

CHAPITRE II

MÉLANCOLIE OU LYPÉMANIE

La mélancolie, comme la manie, comprend trois types ou espèces : 1° La *mélancolie aiguë*; 2° la *mélancolie chronique*; 3° la *mélancolie cyclique*.

ARTICLE PREMIER

MÉLANCOLIE AIGUE

Nous décrirons successivement dans la mélancolie aiguë : 1° la *mélancolie aiguë typique*, avec ses formes *délirante*, *anxieuse*, avec *stupeur*; 2° la *mélancolie subaiguë* ou *dépression mélancolique* (mélancolie avec conscience).

§ 1. — MÉLANCOLIE AIGUE TYPIQUE

La mélancolie aiguë est une psychose généralisée caractérisée par une concentration psychique douloureuse d'origine cénesthésique, avec réaction adéquate de l'activité générale et de toutes les fonctions de l'organisme.

1° **Étiologie.** — A l'encontre de la manie, qui atteint de préférence les sujets expansifs, exubérants et naturellement excités, la mélancolie survient plutôt chez les individus timides, timorés et scrupuleux. C'est pourquoi elle est beaucoup plus fréquente chez la femme que chez l'homme. La proportion serait de 2.038 femmes pour 1.099 hommes, tandis qu'elle est pour la manie de 2.988 femmes pour 2.679 hommes (PLANÈS).

Les causes les plus ordinaires de la mélancolie, en dehors de l'hérédité, sont les émotions violentes, les chagrins prolongés, les fatigues corporelles, les affections des viscères, c'est-à-dire, d'une façon générale, les *causes débilitantes* et *dépressives*. Plus souvent qu'on ne le croit, elle est le résultat immédiat d'une *auto-intoxication*, surtout gastro-intestinale.

2° **Symptomatologie.** — La mélancolie présente une *période d'invasion* ou de *début*, une *période d'état* et une *période de terminaison*.

A. PÉRIODE DE DÉBUT. — L'invasion de la mélancolie est plus lente encore que celle de la manie. Elle peut débiter par des troubles gastro-intestinaux tels qu'état saburral, constipation, anorexie, etc., ou même être consécutive à une dyspepsie plus ou moins ancienne. Il existe en même temps des malaises généraux, de l'abattement, de la tristesse, de l'insomnie, du dégoût de tout, de l'anxiété. Dès les premiers jours, quelquefois, on voit apparaître un retour obstiné de certaines préoccupations relatives à la santé, à la position de fortune, aux affaires, à la famille, à la conduite passée. Mais à part la fixité de ces idées et l'inquiétude outrée qu'elles provoquent, l'intégrité de la raison paraît encore complète, et ce n'est souvent que lorsque le malade en arrive à exécuter quelque tentative de suicide qu'on commence à croire dans l'entourage à l'existence de la folie.

Cette période prémonitoire dure plus ou moins longtemps, mais peu à peu les symptômes s'aggravent et la période d'état se trouve constituée.

B. PÉRIODE D'ÉTAT. — Nous décrirons, comme dans la manie, les *troubles psychiques* et les *troubles physiques*.

a. *Troubles psychiques.* — Pour se faire une idée exacte de la mélancolie, il faut se la représenter comme étant essentiellement une psychose non pas intellectuelle, mais affective. Le délire en effet, peut y manquer; ce qui n'y fait jamais défaut, c'est le *trouble affectif*.

Ce trouble affectif consistant, dans la mélancolie, en un senti-

ment de tristesse plus ou moins inquiète, n'est donc pas le résultat d'idées maladives, souvent absentes; il a sa source, ici plus qu'ailleurs encore peut-être, dans des modifications de la sensibilité externe et surtout interne. La mélancolie est, avant tout, une maladie de la *cénesthésie*.

Le processus de la mélancolie peut donc être établi de la sorte: troubles de la sensibilité perceptive, en rapport probable avec des altérations, toxiques ou autres, du fonctionnement organique, particulièrement dans le domaine du grand sympathique; consécutivement et comme conséquence, troubles de l'affectivité, de la conscience et de la personnalité, ainsi atteints dans leur fondement essentiel; finalement et comme simple conséquence aussi de l'état cénesthésique pénible, idées délirantes en rapport avec lui.

Telle nous paraît être, en partant du trouble de la sensibilité, élément primitif, la succession des phénomènes psychiques de la mélancolie.

Nous devons donc, d'après cela, énumérer ces phénomènes dans leur ordre même, c'est-à-dire envisager tour à tour: α) les troubles de la sensibilité perceptive, surtout cénesthésique; β) les troubles de l'affectivité, de la conscience et de la personnalité; γ) les troubles de l'idéation; δ) les troubles de l'activité.

α) *Troubles de la sensibilité externe et interne.* — La plupart des auteurs, depuis ESQUIROL, ont constaté que tous ou presque tous les mélancoliques se plaignaient de ne plus sentir, de ne plus être, de ne plus voir comme auparavant. C'est comme si quelque chose était changé en eux ou autour d'eux. Chez les uns, ces sensations portent sur le corps, en particulier sur les viscères abdominaux, dont le fonctionnement n'arrive plus à la conscience cénesthésique ou n'y arrive que troublé. Chez les autres, ce qui apparaît modifié à la conscience, c'est le cerveau et le cœur, en tant qu'organes des idées et des sentiments. Ils déclarent ne plus penser normalement, librement, ne plus être impressionnés par rien de ce qui devrait les toucher, les émouvoir, ne plus éprouver d'affection pour les êtres qui leur étaient les plus chers, etc. Chez certains enfin, ce trouble des sensations porte aussi ou tout particulièrement sur les personnes et les

choses extérieures. Ceux-là disent que rien ne leur apparaît comme avant; les individus qui les entourent présentent un autre aspect, d'autres traits, une autre voix; le chant des oiseaux est tout différent; les arbres et les plantes ont quelque chose d'insolite, etc.

« Je souffre constamment, mon existence est incomplète, dit un malade d'ESQUIROL; je n'ai aucune sensation humaine...; il me manque la faculté de jouir des choses et de les ressentir...; quelque chose d'affreux est certainement entre moi et les jouissances de la vie...; chacun de mes sens, chaque partie de moi-même est, pour ainsi dire, séparée de moi et ne peut plus me procurer aucune sensation; il me semble que je n'arrive jamais jusqu'aux objets que je touche. » « J'entends, je vois, dit un autre, je touche, mais je ne suis pas comme autrefois; les objets ne viennent pas à moi, ils ne s'identifient pas avec mon être; un nuage épais, un voile change la teinte et l'aspect des corps... »

« Ces malades, ajoute ESQUIROL, perçoivent mal les impressions; un abîme les sépare pour ainsi dire, du monde extérieur. »

Beaucoup d'auteurs, notamment LOUYER-VILLERMAÏ, JULES FALRET, COTARD, SÉGLAS, VALLON et MARIE, etc., ont insisté sur cet ordre de symptômes de la mélancolie.

COTARD qui a vu en eux, avec grande raison, le point de départ de ces formes de délire hypocondriaque anxieux qu'il a si bien décrites, les attribuait à la perte de la vision mentale. VALLON et MARIE les rapportent plus exactement à des troubles cénesthésiques. Il est évident, en effet, qu'ils ne peuvent être dus qu'à des altérations dans cette sensibilité perceptive qui nous donne la notion exacte de nos sensations, internes ou externes, morales ou physiques. Ce sont, suivant le cas, des hyperesthésies, des anesthésies ou des paresthésies cénesthésiques, peut-être liées à des modifications, primitives ou secondaires, dans l'état anatomique du grand sympathique.

Tels sont les troubles des perceptions qui dominent dans la mélancolie. D'autres peuvent venir s'y joindre, comme les hallucinations psycho-motrices par exemple, qui font entendre

aux malades des voix dans différentes parties du corps, en général dans celles mêmes où ils ressentent le plus de perturbations. SÉGLAS considère ces hallucinations psycho-motrices comme les seules vraiment fréquentes dans la mélancolie, ce qui est généralement exact, sauf, peut-être, dans les cas à prédominance de troubles de l'idéation, où des *hallucinations sensorielles* plus ou moins nombreuses accompagnent le délire, ainsi que nous le noterons en parlant de ce dernier.

β) *Troubles de l'affectivité, de la conscience et de la personnalité.* — Les phénomènes morbides existant du côté de la sensibilité ont naturellement pour premier résultat de retentir sur l'affectivité et d'y déterminer un état émotif pénible et douloureux, d'autant plus facilement que les mélancoliques sont presque toujours, par nature, des gens impressionnables, timorés, inquiets, susceptibles de se tourmenter pour un rien.

La *tristesse*, tristesse morbide, profonde, insurmontable, accompagnée d'hyperesthésie émotive, d'impuissance morale, d'abattement, de découragement est donc un symptôme constant de la mélancolie, même (et cela se conçoit avec l'idée que nous nous faisons du processus morbide de cette psychose) dans les formes purement dépressives, conscientes, sans délire.

Suivant les individus et suivant les cas, ce symptôme affectif fondamental peut se manifester de façon prédominante sous forme de *tristesse simple*, muette et passive, ou bien sous forme de *tristesse agitée* et inquiète, c'est-à-dire d'*anxiété*.

Ce qu'il y a de remarquable, c'est qu'avec ce fond de souffrance, beaucoup de mélancoliques se plaignent justement de ne pouvoir éprouver aucune peine, aucun chagrin, aucun sentiment et s'en affectent au plus haut point.

Quelle que soit l'idée qu'ils se font de l'état de leurs sentiments affectifs, les mélancoliques se divisent en réalité, à cet égard, en deux catégories. Les uns sont apathiques, indifférents, non seulement pour ce qui les regarde, mais aussi vis-à-vis de leur famille et des êtres qu'ils aimaient le plus, allant même parfois jusqu'à les prendre en aversion ; d'autres, au contraire, ont leurs sentiments affectifs exaltés, ils se préoccupent sans

cesse et d'une façon malade de leurs parents, de leurs amis, voire d'indifférents et d'inconnus.

Si les troubles organiques de la sensibilité dont nous avons parlé retentissent sur l'affectivité, on comprend qu'ils exercent aussi leur action sur la *conscience* et la *personnalité* qui relèvent directement, nous le savons, de la cénesthésie. VALLON et MARIE ont très justement insisté sur ce point.

Les *troubles de la conscience*, dans la mélancolie, appartiennent naturellement à la catégorie de ceux que nous avons appelés troubles par altération des perceptions, soit externes, soit surtout internes. Sous l'influence de l'altération de leurs perceptions cénesthésiques, les malades n'ont plus, en effet, qu'une conscience troublée, parfois même nulle, de leur vie organique. Et lorsque l'altération de ces perceptions est très profonde, elle s'accompagne en même temps d'une altération dans l'appropriation personnelle des sensations, qui ne sont plus dès lors, rapportées au *moi*.

C'est de cette façon et par cette voie que la *personnalité* se trouve atteinte à son tour dans la mélancolie. Déjà les malades légèrement touchés dans leur cénesthésie, ceux chez qui tout se borne à ne plus sentir ou à ne plus voir comme auparavant, ont leur personnalité entamée. Eux-mêmes se trouvent différents, et ce sentiment de modification personnelle les tourmente, nous l'avons vu, au plus haut point.

Mais ce n'est là qu'un premier degré. En réalité les altérations les plus grandes de la personnalité peuvent s'observer dans la mélancolie : perte de la personnalité propre, changement de la personnalité propre, dédoublement, etc., suivant que la cénesthésie donne au sujet la conscience qu'il existe, mais qu'il est transformé en un autre être vivant, en une substance quelconque, ou qu'une autre individualité, animale, humaine, diabolique, divine existe en lui ou avec lui.

Ces troubles de la conscience et de la personnalité s'observent tout particulièrement, comme les troubles cénesthésiques auxquels ils se rattachent, dans les variétés anxieuse et hypochondriaque de la mélancolie, dont nous dirons un mot plus loin.

γ) *Troubles de l'idéation.* — Le trouble dominant de l'idéation,

dans la mélancolie, est la *concentration pénible de l'esprit*. Cette concentration pénible de l'esprit se traduit par la limitation et la fixité des idées, contrastant avec la mobilité et la diffusion que l'on trouve dans la manie. Ici, l'être tout entier se replie douloureusement sur une série de pensées et s'absorbe dans leur



Fig. 23.

Mélancolie aiguë : dépression (d'après A. VOISIN, in *Leçons cliniques*).

incessante méditation. *Animi angor in una cogitatione defixus atque inherens*, avait déjà dit excellemment ARÉTÉE. Avec cela, lucidité plus ou moins complète sur tout ce qui n'est pas le délire, en sorte que l'intelligence ne paraît lésée que sur un point. C'est ce qui explique pourquoi la mélancolie a pu être rangée, jusqu'à BAILLARGER, parmi les *folies partielles* ou *monomanies* (lypémanie ou monomanie triste d'ESQUIROL).

Le *délire*, trouble de l'idéation non moins important, est caractéristique dans la mélancolie aiguë. Il peut être très

variable comme expression, mais le fond en est toujours le même : c'est un composé d'idées tristes, telles qu'idées de ruine, d'impuissance, d'hypocondrie, de damnation, de persécution vague, d'empoisonnement, de déshonneur, surtout de *culpabilité* et de *criminalité imaginaires*. Les malades se croient



Fig. 24.

La même malade guérie (d'après A. VOISIN, in *Leçons cliniques*).

perdus, couverts de honte; ils repassent les mille détails de leur vie et y trouvent des forfaits impardonnables pour lesquels ils sont condamnés à de terribles supplices ou à la mort; ils se reprochent tout ce qu'ils font et tout ce qu'ils disent; ils s'accusent de manquer d'affection pour leurs parents, d'être cause de leur ruine, de leur mort; ils ont offensé Dieu, fait de mauvaises confessions, commis des sacrilèges, perdu le monde, mérité l'enfer; ils sont pour tous un objet de réprobation. Pusillanimes et craintifs au plus haut point, ils n'osent faire un pas

tout seuls, redoutent constamment quelque chose, sans savoir quoi, se croient mourants, en prison, entourés de geôliers, de bourreaux, etc. Bien différents des persécutés, qui rapportent leurs tourments au monde extérieur et accusent les autres de tout ce qu'ils souffrent, les mélancoliques rapportent à eux-mêmes ce qui se passe de mal autour d'eux et s'en accusent, d'où le nom de *délire d'auto-accusation* donné à leur délire. La distinction est caractéristique et permet, en dehors de tout autre symptôme, d'établir un diagnostic qui n'est pas sans présenter, parfois, certaines difficultés.

Avec ces troubles de l'idéation coexistent assez souvent des *hallucinations sensorielles*. Nous avons vu que, d'après SÉGLAS, les hallucinations sensorielles étaient très rares dans la mélancolie. Elles existent cependant, surtout dans les formes nettement délirantes. Dans ces cas, elles peuvent être multiples et affecter divers sens, en particulier celui de l'ouïe. Les malades entendent nuit et jour, surtout la nuit, des voix qui les accusent, leur reprochent leur conduite, les menacent de divers supplices; ils voient des fantômes, des morts, des personnages célestes, l'enfer, des flammes, des scènes dramatiques ou terrifiantes, telles que batailles, égorgements, etc. Ils disent respirer de mauvaises odeurs; leurs aliments ont goût de chair humaine; ils sentent mauvais, sont pourris, etc. Parfois aussi, ils éprouvent les *illusions internes*, génitales ou intestinales, les plus bizarres et les plus variées.

δ) *Troubles de l'activité*. — Si les troubles de l'*activité générale* et de la *mimique* sont caractéristiques, dans la manie, ils le sont peut-être davantage encore dans la mélancolie.

Le tableau diffère suivant qu'il s'agit de mélancoliques *déprimés* ou *exaltés*.

Les *déprimés* sont ceux qui concentrent en eux-mêmes toute leur douleur sans que rien en transpire au dehors, de sorte que leur activité générale est en raison inverse du degré de leur mélancolie; ils ont l'aspect triste, la tête baissée, les bras pendants, les mouvements lents, les gestes rares, la physionomie altérée, les traits tirés, le visage amaigri et blafard, l'expression douloureuse, le regard morne, éteint, les sourcils et les plis du

front dessinant une sorte d' ω (oméga mélancolique de SCHULE), le front ridé, la bouche contractée; ils sont immobiles, inertes et passifs; il faut les habiller, les faire lever, marcher, manger, sans cela ils ne bougeraient pas. Quelques-uns sont plongés

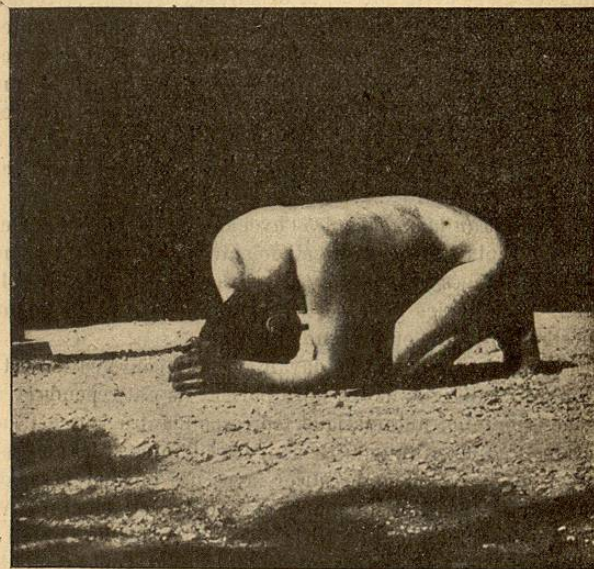


Fig. 25.

Mélancolie aiguë : excitation (cliché du Dr LALANNE).
Le malade se prosterne à terre, tout nu, dans l'attitude d'un suppliant.

dans une immobilité de statue (stupeur). Ce n'est qu'à de rares moments qu'ils sont pris tout à coup d'une espèce de crise impulsive pendant laquelle ils se livrent à des violences *automatiques* (raptus mélancoliques).

Chez les *exaltés*, au contraire, la souffrance s'extériorise sous forme d'agitation inquiète ou anxieuse et cette réaction de l'activité générale et de la mimique est alors en raison directe

de l'intensité de l'accès. Ils ont le visage inquiet, le regard brillant, l'air anxieux ou terrifié. Leur émoi se traduit par des pleurs, des cris, des gémissements, des plaintes entrecoupées, des gestes saccadés, des actes purement mécaniques et toujours les mêmes. Ils se déshabillent, se déchirent, s'épilent, se tordent les doigts, les lèvres, s'écorchent la face et les mains, fouillent violemment leurs cavités naturelles, se mutilent sans rien sentir et sans y prêter, pour ainsi dire, attention. Quelques-uns, dans leur tendance à se diminuer, à s'avilir, se prosternent tout nus, hiver comme été, et s'anéantissent dans la poussière en une attitude d'effacement qui trahit au plus haut point leur délire d'indignité (voy. fig. 25).

Les *troubles du langage* sont à l'avenant. Les déprimés parlent peu, d'une voix sourde, lente et dolente. Fréquemment même ils restent plongés dans un *mutisme* absolu et dont aucune sollicitation ne peut les faire sortir. Leurs *écrits* sont de même, naturellement, nuls ou presque nuls.

Les exaltés ne suivent pas davantage une conversation, et il est tout aussi difficile de les faire parler. Ils ont cependant un langage spontané, automatique, correspondant à leur attitude générale et à leur mimique. Ce sont les plaintes et les gémissements dont nous venons de parler, avec des onomatopées, des exclamations, des phrases inachevées tout à fait significatives et répétées constamment : « Oh ! » — « Ah ! mon Dieu ! » — « Je suis perdu ! » — « Je suis un misérable ! » — « Tout est fini ! » — « Damné ! » — « L'échafaud ! »

Les *troubles des actes* ne sont pas moins caractéristiques, dans la mélancolie, que ceux que nous venons de signaler.

Nous avons déjà vu que chez les déprimés, les actes étaient réduits au minimum, parfois même suspendus, sauf dans les moments de raptus impulsifs et que, chez les exaltés, ils se traduisaient par les manifestations les plus variées de l'agitation anxieuse.

Indépendamment de ces particularités, il existe dans la mélancolie aiguë, quelle qu'en soit la forme, deux tendances à peu près constantes et pathognomoniques. Ce sont le *refus d'aliments*, la *tendance au suicide*.

Le *refus d'aliments*, à un degré quelconque, est presque la règle. Il prend sa source dans les idées délirantes des malades qui se croient déshonorés, ruinés, dans l'impossibilité de payer leur nourriture, ou qui affirment n'avoir pas faim, être indignes de manger et veulent faire pénitence. Ce refus d'aliments est d'ailleurs entretenu par des troubles gastro-intestinaux qui existent presque toujours. La sitiophobie présente ici des caractères spéciaux qu'il faut connaître. Les mélancoliques étant incapables de vouloir énergiquement, n'opposent pas, en général, un refus obstiné et invincible, comme les persécutés, par exemple. C'est un refus inerte, passif, sans consistance; aussi en vient-on quelquefois à bout en faisant manger les malades comme les enfants; on est souvent obligé, cependant, de recourir d'une façon continue à l'*alimentation artificielle*.

Quant à la *tendance au suicide*, elle existe, à des degrés divers, à peu près constamment dans la mélancolie aiguë et elle s'y présente avec les mêmes caractères d'inertie et d'indécision que le refus de nourriture. Les mélancoliques voudraient bien mourir et, pour toutes les raisons morbides qui hantent leur cerveau, la vie leur est à charge; mais ils sont souvent incapables de faire un effort sérieux pour se tuer et de déployer, dans l'exécution de leur projet, la moindre énergie. Il faudrait, semble-t-il, que la mort leur arrivât toute seule. Aussi, dans bien des cas, leurs tentatives sont-elles incomplètes et ridicules. Les uns se bornent à s'enfoncer des épingles dans la peau, à avaler un corps étranger inoffensif; d'autres s'entourent le cou d'une corde ou d'un mouchoir et les laissent là sans avoir la force de les serrer. La plupart ruminent très longtemps leur projet, ils prennent et reprennent, sans s'en servir, l'arme ou le poison qu'ils ont choisi; en un mot, ils manifestent un manque absolu d'initiative et de décision. Tels sont les caractères habituels de la tendance au suicide chez les mélancoliques; mais il ne faut pas oublier qu'on ne peut tracer à cet égard de règle absolue, et qu'on voit trop fréquemment aussi ces malades, sous l'influence d'une impulsion subite, d'un appel imprévu à l'énergie ou même d'une lente préparation, en finir sans hésiter avec la vie.

A côté de la tendance au suicide, il faut noter chez les mélancoliques la tendance aux *auto-mutilations* qui est de même nature et procède de la même mentalité. Ces auto-mutilations, assez fréquentes, peuvent se traduire par les blessures les plus variables ; elles portent surtout sur l'abdomen, les organes génitaux, la langue, la main.

L'*homicide* est exceptionnel chez les mélancoliques. Il en est une forme, cependant, qui n'y est pas rare et qui y est spéciale. C'est l'*homicide familial* consistant, de la part du malade, à entraîner dans la mort avec lui, pour les empêcher de souffrir les maux qui les attendent ou les soustraire à la honte dont il est cause, un conjoint, des enfants, un père, une mère, une sœur, etc.

En analysant les mobiles psychologiques de tels actes, on peut dire que les mélancoliques *suicident* plutôt qu'ils ne tuent leurs proches.

Il en est de même dans cet autre acte morbide, également spécial aux mélancoliques, et qui porte le nom significatif de *suicide indirect*.

Ici, le sujet n'osant pas se détruire lui-même, de peur par exemple, d'être damné, tue quelqu'un afin d'être puni de mort et d'avoir le temps de se mettre en état de grâce avant de comparaître devant Dieu. Inutile d'ajouter que le suicide indirect est, en somme, assez rare.

b. *Troubles physiques*. — Chez tous les mélancoliques, le *sommeil* est troublé, douloureux, pénible, coupé par des rêves, des cauchemars et des hallucinations.

La *sensibilité générale* est très obtuse, quelquefois pour ainsi dire, abolie. Les *sens spéciaux* fonctionnent également avec plus de paresse et de lenteur. Il en est de même des *réflexes*. KOVALEWSKI remarque que cette insensibilité des mélancoliques aux impressions, d'abord purement fonctionnelle, peut à la longue devenir organique.

Malgré cette diminution de la sensibilité à tous les modes, les malades se plaignent souvent de *douleurs* variées, notamment de névralgies, de courbature, de lassitude, etc.

La *fonction génitale* est amoindrie et souvent l'impuissance complète.

La *force musculaire* subit aussi une dépression plus ou moins marquée.

Dans beaucoup de cas, il existe une fine *tremulation* des extrémités et aussi de la langue où s'observe ce tremblement heureusement dénommé « gélatineux » par PARANT.

La *parole*, en dehors de ses caractères d'assourdissement, d'hésitation, peut être également tremblée.

La *résistance électrique* est augmentée (SÉGLAS, A. VIGOUROUX).

La *respiration* est ralentie, incomplète et proportionnellement inférieure au rythme cardiaque. Ces troubles de la respiration constatés par MARCÉ, ont été confirmés par PACHON, TOULOUSE et ROUBINOVITCH. Ces derniers auteurs signalent en outre ce fait que la respiration, ralentie et diminuée d'amplitude chez les mélancoliques stupides, est au contraire exagérée, irrégulière et tremblée chez les mélancoliques anxieux. Le défaut d'hématose explique la fréquence, chez les mélancoliques, des congestions passives du poumon.

Le *cœur* bat avec moins d'énergie et ses mouvements sont plus lents. Le *pouls* est variable ; tantôt il atteint 100 et 120 pulsations (formes anxieuses, agitées) ; tantôt il tombe à 35 et 40 pulsations (formes déprimées, stuporeuses). La *tension artérielle* est généralement faible. Dans la mélancolie avec stupeur, la ligne d'ascension du tracé est courte (TOULOUSE et ROUBINOVITCH). Le *pouls capillaire* existe dans le type anxieux.

Au reste, les *troubles d'innervation vaso-motrice* sont des plus fréquents. On constate de l'œdème par stase veineuse, du refroidissement et de l'asphyxie locale des extrémités (main mélancolique de BALL), etc.

La *température* du corps est abaissée, surtout à la périphérie, où elle peut descendre de 3 à 4 degrés.

Ce qui paraît dominer dans la mélancolie, au point de vue des troubles physiques, ce sont les phénomènes d'*auto-intoxication*, particulièrement ceux dus à un mauvais fonctionnement des viscères abdominaux.

Ces phénomènes d'auto-intoxication se révèlent par des signes multiples : 1° par de la dyspepsie gastro-intestinale, l'enduit saburral de la langue, la mauvaise odeur de l'haleine, l'ano-

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

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

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

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

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

a) *Mélancolie délirante.*

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

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

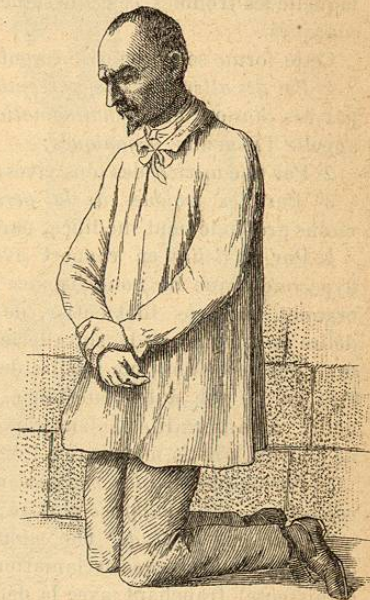


Fig. 26.
Mélancolie religieuse
(d'après MOREL).

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

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

Cette forme se caractérise essentiellement :

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

2° Par une *anxiété* des plus vives;

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

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

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

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

Telles sont les particularités symptomatiques de la mélancolie aiguë anxieuse, particularités auxquelles peuvent venir s'en joindre d'autres, par exemple l'excitation sexuelle (CUL-LEPPE, 1905).

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

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



Fig. 27.

Mélancolie anxieuse et gémissuse (d'après MOREL).

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

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