

Il est fréquent de les voir refuser les aliments. S'ils s'obstinent à ne pas manger, c'est qu'ils se croient ruinés, incapables de payer leur nourriture, ou qu'ils se jugent indignes et pensent mériter la mort; plus rarement ils paraissent obéir à des craintes d'empoisonnement. Tantôt ils sont simplement indifférents en face de leur repas et attendent pour le prendre qu'on les pousse à le faire, d'autres fois ils opposent aux sollicitations une résistance opiniâtre, n'acceptant que quelques mets grossiers, la soupe, le pain, ou même refusent tous les aliments, qu'on est alors obligé de leur administrer avec la sonde. Quelques-uns se précipitent sur leurs matières fécales et les absorbent avec avidité. Cette *coprophagie* est plus souvent le résultat des idées délirantes que d'une simple perversion du goût. Elle s'explique tantôt par le désir qu'a le malade de faire pénitence et d'expier ses fautes, tantôt par cette idée qu'il espère récupérer ainsi des forces que la défécation lui enlève, ou parce qu'il craint de s'exposer à de grands malheurs en ne faisant pas disparaître ses matières.

La tendance aux auto-mutilations et au suicide<sup>(1)</sup> est presque de règle chez les mélancoliques. Ils s'y laissent aller par une sorte d'impulsion irréfléchie; dans d'autres cas l'acte semble raisonné et voulu. Ils essayent alors de se jeter par la fenêtre, de s'étrangler, plus rarement de s'empoisonner ou de se blesser avec une arme à feu ou un instrument tranchant. Ce n'est pas seulement pendant la période d'acuité de la maladie que le suicide est à redouter: même quand le malade va mieux et semble en convalescence, il ne doit pas être perdu de vue: un retour inopiné des idées tristes ou des impulsions malades peut faire surgir le péril à nouveau au moment où l'on s'y attend le moins. Il n'y a de sécurité que lorsque la guérison est complète. Le suicide est peut-être encore plus fréquent chez les mélancoliques qu'on ne le croit communément. D'après une enquête faite par Morselli, la moitié environ des suicides seraient imputables à l'aliénation mentale et parmi les aliénés qui se suicident les mélancoliques constitueraient les six dixièmes.

5. **Troubles organiques.** — Les *fonctions digestives* sont constamment troubles dans la mélancolie. Les lèvres et les gencives sont quelquefois sèches et fuligineuses; la *langue* est ordinairement blanche, pâteuse, chargée d'un enduit saburral; la salive est rare, épaisse et visqueuse; l'haleine est forte, fétide. Ces symptômes dénotent que l'estomac et l'intestin fonctionnent d'une façon défectueuse. Les recherches faites dans le but de déterminer directement l'état de la sécrétion gastrique (Von Noorden, Pachoud, Leubuscher et Ziehen, Pio Galante, Orliac) n'ont à la vérité conduit qu'à des résultats contradictoires<sup>(2)</sup>. On a trouvé tantôt de l'acidité normale, tantôt de l'hypochlorhydrie, tantôt de l'hyperchlorhydrie. La *constipation* est de règle, constipation tenace et opiniâtre, qui résiste souvent aux purgatifs énergiques. Elle paraît dépendre de plusieurs causes: l'atonie des parois de l'intestin, la diminution des sécrétions intestinales. Elle est accrue quelquefois par les idées délirantes des malades qui résis-

<sup>(1)</sup> E. MORSELLI. Il suicidio. Saggio di statistica morale e comparata. *Bibl. scient. internat.*, 1881; et *Giorn. R. società d'Igiene*, 1885. — NICOLEAU. Tanatophobie et suicide. *Ann. méd. psych.*, 1892. — VIALON. Suicide et folie. *Ann. méd. psych.*, 1901-1902.

<sup>(2)</sup> CARL VON NOORDEN. Digestion stomacale chez les aliénés. *Archiv. f. Psychiat.*, 1887. — PACHOUD. De la sécrétion gastrique chez les aliénés. Lausanne, 1888. — LEUBUSCHER. Recherches cliniques sur l'excrétion des acides dans les affections nerveuses et mentales. *Neur. Centralbl.*, 1891. — LEUBUSCHER et ZIEHEN. Variations de la quantité d'acide chlorhydrique stomacale dans les psychoses. *Neur. Centralbl.*, 1892. — PIO GALANTE. Il chimismo gastrico nella malinconia. *Ann. di neurologia*, 1898 et *Revue mens.*, 1898. — ORLIAC. Le chimisme gastrique chez les aliénés. Thèse de Toulouse, 1899.

tent au besoin de défécation dans la crainte, en s'y abandonnant, de commettre une faute.

Au point de vue du sang plusieurs auteurs ont noté la diminution du nombre des globules rouges et de la quantité d'hémoglobine<sup>(1)</sup>. De plus d'Abondo aurait trouvé la toxicité et le pouvoir bactéricide du sérum sanguin diminué<sup>(2)</sup>.

Les *urines* sont en général rares et chargées. La plupart des recherches expérimentales faites en vue d'établir le degré de leur toxicité sont concordantes et tendent à prouver que les urines des lypémaniques sont notablement plus toxiques que les urines normales (Chevalier-Lavaure, Mairet et Bosc, Bæck et Slosse, Brugia, G. Ballet et Roubinowitsch). Cette hypertoxicité peut être pour une part, mais pour une part seulement, attribuée aux leucomaines que l'analyse chimique décèle dans les urines de certains lypémaniques. En effet, on rencontre dans quelques-unes de ces dernières des alcaloïdes très toxiques. Mais d'autres ne renferment que des alcaloïdes indifférents. C'est ce qui résulte du moins des recherches que nous avons faites en collaboration avec Bordas<sup>(3)</sup>. Il faut donc incriminer d'autres éléments que les leucomaines pour expliquer la toxicité constamment accrue, à ce qu'il semble, des urines des mélancoliques. Sur ce point de nouvelles études sont à faire. Rien n'autorise à mettre en cause l'albumine, le sucre, l'acide oxalique, l'acétone que divers auteurs (Cadziatki, Adler, Marro, Cristiani, etc.) ont rencontrés dans diverses formes de maladies et incidemment dans la lypémanie. Au reste, indépendamment des principes anormaux que décèle l'analyse chimique, on trouve les éléments normaux en proportions différentes des proportions physiologiques. Mairet a montré notamment qu'il y a augmentation notable du chiffre des phosphates terreux, et par contre diminution de l'azote et des phosphates alcalins. D'autres auteurs (Mazouki, Mabilie et Lallemand) ont constaté une augmentation de l'acide urique. Ces études, pour intéressantes qu'elles soient, demandent à être reprises avec la précaution de ne grouper ensemble, pour les

<sup>(1)</sup> JOHNSON SMITH. An Inquiry into the blood and urine of the insane. *The Journ. of ment. sc.*, 1890. — WINKLER. *Neur. Centralbl.*, 1891 et *Centralbl. f. Nervenheilk. u. Psychiat.*, 1891. — AGOSTINI. Isotonie du sang chez les aliénés. *Riv. sper. di frenat. e di medic. leg.*, 1892. — WHITMORE STEELE. Le sang dans la mélancolie et l'effet du traitement tonique systématique. *Amer. Journ. of Insanity*, 1895. — VORSTER. *Allg. Zeitsch. f. Psychiat.*, 1894.

<sup>(2)</sup> D'ABUNDO. Sur l'action bactéricide et toxique du sang des aliénés. Recherches cliniques, bactériologiques, expérimentales. *Riv. sper. di frenat. e di medic. leg.*, 1892.

<sup>(3)</sup> Voir au sujet des urines des mélancoliques: TURNER. Albuminurie chez les aliénés. *Brit. med. Journ.*, 1885. — KOPPEN. Albuminurie dans les psychoses. *Arch. f. Psychiat.*, 1888. — PABOW. *Arch. f. Psychiat.*, t. VII. — CHEVALIER-LAVAURE. Des auto-intoxications dans les maladies mentales. Thèse de Bordeaux, 1890. — BETTENCOURT-RODRIGUEZ. De l'influence des phénomènes d'auto-intoxication et de la dilatation de l'estomac dans l'étiologie des formes dépressives et mélancoliques. Congrès internat. de méd. ment. Paris, 1889. — R. DUBOIS et WEILL. Congrès de Lyon, 1891. — DE BOECK et SLOSS. *Bull. de la Soc. de méd. ment. de Belgique*, 1891. — BRUGIA. Tossicità delle urine nei pazzi. *Rif. med.*, 1892. — MAIRET et BOSCH. Recherches sur la toxicité de l'urine normale et pathologique, 1890. — G. BALLEET et ROUBINOWITZ. Congrès de la Rochelle, 1895. — G. BALLEET et BORDAS. *Ibid.* — VASSALE et CHIAZZI. *Riv. sper. di frenat.*, 1892. — LEVISON. Sur la relation entre les états de dépression et l'acide urique. *Hospitaltidende*, 1896. Analysé in *Revue neurol.*, 1896. — PELLEGRINI. Il significato patogeno delle sostanze tossiche nella urine dei pazzi. *Riv. sper. di frenat.*, 1895. — HURD. Aspects cliniques de l'auto-intoxication. *Amer. Journ. of Insanity*, 1897. — MELVILLE-HUBBARD. De l'excrétion de l'urée et de l'acide urique dans la mélancolie. *Amer. Journ. of Insanity*, 1898. — ROSSI. L'indicanurie dans la folie pellagreuse et les états psychiques dépressifs. *Ann. di frenat.*, 1900. — BRUCE AND ALEXANDER. Observations on the various physical changes during the acute and subacute stages of melancholia. *The Journ. of ment. sc.*, 1901. — J. ALICOT. Contribution à l'urologie clinique des maladies mentales; les coefficients urinaires; leur valeur dans les psychoses. Thèse de Montpellier, 1904.

comparer entre eux, que des cas cliniquement identiques. Au reste, il ne suffirait pas d'avoir établi d'une façon irréfutable l'hypertoxicité des urines mélancoliques et d'avoir déterminé la nature des agents toxiques : il faudrait encore préciser l'origine de ces derniers de façon à savoir s'ils sont causes ou effets du trouble mental. Sur ce point presque tout est à faire. Nous pensons toutefois que les éléments nocifs des urines lypémaniques proviennent en grande partie des fermentations gastro-intestinales. Ces urines, en effet, semblent d'autant plus toxiques que les troubles digestifs sont plus accusés. Les heureux effets de l'antisepsie intestinale et du lavage de l'estomac, dont nous parlerons à propos du traitement, constituent un argument de plus en faveur de notre hypothèse.

La *sueur*, comme l'urine et la plupart des sécrétions, est diminuée, souvent même supprimée, dans la mélancolie. De là la sécheresse de la peau, qui est rugueuse en même temps que les poils deviennent secs et cassants. La toxicité de la sueur ne paraît pas accrue<sup>(1)</sup>.

La *respiration*, sauf dans les paroxysmes d'angoisse où elle devient irrégulière, ample et quelquefois rapide, est ralentie et superficielle. C'est surtout dans la lypémanie avec stupeur que ces caractères s'accusent. Marcé a montré que, dans ce cas, l'inspiration était en outre saccadée et composée d'une série de petites inspirations successives. Le chimisme respiratoire est profondément modifié. Dumas conclut de ses expériences que « la quantité d'acide carbonique expiré est très inférieure à la moyenne dans la mélancolie passive et dans la mélancolie active ». Ainsi, quelle que soit la forme de l'affection, que ce soit la dépression ou l'angoisse qui prédomine, les combustions respiratoires diminuent. L'accélération des mouvements respiratoires qui accompagne l'agitation mélancolique ne traduit donc point, comme on pourrait être tenté de le croire, des combustions respiratoires plus actives.

Le *pouls* est d'habitude petit, serré. Mais sa fréquence est très variable : il est lent quand les malades sont immobilisés par la stupeur<sup>(2)</sup>, il s'accélère au contraire durant les paroxysmes anxieux ou quand le délire hallucinatoire est intense.

Sous l'influence de ces modifications circulatoires, il se produit une augmentation de la résistance électrique<sup>(3)</sup>.

Le tracé sphygmographique nous montre, en outre, des modifications dans la *forme* de la pulsation. La ligne d'ascension est peu élevée et la ligne de descente n'indique pas le dirotisme physiologique.

La *vaso-constriction périphérique* est un phénomène constant. Elle a pour conséquences le ralentissement de la circulation périphérique, la disparition du pouls digital, le refroidissement, la cyanose et parfois l'œdème des extrémités<sup>(4)</sup>.

Dans certains cas on observe, pendant les paroxysmes anxieux, des poussées congestives du côté de la tête. Ce phénomène, exceptionnel et toujours

<sup>(1)</sup> MAVROJANNIS. La toxicité de la sueur chez les épileptiques et les mélancoliques. *Revue de psychiat.*, 1898. — DOTTO. La saliva parolidea dei lipemaniaci. *Il pisani*, 1895.

<sup>(2)</sup> E. BELMONDO. Pouls lent chez une aliénée, démontré être un phénomène de nature inhibitrice. *Riv. di pat. nervos. e ment.*, 1896. — Consulter également sur le pouls des mélancoliques : DUMAS (*ouv. cité*).

<sup>(3)</sup> VIGOUROUX. Thèse de Paris, 1890.

<sup>(4)</sup> SÉGLAS. *Soc. méd. psych.*, 1890. — MANNHEIMER. Un cas d'œdème des mains chez un mélancolique. *Trib. méd.*, 1896.

transitoire, coïncide, en général, avec une violente agitation. Il semble indiquer le triomphe passager des phénomènes d'excitation sur l'état de dépression qui constitue le fond de la mélancolie.

Les battements du cœur sont tantôt forts et éclatants, faisant contraste avec ceux du pouls, et tantôt mous et affaiblis, participant, dans ce dernier cas, de l'asthénie qui frappe l'appareil circulatoire périphérique. Dans le premier cas, de beaucoup le plus rare, l'impulsion cardiaque luttant en quelque sorte contre l'obstacle apporté à la circulation par la vaso-constriction périphérique, il en résulte une augmentation de la pression sanguine. Dans le second, le plus fréquent, en dépit de la vaso-constriction périphérique, la pression diminue. Il y a donc deux sortes de tristesse pathologique, l'une à hypertension, l'autre à hypotension (Dumas).

Les réflexes tendineux sont souvent diminués, quelquefois exagérés, au début de l'affection. Athanassio<sup>(1)</sup> aurait observé la disparition du réflexe pupillaire accommodateur avec conservation du réflexe lumineux.

Le phénomène de la corde musculaire obtenu par le pincement du biceps est plus accentué chez les mélancoliques qu'à l'état normal<sup>(2)</sup>.

La *menstruation* est ordinairement supprimée ; quelquefois, au contraire, à l'époque de la ménopause, il y a des métrorragies abondantes qui contribuent à aggraver les accidents en anémiant et débilitant les malades. Les *fonctions sexuelles* sont nulles ; les malades se livrent cependant quelquefois à l'onanisme d'une façon quasi impulsive ; mais le fait est plus rare que dans les états d'excitation maniaque.

Les troubles de la circulation et de la respiration, joints à l'inaction et à l'immobilité habituelle des malades, contrarient l'hématose, qui se fait d'une façon insuffisante. La température s'abaisse parfois de quelques dixièmes au-dessous de la normale. La nutrition est toujours défectueuse ; les malades maigrissent peu ou beaucoup. Ce n'est que dans des cas exceptionnels et particulièrement graves que les troubles de la nutrition générale vont jusqu'à la cachexie, il peut alors se produire des pétéchies, des hémorragies sous-cutanées, des hématomes de l'oreille.

Dans quels rapports sont entre eux les troubles affectifs qui constituent le fonds même de l'état mélancolique et les troubles physiques qui leur sont associés ? Les premiers sont-ils subordonnés aux seconds, ou inversement ? Ce problème n'est qu'un cas particulier du problème beaucoup plus général des rapports du psychique et du physique et plus spécialement des états émotionnels et de leurs concomitants physiologiques.

Pour l'ancienne psychologie, la solution était évidente : dans l'émotion, le phénomène psychique constitue l'élément primitif et les phénomènes somatiques lui sont nécessairement secondaires. On pleure, parce qu'on est triste ; on tremble, parce qu'on est effrayé. Cependant, la question est peut-être moins simple qu'elle ne le paraît au premier abord, et il n'est point absurde de chercher une autre solution. Deux psychologues contemporains, James et Lange, se sont efforcés de démontrer, chacun de leur côté, que le rapport cherché était inverse du rapport généralement admis et que, en ce qui concerne les émotions, les phénomènes somatiques sont les causes et non les effets des phénomènes psychiques. Prenons pour exemple la peur. Voici quel serait, d'après

<sup>(1)</sup> ALEX. ATHANASSIO. L'œil des mélancoliques. *Arch. de neurol.*, 1899.

<sup>(2)</sup> TH. VALLON et WAHL., *Arch. de neurol.*, 1900.

James et Lange, l'ordre de succession des phénomènes; la perception du danger détermine l'apparition d'un certain nombre de modifications somatiques : la respiration s'arrête, le pouls se ralentit, un tremblement envahit tout le corps, etc. Toutes ces modifications somatiques sont perçues en bloc par la conscience et, de cette perception globale, naît une émotion, la *peur*. Bien que les auteurs n'apportent en faveur de leur opinion aucune preuve rigoureusement démonstrative, nombre de faits ne laissent pas que de la rendre très vraisemblable. Le cadre de cet ouvrage ne nous permet pas de pénétrer plus avant sur le terrain de la psychologie pure. Le lecteur désireux de renseignements plus complets devra se reporter aux ouvrages mêmes de James et de Lange, et au livre de Dumas, *la Tristesse et la Joie*, où la question est traitée d'une façon très claire et très complète. Nous nous bornerons à constater que cette séduisante théorie, si elle était définitivement établie pour les émotions normales, s'appliquerait également aux émotions pathologiques, en particulier à la tristesse morbide, qui est le fondement de la mélancolie. *Les phénomènes somatiques dans cette affection seraient primitifs et les phénomènes psychiques secondaires.*

Pouvons-nous aller plus loin et indiquer, parmi les phénomènes somatiques, un phénomène essentiel, fondamental, qui tiendrait tous les autres sous sa dépendance? Lange s'est cru autorisé à ramener toutes les émotions à un état particulier de vaso-constriction ou de vaso-dilatation cérébrale. La joie et toutes les émotions sthéniques seraient liées à la vaso-dilatation, la tristesse et toutes les émotions dépressives à la vaso-constriction. La mélancolie rentrerait par conséquent dans le second groupe.

La théorie de Lange fait la part trop belle à la spéculation, car si la vaso-constriction périphérique est constante dans la mélancolie, la vaso-constriction cérébrale est tout à fait hypothétique et, son existence fût-elle démontrée, rien ne prouverait qu'elle soit antérieure aux autres modifications organiques. L'on ne saurait suivre Lange, tant sur le terrain psychologique que sur le terrain pathologique, sans sacrifier les faits aux besoins d'une théorie et d'une pathogénie trop simples.

*Formes.* — Si tous les mélancoliques présentent un ensemble de symptômes qui leur sont communs et qui permettent de différencier ces malades des autres vésaniques, ils diffèrent cependant les uns des autres, soit par le degré de la dépression dont ils sont affectés, soit par la présence, l'absence ou la nature des idées délirantes qui se surajoutent à la dépression, soit enfin par certaines particularités de leur physionomie et de leurs modes de réaction contre les impressions douloureuses qu'ils éprouvent. Il n'est pas jusqu'à l'étiologie de la maladie ou l'âge variable des malades, qui ne soient susceptibles de modifier dans une certaine mesure l'aspect, l'évolution et la gravité de l'affection. Aussi est-il nécessaire, après avoir mis en relief les manifestations qui sont communes à presque tous les cas, de grouper ceux-ci suivant leurs affinités et leurs dissemblances. Si l'on voulait tenir compte de tous les caractères différentiels, même d'importance secondaire, on serait conduit à multiplier outre mesure les variétés de la mélancolie. Il nous semble que, dans une description didactique, il y a avantage à négliger les détails pour s'en tenir à l'indication des quelques formes qui résument les caractères les plus saillants des divers états mélancoliques.

Krafft-Ebing<sup>(1)</sup> divise les mélancolies en deux grands groupes : la mélancolie simple et la mélancolie avec stupeur, et il subdivise le premier de ces groupes en trois autres : mélancolie sans délire, mélancolie anxieuse, mélancolie délirante (avec idées religieuses ou idées hypocondriaques).

J. Falret<sup>(2)</sup> admet trois variétés principales : la mélancolie avec conscience, la mélancolie dépressive et avec stupeur, la mélancolie anxieuse. Au fond, il y a grande analogie entre ces deux classifications qui, bien que purement symptomatiques, groupent les formes de la lypémanie aussi naturellement qu'il nous semble possible de le faire en l'état actuel de nos connaissances.

La classification que nous suivrons est un compromis entre celles qui précèdent. Nous croyons qu'il y a lieu de décrire quatre formes principales de la mélancolie : 1<sup>o</sup> la mélancolie simple ; 2<sup>o</sup> la mélancolie dépressive avec idées délirantes ; 3<sup>o</sup> la mélancolie avec stupeur ; 4<sup>o</sup> la mélancolie anxieuse.

1<sup>o</sup> *Mélancolie simple* (ou mélancolie avec conscience). — Cette forme s'observe rarement dans les asiles : on pourrait dire qu'elle est la mélancolie de la ville. Toute la symptomatologie se borne, dans cette variété, à la tristesse et à la dépression sans qu'il s'y ajoute aucune idée délirante au moins caractérisée. Les malades éprouvent une douleur morale vive ; ils ont une indifférence générale à l'égard des personnes et des choses, ne s'intéressent plus à rien, ne ressentent plus pour leurs proches l'affection d'autrefois ; ils sont inactifs, incapables de travail. Ils ont, en outre, des appréhensions vagues, appréhension de devenir fous ou de mourir, appréhension de perdre leurs parents ou d'être ruinés. Fréquemment, ils manifestent des regrets relatifs au passé et s'accusent de fautes réelles ou imaginaires ; ils se reprochent d'avoir fait mourir de chagrin ou faute de soins leur père ou leur mère, les femmes s'accusent d'avoir trompé leur mari. Ces sentiments coexistent avec un état de lucidité parfaite : les malades se rendent parfaitement compte des changements survenus dans leur caractère et leur humeur, et ils en souffrent beaucoup ; comme l'a dit J. Falret, ce sont des *hypocondriaques au moral*. Ils ne délirent pas : tout au plus constate-t-on chez eux quelques vagues idées de ruine, de culpabilité, jointes aux préoccupations relatives à leur santé. Ils se plaignent continuellement, communiquent à tout venant leurs craintes et leur désespoir. Ils consultent volontiers le médecin, mais ne se laissent pas convaincre par les encouragements qu'on leur prodigue, bien différents en cela des neurasthéniques simples et de certains hypocondriaques que les affirmations rassurantes reconfortent au moins pour un temps. Ils ont des tendances au suicide et doivent être surveillés avec soin.

2<sup>o</sup> *Mélancolie dépressive avec idées délirantes.* — Avec ce groupe de mélancoliques, nous entrons à l'asile. La dépression est encore plus accusée que dans la mélancolie simple. De plus, on constate des idées délirantes dont l'intensité est telle que les mélancoliques de cette forme ont été assimilés aux monomaniaques à une époque où l'on n'attachait pas au trouble émotionnel l'importance capitale qu'il prend dans la série des phénomènes, et où l'on se préoccupait surtout des troubles intellectuels qui, nous l'avons montré, sont secondaires et subordonnés aux troubles affectifs. Les malades ou bien s'imaginent être atteints de maladies graves, de lésions organiques indélébiles qui

(1) KRAFFT-EBING et LAURENT. *Traité de Psychiatrie*.

(2) J. FALRET. Soc. médico-psychol. in *Ann. médico-psychol.*, janvier 1890.

compromettent leur existence, ou plus souvent s'accusent de fautes imaginaires : ils sont de grands coupables, indignes de commisération et de pitié, ils sont ruinés et leur famille va tomber dans la pénurie et la misère. Dans cette variété, les hallucinations et surtout les illusions sont fréquentes : c'est ce groupe de malades que nous avons eu surtout en vue dans la description générale des symptômes. Tristes et mornes, ils se tiennent assis dans un coin de la chambre ou debout et immobiles : ils répondent à la plupart des questions qu'on leur adresse, mais on est obligé de les solliciter vivement ; leur parole est sourde, lente et entrecoupée, elle semble exiger un grand déploiement d'effort. Il n'est pas rare de voir par instant ces malades sortir de leur immobilité et de leur mutisme pour se plaindre, avec une certaine insistance, des tourments moraux qu'ils endurent. Souvent alors ils accusent une certaine anxiété, analogue à celle qui est habituelle chez les malades d'un autre groupe, dont nous allons parler ; ils se livrent à des actes automatiques, cherchent à se jeter par la fenêtre, à s'étrangler, plus rarement ils se laissent aller à des actes de violence sur les personnes de leur entourage. Après ces crises d'agitation, ces *raptus mélancoliques*, ils retombent dans leur torpeur.

5° *Mélancolie avec stupeur*. — C'est la précédente à un degré plus accusé, avec immobilité plus complète, mutisme plus absolu. Il importe de bien s'entendre sur la signification du mot. Cette expression *mélancolie avec stupeur* est prise en effet dans des sens différents. Baillarger s'en est notamment servi pour désigner certains états qui nous paraissent devoir être rapportés plutôt à la confusion mentale et à la stupidité, étudiées au chapitre suivant. Mais, en éliminant du cadre de la mélancolie les faits auxquels Baillarger a fait allusion et dont il sera question dans la description de la confusion mentale, il reste tout un groupe de cas qui appartiennent bien légitimement à la lypémanie, et à la désignation desquels on doit réserver le nom de *mélancolie avec stupeur*, à moins que l'on ne préfère l'expression *mélancolia attonita*, qui est synonyme de la première et plus communément employée par quelques auteurs étrangers.

Pour fixer dès maintenant les idées, nous croyons utile d'empiéter un peu sur le chapitre suivant et de mettre en parallèle la mélancolie avec stupeur de Baillarger (forme de la confusion mentale hallucinatoire) avec la mélancolie avec stupeur telle que nous la concevons et qui est une variété légitime de la lypémanie. Voici, tels que les a décrits Baillarger, les caractères du type morbide que cet auteur a eu en vue : « Les malades, dit-il, ont la figure triste, mais en même temps un peu *étonnée* ; leurs traits ne sont pas contractés, leur regard est *incertain* ; rien n'indique chez eux la contention douloureuse de l'intelligence, ils semblent au contraire dans un état *tout passif*. Ces aliénés répondent lentement et brièvement aux questions qu'on leur fait ; ils cherchent ce qu'ils ont à dire ; il n'y a point chez eux de silence obstiné. S'ils ne parlent pas, ce n'est point par suite d'un projet arrêté ou de la fixité d'une idée qui absorbe leur attention : c'est par une sorte d'*apathie*, de *paresse*, d'*embarras intellectuel* (1). » Tout autres sont les vrais mélancoliques avec stupeur chez qui l'immobilité, la concentration et le mutisme résultent du sentiment de profonde tristesse qui les accable et des idées délirantes qui en dérivent. Esquirol (2) l'a dit excellemment : « La sensibilité, concentrée sur un objet, semble avoir

(1) BAILLAGER. *Recherches sur les maladies mentales*, t. I, p. 667.

(2) ESQUIROL. *Maladies mentales*, t. I, p. 414.

abandonné tous les organes ; le corps est impassible à toute impression, tandis que l'esprit ne s'exerce plus que sur un sujet 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. » La différence, on pourrait dire l'opposition entre les deux états, est aussi accusée dans le fond que dans l'extérieur des malades et dans l'expression de leur physionomie. Nous reviendrons plus loin, à propos de la confusion mentale, sur la mélancolie avec stupeur de Baillarger, dans laquelle l'intelligence est obscurcie, les idées confuses, l'état émotionnel variable et subordonné aux illusions et aux hallucinations qui, comme dans certains rêves, dominant l'esprit des malades ; nous devons nous arrêter ici sur la mélancolie avec stupeur, qui appartient bien légitimement au groupe des lypémanies, parce qu'elle est constituée, comme tout état lypémanique, par un trouble émotionnel fondamental auquel se surajoutent des idées délirantes, conséquence et explication de ce trouble émotionnel.

Cette forme de mélancolie débute rarement d'emblée : elle est le plus souvent consécutive à l'une ou à l'autre des formes que nous avons précédemment décrites. Lorsqu'elle est constituée, l'aspect, la physionomie, l'attitude des malades sont caractéristiques : inertes et immobiles, ces mélancoliques paraissent indifférents à tout ce qui se dit et se passe autour d'eux. Les traits contractés expriment une vive souffrance ; les pupilles sont habituellement dilatées, les yeux fixés vers le sol. Le mutisme est absolu ; ou bien par intervalles les malades chuchotent quelques paroles qui sont le plus souvent incompréhensibles. Les mains sont pendantes, quelquefois cyanosées : si l'on place les membres ou le tronc dans des situations qui, à l'état normal, provoqueraient aisément la fatigue, ils conservent assez longtemps les attitudes qu'on leur communique, comme si le sujet avait perdu la faculté de réagir. L'insomnie est habituelle. « Le plus souvent, pendant la nuit, le malade garde les attitudes les plus incommodes, qui révèlent sa soif de souffrance et son désir obsédant de pénitence ; quelquefois, pendant ce temps, il reste à demi assis, le menton pressé contre la poitrine, pour cacher son visage et sa honte » (Schüle). Fréquemment il existe une rigidité musculaire difficile à vaincre : on n'arrive que péniblement à redresser la tête, qui reprend vite sa position fléchie ; la sensibilité paraît abolie, mais ce n'est qu'une illusion : car presque toujours, lorsqu'on pince fortement, qu'on pique ou qu'on électrise la peau des malades, on voit les larmes couler, les muscles du front et des paupières se contracter. Tantôt le malade se laisse alimenter, d'autres fois il refuse de recevoir et de déglutir les aliments et l'on est contraint de le nourrir à la sonde.

Ces phénomènes se rattachent au négativisme. Ils sont très fréquents dans la démence précoce. Ils peuvent cependant, comme nous venons de le voir, se rencontrer dans la mélancolie vraie.

Le pouls est lent, petit et serré, la respiration rare, la température quelquefois légèrement inférieure à la normale, la constipation très marquée. La nutrition se fait mal, la peau devient sèche.

La stupeur absolue alterne parfois avec des phases d'excitation relative pendant lesquelles le malade se plaint et gémit.