. Que, sous l'influence d'une intoxication comme l'alcoolisme, d'une névrose comme l'hystérie, un individu éprouve des hallucinations terrifiantes, qu'en conséquence d'un état de dégénérescence ou de toute autre cause il arrive à se croire persécuté, damné ou malade, les troubles hallucinatoires ou les conceptions délirantes engendreront chez lui un état de tristesse, passager ou durable. Dans ce cas la lypémanie sera secondaire, non primitive; le côté affectif de l'être ne sera touché que consécutivement, on aura affaire à un *délire mélancolique*, mais non à la *mélancolie* proprement dite.

(1) GRIESINGER. *Traité des maladies mentales*, trad. franç. de Doumic. Paris, 1875, p. 248.

D'autre part, l'état mélancolique caractérisé par un trouble émotionnel primitif, indépendant de toute idée délirante ou de tout trouble psycho-sensoriel, peut s'observer comme manifestation symptomatique au cours de différentes affections mentales, de la neurasthénie par exemple, de la folie périodique, de la paralysie générale. Ces *états mélancoliques* secondaires ne doivent pas être confondus avec la mélancolie primitive et essentielle. Celle-ci constitue une psychose parfaitement autonome, une psycho-névrose comme on l'appelle dans diverses nomenclatures allemandes : c'est d'elle qu'il doit être principalement question dans le présent chapitre.

Historique. — Le mot *mélancolie* figure depuis la plus haute antiquité dans le vocabulaire médical. Les anciens en le créant avaient cherché à exprimer les idées humorales dont ils étaient imbus : pour eux la mélancolie était due à la noirceur de la bile (*μέλαις*, noir, *χολή*, bile)(1). L'expression fit fortune, et nous avons dit avec quelle exactitude certains auteurs des siècles passés, Arétée et Willis notamment, avaient décrit quelques-uns des aspects symptomatiques de l'affection. Toutefois, on avait eu le tort de prendre le mot dans une double signification : la mélancolie, c'était l'opposé de la manie; or, comme ce qui avait frappé surtout dans la manie, c'était le caractère général du délire, on en était venu à se servir de l'expression mélancolie pour désigner non seulement les délires tristes, mais tous les délires partiels, tristes ou gais : c'était une faute, et la confusion devait s'ensuivre. Esquirol le comprit : aussi, quand il entreprit la description, qu'il nous a laissée, de certains délires partiels, il jugea nécessaire (c'était alors une nécessité) de rayer de la nomenclature un mot qui prêtait à double sens. Il désigna les délires partiels sous le nom de *monomanies*, et le délire triste sous celui de *lypémanie* qu'il proposa de substituer au mot *mélancolie*. Cette dénomination, bien qu'elle ait été admise par divers auteurs (Dagonet, Foville), n'a pas prévalu d'une façon générale. On tend à revenir actuellement à l'expression ancienne. Aussi bien n'a-t-on plus à redouter la même confusion qu'au temps d'Esquirol. On sait aujourd'hui, et Baillarger a l'un des premiers appelé l'attention sur ce point, que dans la mélancolie le trouble cérébral n'est pas moins général que dans la manie; d'autre part, les monomanies ont été assez bien étudiées et suffisamment classées dans les groupes spéciaux qui leur conviennent, pour que, tout au moins, on n'ait plus à craindre qu'elles soient systématiquement confondues avec les délires tristes dont la dépression morale et intellectuelle constitue l'élément primordial. Il ne nous semble donc pas qu'il y ait un inconvénient quelconque à revenir comme le font la plupart des auteurs, surtout à l'étranger, à la dénomination traditionnelle.

Tandis qu'on s'attachait chez nous à séparer nettement, même au prix d'un néologisme, la mélancolie des délires partiels, on commettait une faute inverse : on englobait indûment dans la lypémanie des états qu'Esquirol en avait distingués avec soin et qui sous le nom de *démence aiguë*, de *confusion mentale*, de *stupidité*, continuaient justement à en être séparés à l'étranger. Au chapitre suivant on verra comment est né et s'est développé ce coutrant d'idées.

L'histoire de la mélancolie a indirectement profité de tous les progrès qui

(1) HIPPOCRATE. *Œuvres complètes*. Trad. Ed. Littré, 1855. — VIEUSSENS. *Œuvres complètes*, t. III. — SLEMYNG. *Névropathie*, etc., 1758. — LORRY. *De melancholia et morbis melancholicis*, 1765.