

Cet état peut se dissiper lentement ou brusquement. Après le retour à la santé, le mélancolique conserve le souvenir de son état d'esprit au cours de ses phases de dépression absolue; il raconte les sentiments pénibles qui le dominaient, les angoisses auxquelles il était en proie, les idées de culpabilité, d'indignité, de fautes imaginaires, de ruines ou d'impuissance qui l'obsédaient.

4° *Mélancolie anxieuse*. — Au cours des différentes variétés de lypémanie que nous venons de décrire, on peut voir se produire des paroxysmes d'anxiété, pendant lesquels les malades, sortant de leur immobilité et de leur mutisme, accusent une sensation d'angoisse épigastrique ou thoracique, se plaignent de leur pénible situation et poussent des gémissements. Ce fait suffirait à prouver que les formes diverses de la mélancolie sont de simples variétés d'aspect de la maladie et ne sont pas séparées les unes des autres par une ligne de démarcation bien profonde.

Toutefois, la forme anxieuse de la lypémanie revêt dans quelques cas une physionomie, une marche et une évolution tellement spéciales qu'on est porté à lui attribuer une autonomie et une personnalité que n'auraient pas les autres formes de la mélancolie.

Les mélancoliques anxieux représentent les mélancoliques *actifs* d'Esquirol, les *gémisseurs* de Guislain et de Morel. L'attitude et la manière d'être de ces malades sont bien différentes de celles des mélancoliques avec stupeur ou même des mélancoliques simplement déprimés. Au lieu de concentrer leur douleur, les anxieux l'exhalent à tout venant. Ils vont et viennent machinalement, font des gestes de désespoir, profèrent des plaintes incessantes, se répandent en gémissements. De loin en loin, quand l'idée délirante devient plus obsédante, ils accusent (c'est ce qui leur a valu leur nom) une anxiété plus ou moins vive : ils éprouvent dans la région de l'épigastre et du cœur une sensation d'oppression pénible, de serrement, de constriction. Cette sorte d'aura gagne le cou et la tête et s'accompagne d'un sentiment d'angoisse intense, suivi de larmes, de lamentations et parfois de mouvements impulsifs des plus dangereux. Dans les paroxysmes de leur agitation, les mélancoliques anxieux doivent être soumis à une surveillance rigoureuse : le suicide, les auto-mutilations, plus rarement l'homicide, peuvent être la conséquence des raptus mélancoliques, beaucoup plus communs dans cette forme de la maladie que dans les autres. Nous signalons plus loin les transformations que les idées délirantes sont susceptibles de subir chez ces malades (idées de négation, d'énormité) dans les cas où l'affection tourne à la chronicité.

**Marche. Durée. Terminaisons. Pronostic.** — Nous avons indiqué les modes de début variables de l'accès mélancolique : début brusque ou début lent avec prodromes. La période d'état ne procède pas d'une façon uniforme : en général, quelle que soit la variété de mélancolie à laquelle on ait affaire, on constate d'un jour à l'autre ou d'un moment à l'autre de la même journée des exacerbations ou des rémissions dans les symptômes. La dépression, l'anxiété, sont ordinairement plus accusées le matin ; les hallucinations, la panophtobie, le soir à la tombée de la nuit. Les changements de température, particulièrement le froid vif, l'accentuation des désordres gastriques et intestinaux, le retour de la période menstruelle, provoquent souvent une exagération des troubles.

La guérison est une terminaison relativement fréquente de l'affection. On est

d'autant plus en droit de l'espérer que les malades sont plus jeunes. Elle survient quelquefois assez vite, rarement avant trois à quatre semaines, plus souvent après trois, quatre ou cinq mois de durée, dans quelques cas après un an, quinze mois et même deux ans de maladie<sup>(1)</sup>. Elle peut être brusque et avoir lieu du soir au matin : le fait est rare et s'observe surtout dans les crises mélancoliques qui dépendent de la folie périodique. Habituellement la guérison s'établit d'une façon lente et graduelle : la dépression s'atténue petit à petit, les idées de culpabilité ou de ruine deviennent moins obsédantes, les malades s'y absorbent d'une façon moins constante et moins absolue, ils se remettent à s'intéresser aux choses qui les entourent. Toutefois il est rare que le retour à la santé ait lieu d'une manière régulièrement progressive; d'ordinaire il est retardé par des périodes de recul momentané, par des sortes de rechutes temporaires qui deviennent de moins en moins longues et de moins en moins nombreuses. La mélancolie simple ou avec idées délirantes et la mélancolie avec stupeur guérissent plus aisément et plus souvent que la mélancolie anxieuse.

Les *récidives* ne sont pas rares et les accès ont d'autant moins de tendance à se terminer heureusement qu'ils ont été précédés par un plus grand nombre de crises antérieures et qu'ils se produisent chez des individus plus âgés.

La mélancolie, si elle ne guérit pas, peut passer à l'état chronique. Dans ce cas, plusieurs éventualités sont possibles. Ou bien les idées délirantes persistent, mais elles se stéréotypent en quelque sorte; les hallucinations s'atténuent, les gestes et la mimique deviennent automatiques et monotones, la stupeur fait place à une sorte de stupidité, l'intelligence s'affaiblit et les malades ne tardent pas à verser dans la *démence* en même temps que tout leur être est frappé d'une sorte d'une sénilité précoce<sup>(2)</sup>. D'autres fois la mélancolie fait place à un délire systématisé avec hallucinations variées, idées de persécution et idées mystiques, qui se comporte comme le font les divers délires systématisés. Ces folies systématisées secondaires (*paranoïa secondaire* des auteurs étrangers) réclament de nouvelles recherches tant au point de vue du mode de transformation qui les relie à la mélancolie, que de la place exacte qu'il convient de leur assigner en nosologie.

Il n'est pas douteux que bon nombre d'entre elles ressortissent à la forme paranoïde de la démence précoce<sup>(3)</sup>.

Mais il y a une forme particulière de délire, dont les caractères cliniques et la signification pronostique ont été particulièrement bien étudiés en France dans ces dernières années et qui peut être l'aboutissant de certaines formes de mélancolie, spécialement de la forme anxieuse; il s'agit du *délire des négations*<sup>(4)</sup>.

(1) Nous avons vu, fait très exceptionnel, une malade guérie au bout de 6 ans.  
(2) SERAFINO-ARNAUD. Le senescenze precoce nei melancolici. *Riv. di pathol. nerv. e ment.*, 1899.

(3) H. SCHLÖSS. Ueber die Beziehungen zwischen Melancholie und Verrücktheit. *Jahrbüch. f. Psychiat.*, 1895. — RONCORONI. La paralipemania. *Ann. di freniat.*, 1898. — SÉGLAS. Le délire systématisé d'auto-accusation. *Arch. de neurol.*, 1899. — ANGLADE. Délires systématisés secondaires. Rapport au Congrès de Marseille, 1899.

(4) On pourra lire les travaux suivants relatifs au délire des négations : COTARD. Du délire hypocondriaque dans une forme grave de la mélancolie anxieuse. *Ann. médico-psychol.*, septembre 1880, et Du délire des négations, *Arch. de neurol.*, n° 11 et 12, 1882. — SÉGLAS. Séméiologie et pathogénie des idées de négation, *Ann. médico-psychol.*, 1889, et Note sur un cas de mélancolie anxieuse, *Arch. de neurol.*, n° 22, 1884. — ARNAUD. Sur le délire des négations, in *Ann. médico-psychol.*, novembre et décembre 1892. — *Compte rendu du Congrès des médecins aliénistes tenu à Blois en 1892* (Rapport de M. Camuset sur le

Les idées qui caractérisent cette forme de délire, toujours identiques à elles-mêmes quant au fond, sont variables quant à leur objet. Tantôt elles se rapportent à l'organisation physique : les malades n'ont plus d'estomac, plus de cœur, plus de sang, plus de cerveau, ils sont bouchés, desséchés; tantôt elles sont relatives aux fonctions psychiques : le malade ne pense plus, n'a plus de volonté, plus d'affection. Il est enfin des cas dans lesquels les tendances négatives visent le monde extérieur et les conceptions métaphysiques : rien n'existe plus, les personnes de l'entourage sont mortes, les médecins ne sont pas des médecins, les aliments sont des ombres d'aliments, il n'y a plus d'âme, plus de justice, plus de Dieu.

Les idées de négation s'observent dans des circonstances cliniques fort diverses. Baillarger a depuis longtemps montré leur fréquence dans les formes dépressives de la paralysie générale; elles se rencontrent chez les débiles intellectuels, chez les déments séniles, chez certains persécutés.

Dans la mélancolie, particulièrement dans la mélancolie à forme anxieuse, elles peuvent se montrer plus ou moins mêlées aux autres conceptions lypémaniques, soit dès le début, soit à une période peu avancée de l'affection. Dans ce cas, elles ne comportent pas toujours le pronostic fâcheux qu'elles entraînent à leur suite, lorsqu'elles apparaissent dans les circonstances qu'il nous reste à indiquer.

Cotard s'est attaché à montrer que le délire des négations peut être l'aboutissant de la mélancolie anxieuse et en constitue une transformation, d'ailleurs de mauvais augure, car elle est l'indice de la chronicité. C'est particulièrement chez les mélancoliques d'un âge déjà avancé, qui ont eu antérieurement d'autres accès lypémaniques, et dont l'hérédité vésanique est lourde, qu'on observe cette transformation. Après une première phase de mélancolie anxieuse, caractérisée par de l'anxiété, des idées de culpabilité, de damnation et de possession, de l'analgésie, avec propension au suicide et aux mutilations volontaires, les idées de négation s'installent. Elles sont relatives, comme nous l'avons précédemment indiqué, soit à la constitution physique ou psychique du malade, soit au monde extérieur. Leur cercle va s'étendant de jour en jour dans une sorte de systématisation progressive. Les malades commencent par nier leurs organes, leurs sentiments, leur intelligence, puis ils nient le monde qui les entoure; ils ne vivent pas, rien ne vit autour d'eux. Par une déduction assez singulière, ils en arrivent quelquefois, en partant de ces conceptions fausses, à l'idée d'immortalité; l'un s'imagine qu'il est en pierre et par suite qu'il ne peut mourir (Régis); une autre qu'on ne peut la tuer, qu'une balle de revolver ricocherait dans sa tête vide comme une armoire (Toulouse); « ce qui reste d'elle, c'est ce qui ne meurt pas, le squelette humain, ce qui est éternel enfin ». Les négateurs conforment leur conduite à leurs idées : souvent ils refusent de manger, convaincus qu'ils n'ont pas besoin d'aliments puisqu'ils sont morts. De même, ils opposent une certaine résistance à toutes les tentatives qu'on

délire des négations, et discussion de ce rapport). — TOULOUSE. Le Délire des négations. *Revue. Gaz. des hôp.*, n° 52, 1895. — DE COOL. Contribution à l'étude du délire des négations. Thèse de Paris, décembre 1895. — SÉGLAS. *Leçons cliniques*. Paris, 1896. — GIANELLI. Sul delirio sistemizzato di negazione. *Riv. quindic. di psicologia, psichiatria, neuropatologia*, t. I. — TRÉNEL. Note sur les idées de négation. *Arch. de neurol.*, 1898. — OBICI GIULIO. Sul così detto « Delirio di negazione ». *Riv. di Freniat.*, 1899. — CASTIN. Un cas de délire hypocondriaque à forme évolutive. *Ann. méd.-psych.*, 1900. — SANTE DE SANCTIS. Psychopathologie des idées de négation. *Il manic. mod.*, 1900, n° 3.

fait pour les faire marcher, se lever, se nettoyer. Ces idées d'immortalité sont plutôt, suivant l'heureuse expression de Toulouse, des idées d'éternité dans la mort. Quand le délire des négations apparaît dans les circonstances que nous venons d'indiquer et quand il va se systématisant d'une façon progressive et de plus en plus parfaite, comme dans les cas observés par Cotard, il est un signe de chronicité et d'incurabilité de la mélancolie.

On observe quelquefois, soit à sa suite et paraissant dès lors en dériver, soit indépendamment de lui, des idées d'un autre ordre qui, comme celles de négation, se greffent sur le fond mélancolique et comme elles sont d'un pronostic grave, ce sont les idées d'énormité. C'est encore Cotard (1) qui a appelé l'attention sur cette forme de délire. Il s'agit là d'une sorte de délire de grandeur, mais à physionomie très spéciale. Les conceptions fausses ne changent point de caractère : le mélancolique ne cesse pas de se considérer comme un coupable, mais il devient, si l'on peut dire, ambitieux dans son humilité. « Il croit qu'il est la cause de tout le mal qui existe dans le monde; il est Satan, il est l'Antechrist. Quelques-uns s'imaginent que leurs moindres actes ont des effets incommensurables : s'ils mangent, le monde entier est perdu; s'ils urinent, la terre va être noyée par un nouveau déluge. » Une malade d'Arnaud disait que « ses excréments montaient jusqu'au ciel, qu'elle en rendait tous les jours de quoi remplir une ou plusieurs maisons ». Une autre, observée par Cotard, s'imaginait que sa tête avait pris des proportions tellement monstrueuses qu'elle franchissait les murs de la maison de santé et allait jusque dans le village, démolir comme un bélier les murs de l'église. Un homme dont Camuset a relaté le cas, d'après Régis, disait devoir quatre milliards; « c'était une richesse à rebours ». Il faut ajouter que cette pseudo-mégalomanie peut à la longue dégénérer en mégalomanie vraie. Une malade, dont parle Cotard, qui était en 1882 un type de pseudo-mégalomane, en arriva en 1889 à se croire immense. Elle était tout à la fois Dieu et le diable, la Sainte Vierge et la reine du ciel, toute-puissante pour le bien comme pour le mal.

La mélancolie peut se terminer par la mort à un moment plus ou moins avancé de son évolution. Au début, elle tourne quelquefois au délire aigu; plus tard, les malades succombent soit à la pneumonie gangreneuse, soit à la cachexie, soit à la tuberculose.

**Diagnostic.** — Les développements dans lesquels nous sommes entrés suffiront pour permettre de différencier la mélancolie de la *confusion mentale* et du *délire de persécution*, avec lesquels elle a été longtemps confondue. On trouvera du reste des détails complémentaires aux chapitres consacrés à ces affections.

On ne confondra pas la mélancolie avec la *neurasthénie*. Certains neurasthéniques, tristes et déprimés, se plaignant amèrement de leurs souffrances, accusant des craintes illégitimes et redoutant, sans motifs suffisants, des affections graves, pourraient au premier abord être pris pour des mélancoliques hypocondriaques. Mais, dans ce cas, il existe des stigmates particuliers (casque, douleur rachidienne, plaque sacrée); la dépression est beaucoup moins accusée que dans la lypémanie; un retour sur l'histoire du malade apprendra qu'elle a été précédée des divers symptômes propres à la neurasthénie; les idées hypo-

(1) COTARD. Le délire d'énormité. *Communication à la Société médico-psychologique*, le 26 mars 1888. — Voir également SÉGLAS. *Leçons cliniques*.

condriaques, bien qu'exagérées, se déduisent avec une certaine logique des troubles éprouvés par les malades; elles ne sont pas justes, mais elles sont soutenables; celles du mélancolique sont absurdes, injustifiables. Le neurasthénique se laisse aisément convaincre, au moins pour un temps, de la fausseté de ses appréhensions: il aime qu'on les discute avec lui; les bonnes raisons le réconfortent et le consolent. Le lypémaniaque, au contraire, a une idée arrêtée, contre laquelle aucun argument ne prévaut; la discussion ne sert qu'à ancrer davantage les idées fausses en son esprit; avec lui, toute démonstration raisonnée est sans effet, on n'entame pas sa conviction.

Nous avons vu que la mélancolie proprement dite présente une ressemblance assez étroite avec certains *délires mélancoliques*<sup>(1)</sup> qui s'observent chez les dégénérés, les épileptiques, les hystériques, ou à la suite des intoxications par l'alcool, la cocaïne. Mais, dans ces cas, l'état mélancolique est consécutif aux idées délirantes ou aux hallucinations. Ces dernières manifestations sont les premières en date: la dépression et la tristesse en sont la conséquence, tandis que dans la mélancolie elles sont primitives. On trouvera d'ailleurs plus loin les indications relatives aux caractères particuliers de ces délires mélancoliques secondaires.

On verra aussi que la lypémanie, au lieu de constituer une psychose autonome, peut n'être qu'une des modalités revêtue, à certains moments de son évolution, par la *folie périodique*. Nous indiquons à la description de cette variété de folie les éléments du diagnostic différentiel.

La mélancolie avec stupeur ressemble de très près à cette forme de confusion mentale qui porte le nom de *stupidité*; elle lui ressemble tellement que la stupidité est considérée par beaucoup d'auteurs comme une des variétés de la lypémanie. On trouvera au chapitre consacré à la confusion mentale les différences pourtant fondamentales qui nous semblent exister entre les deux catégories de troubles mentaux.

Enfin, nous devons rappeler que, dans quelques cas, la *paralysie générale* revêt le masque de la mélancolie avec stupeur (fig. 225). Le diagnostic peut rester quelque temps hésitant. On reconnaîtra qu'on a affaire à l'encéphalite diffuse, grâce à l'inégalité et à la



FIG. 225. — Délire mélancolique au début d'une paralysie générale.

paralysie des pupilles, au tremblement des lèvres et des mains, au trouble de la parole qui se révélera dès que le malade se décidera à prononcer quelques mots. On aura soin, d'ailleurs, de s'enquérir des premiers symptômes qui ont marqué

<sup>(1)</sup> Lire à cet égard: MARANDON DE MONTYEL. *Communication à la Société médico-psychologique*, 27 janvier 1890.

le début de l'affection, et les renseignements de cet ordre fourniront au diagnostic différentiel de nouveaux éléments.

La démence, qu'elle soit primitive (comme cela a lieu au moment de la puberté ou de l'adolescence chez certains héréditaires) ou consécutive à la lypémanie, pourrait, à un examen superficiel, être prise pour de la stupeur mélancolique. Mais dans ce dernier cas l'individu est muet, les traits du visage violemment contractés expriment la souffrance morale qui le domine; au contraire, à mesure que la démence s'installe, le facies perd les caractères de la stupeur pour prendre ceux de l'hébétéude, le silence est moins obstiné et les phrases que le malade prononce témoignent par leur incohérence, leur puérilité, leur manque de signification précise, de l'affaiblissement des facultés intellectuelles.

**Étiologie.** — La mélancolie s'observe beaucoup plus fréquemment chez la femme que chez l'homme. L'âge de prédilection auquel elle se développe varie suivant les auteurs.

Pour Kräpelin cette affection ne se rencontre jamais, ou seulement à titre tout à fait exceptionnel, avant 40 ans. Elle est surtout fréquente entre 50 et 60 ans et constitue une psychose d'involution comme la démence sénile<sup>(1)</sup>. La presque totalité des états mélancoliques qui se rencontrent avant 40 ans ressortiraient à la folie périodique et à la démence précoce.

L'opinion de Kräpelin contient certainement une part de vérité. La mélancolie est très fréquente au début de la période de régression de l'organisme, c'est-à-dire vers 50 ans. Chez la femme notamment la ménopause est considérée avec raison comme un facteur puissant de mélancolie. Mais il n'existe à cet égard aucune règle absolue. La mélancolie est une maladie de tous les âges. Nous l'avons rencontrée, pour notre part, assez fréquemment entre 30 et 40 ans et même au moment de la puberté. Elle peut aussi atteindre les vieillards, mais d'ordinaire il s'agit alors d'un deuxième ou troisième accès, le premier s'étant manifesté pendant la jeunesse ou l'âge adulte.

L'hérédité nerveuse en constitue fréquemment la cause prédisposante: toutefois elle figure moins habituellement dans l'étiologie de la lypémanie que dans celle d'autres maladies mentales, de la folie dégénérative par exemple. Il n'est pas rare d'observer l'hérédité *similaire*.

Les causes occasionnelles peuvent être classées sous les rubriques suivantes: elles sont physiologiques, physiques, morales ou pathologiques.

Nous avons indiqué déjà, à titre de causes *physiologiques*, la puberté et la ménopause. La grossesse et l'état puerpéral<sup>(2)</sup> sont du même ordre: la mélancolie s'y observe assez souvent, moins communément toutefois que la confusion mentale, dont nous parlerons plus loin.

Les causes *physiques* sont représentées par le surmenage, les fatigues de divers ordres, surtout lorsque celles-ci coïncident avec une alimentation insuffisante.

Elles n'ont pas, à beaucoup près, la même influence que les causes *morales*. Le plus souvent en effet on retrouve, à l'origine de la lypémanie, des chagrins,

<sup>(1)</sup> FÜRSTNER. Ueber die Geistesstörungen des Seniums. *Ann. f. Psychiat.*, 1889. — A. RITTI. Les psychoses de la vieillesse. *Rapport au Congrès des alién. et neurol. Bordeaux*, 1895. — CAPGRAS. *Essai de réduction de la mélancolie à une psychose d'involution présénile*. Thèse de Paris, 1900. — KRÄPELIN. *Psychiatrie*, 7<sup>e</sup> édit. 1904.

<sup>(2)</sup> ASCHAFFENBURG. Ueber die klinischen Formen der Wochenbettspsychosen. *Allg. Zeitsch. f. Psychiat.*, t. LVIII. — G. BALLET. *Leçons de clinique médicale. Névroses et psychoses*.

des préoccupations vives ou longtemps prolongées, en un mot des causes de dépression nerveuse de diverses natures. L'action de ces dernières est d'autant plus prompte et plus sûre que l'organisme offre moins de résistance, que le système nerveux est plus impressionnable et se laisse plus aisément émouvoir et abattre par les incidents pénibles de la vie.

C'est dans de semblables conditions que les *maladies* organiques, en débilitant et déprimant l'économie ou en retentissant d'une façon douloureuse sur le cerveau, amènent la lypémanie. La tuberculose<sup>(1)</sup> serait, d'après quelques auteurs, une cause fréquente de mélancolie. Cette affection s'observe aussi à l'occasion des affections cachectiques (cancer), des hémorragies, des affections du tube digestif, du foie, du rein, des organes génito-urinaires, des opérations chirurgicales<sup>(2)</sup>. Il est possible que quelques-unes de ces dernières, celles de l'estomac et de l'intestin, des reins, agissent en déterminant des auto-intoxications, dont les produits iraient impressionner d'une façon fâcheuse le système nerveux. Mais, en ce qui concerne du moins spécialement la mélancolie, on ne possède encore à cet égard aucun résultat positif et précis. Longtemps la mélancolie a été considérée comme une affection d'origine hépatique ou mieux biliaire. Cette notion étiologique a été remise en honneur par Gilbert, Lereboullet et Cololian, pour qui la mélancolie serait très souvent, « pour ne pas dire toujours », liée à la cholémie familiale<sup>(3)</sup>.

La mélancolie s'associe également à certaines maladies nerveuses organiques (tabes) et à certaines névroses (chorée<sup>(4)</sup>, goitre exophtalmique<sup>(5)</sup>).

**Anatomie pathologique.** — On a signalé depuis longtemps certaines lésions macroscopiques : l'œdème cérébral (Etoc-Demazy<sup>(6)</sup>, Marcé), l'anémie (Schüle, Meyer), qui sont loin d'être constantes ni spécifiques. Au point de vue histologique Wigglesworth<sup>(7)</sup> a constaté dans la mélancolie avec stupeur la déformation et la dégénérescence des cellules de l'écorce qui deviennent arrondies, granuleuses, à noyau arrondi ; Klippel et Azoulay, au moyen de la méthode de Golgi, ont mis en évidence des lésions des prolongements. Anglade a noté des altérations diffuses du système nerveux : dégénérescence des cellules de l'écorce et de la moelle, sclérose des cordons postérieurs, altérations des nerfs périphériques. Ces dernières altérations constituent, suivant nous, des associations ou des conséquences de l'affection.

**Traitement** <sup>(8)</sup>. — La première question qui se pose lorsqu'on a affaire à un mélancolique, c'est de préciser le milieu et le régime général qui lui con-

<sup>(1)</sup> CHARTIER, *De la phtisie et en particulier de la phtisie latente dans ses rapports avec les psychoses*. Thèse de Paris, 1899. — DUFOUR et RABAUD. *Bull. de la Soc. anat.*, 1899. — ANGLADE et CHOCRAUX. La tuberculose dans l'étiologie des maladies mentales et nerveuses. *Mémoire présenté à l'Académie de médecine*, 17 mars 1905.

<sup>(2)</sup> JOFFROY. Folie post-opératoire. *Presse méd.*, 1898. — SÉGLAS. *Presse méd.*, 1898.

<sup>(3)</sup> GILBERT, LEREBoullet, COLOLIAN. L'origine biliaire de la mélancolie. *Bull. de la Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 6 août 1905.

<sup>(4)</sup> RAYMOND et SÉRIEUX. *Revue de méd.*, 1892. — HIRSCHL. *Jahrbüch. f. Psychiat.*, 1895. — DEVAY. *Arch. de neurol.*, 1897.

<sup>(5)</sup> BRETON. Thèse de Paris, 1895. — MARFURGO. *Riv. speriment. di frenatria*, 1898. — HUET. *De la chorée chronique*. Thèse de Paris, 1899.

<sup>(6)</sup> ETOC-DEMAZY. *De la stupidité considérée chez les aliénés*, 1858. — MARIÉ. *Traité des mal. mentales*, 1862.

<sup>(7)</sup> WIGGLESWORTH. *Journ. of ment. sc.*, 1885. — KLIPPEL et AZOULAY. *Arch. de neurol.*, 1894 et *Soc. de biol.*, 1894. — ANGLADE. Névrites périphériques chez les aliénés. *Ann. méd.-psych.*, 1899.

<sup>(8)</sup> A consulter : RITTI. *Traité de thérapeutique d'Albert Robin*. Art. MALADIES MENTALES. — SÉRIEUX et FARNARIER. *Semaine méd.*, 1899.

viennent. On doit le mettre au calme, loin de l'agitation et du bruit : il faut autant que possible l'éloigner de sa résidence habituelle, où ses préoccupations malades ont pris naissance, et l'isoler des personnes qui constituent son entourage accoutumé. Les voyages, qu'on recommandait autrefois (Esquirol), sont plus nuisibles qu'utiles, au moins pendant la période d'état de l'affection; au cours de la convalescence on pourra au contraire quelquefois y recourir avec avantage. On installera le malade chez lui soit à la campagne, soit à la ville dans une maison tranquille; ou bien on le placera dans un établissement hydrothérapique, à la condition qu'il soit assuré d'y jouir d'une vie calme. La maison de santé ne s'impose pas toujours d'une façon impérieuse; toutefois, c'est encore elle qui répond le mieux aux exigences de la situation, particulièrement lorsqu'on a affaire soit à la mélancolie agitée, soit à la mélancolie délirante avec idées de suicide, soit à la mélancolie avec stupeur. Quelle que soit d'ailleurs la résidence choisie, le malade doit être soumis à une surveillance attentive de jour et de nuit. Il ne faut jamais se fier à un mélancolique, même quand l'affection paraît bénigne; on a toujours à redouter les impulsions au suicide. Quand l'amélioration paraît s'affirmer, il faut encore se tenir sur ses gardes : on n'a de sécurité vraie qu'après la guérison complète de la maladie.

L'attitude à prescrire vis-à-vis des lypémaniques doit être celle de conseiller compatissant; il faut leur montrer qu'on s'intéresse à leur sort, s'efforcer d'acquiescer leur confiance. Sans s'associer à leurs idées délirantes, on doit éviter de les discuter : les tentatives de réfutation en règle n'aboutissent qu'à fatiguer les malades et à provoquer chez eux la défiance.

Quand la dépression mélancolique est compatible avec une certaine activité, il faut pousser le lypémanique à s'occuper, et s'efforcer ainsi de distraire sa pensée des préoccupations malades qui l'absorbent. Les promenades au grand air, le travail des champs, le jardinage, quelquefois même la gymnastique modérée et rationnelle ont à cet égard leur utilité. Mais ces occupations doivent être distribuées de façon à laisser au malade tout loisir de se reposer : on ménagera soigneusement ses forces et l'on se trouvera bien, dans quelques cas, de l'obliger à s'étendre plusieurs heures par jour, notamment après le repas.

L'alimentation doit être régulière, substantielle et abondante. Les albuminoïdes y tiendront une place large, sinon exclusive, sous la forme de viande, d'œufs, de lait. Les stimulants, le thé, le café, le vin en petite quantité, seront pris avec avantage. Mais, comme nous l'avons vu, les malades manifestent souvent de l'indifférence ou du dégoût à l'égard des aliments. On est alors obligé de les pousser à manger; il faut pour ainsi dire leur mettre la bouchée aux lèvres : c'est une tâche à laquelle on ne doit pas négliger de s'employer. Quelquefois on se butte à un refus opiniâtre de tout aliment : dans ce cas, il est nécessaire de recourir à l'alimentation forcée au moyen de la sonde. La sonde dont on se sert doit être souple et flexible, d'un diamètre d'environ 5 millimètres. On l'introduit par la bouche après avoir préalablement écarté les arcades dentaires, ou mieux par l'une des fosses nasales; on adapte ensuite à son extrémité libre soit le robinet d'un irrigateur, soit un simple entonnoir, dans lesquels on verse le liquide alimentaire. On s'assure que la sonde a bien pénétré dans l'œsophage et non dans la trachée, en observant ce qui se passe après l'introduction des premières cuillerées de liquide. Celles-ci provoqueraient des efforts de toux et de la dyspnée, si l'instrument avait été introduit par erreur