

d'organes surtout, est souvent un délire de mélancolie anxieuse chronique, un véritable délire systématisé mélancolique secondaire, comme l'admettent SÉGLAS et ANGLADE, il peut être aussi primitif, lorsqu'il est lié, notamment, à de l'auto-intoxication gastro-intestinale très accentuée.

Un autre fait qui me paraît avoir cliniquement autant d'importance que d'intérêt, c'est la similitude qui peut exister entre la *mélancolie anxieuse* avec *délire hypocondriaque de négation* et la *paralysie générale*.

J'ai déjà, en 1889, énuméré les difficultés de ce diagnostic et les signes qui paraissent les plus propres à l'établir. Depuis, j'ai vu de nouveaux cas du même genre où il existait d'autres symptômes tels que tremblement de la langue et des mains, dénutrition rapide et profonde, grincement des dents, gâtisme aigu, confusion mentale et hébétude, etc., bien faits pour rendre le diagnostic plus difficile encore et, parfois même, pour le laisser en suspens. Ces cas de lypémanie aiguë, d'un aspect symptomatique aussi rapproché de la paralysie générale, sont certainement à revoir et à étudier à nouveau de près. Il importe, en tout cas, dans la pratique, de les avoir présents à l'esprit.

γ. *Mélancolie avec stupeur*. — A la suite des travaux de BAILLARGER, établissant que certains des cas connus jusqu'alors sous le nom générique de stupidité appartenaient à la mélancolie dépressive dont ils étaient, en quelque sorte, la plus haute expression, on en vint peu à peu à oublier la stupidité elle-même et à la fondre tout entière dans la mélancolie, sous le terme de *mélancolie avec stupeur*.

Aujourd'hui, un revirement s'est produit et la distinction antérieure entre la mélancolie avec stupeur et la *stupidité*, toujours maintenue en Allemagne, s'est rétablie en France sous l'influence, surtout, de CHASLIN et de SÉGLAS.

Cette distinction s'impose en effet et nous la conserverons, en disant ici quelques mots de la mélancolie avec stupeur, forme de mélancolie aiguë, et en parlant plus loin de la stupidité, au chapitre de la Confusion mentale, dont elle relève.

La mélancolie avec stupeur se manifeste rarement d'emblée. Elle succède, le plus souvent, à l'une des autres formes de mé-

lancolie aiguë, à la forme anxieuse, mais surtout à la forme délirante.

La mélancolie avec stupeur se caractérise essentiellement par la *suspension complète de toute manifestation extérieure d'activité*. Les malades sont absolument inertes, immobiles; ils ne parlent pas, ne mangent pas, ne marchent pas, ne font ni un geste ni un mouvement; leur visage, aux traits douloureusement contractés, reste comme figé dans cette expression; le corps et les membres subissent passivement les déplacements et les attitudes qu'on leur imprime, parfois avec une certaine résistance automatique; la circulation se fait mal; on trouve la température abaissée, les extrémités froides et violacées, le pouls lent, petit et serré, la respiration superficielle et plus rare, l'anesthésie et l'algésie souvent complètes, la sitiophobie invincible, l'abandon de soi-même et l'état gâteux absolu. Les stuporeux restent ainsi pendant plus ou moins longtemps, le jour debout ou assis dans quelque coin d'une salle, repliés sur eux-mêmes dans l'immobilité d'une statue, la nuit couchés ou demi-assis dans



Fig. 28.

Mélancolie avec stupeur. Oméga mélancolique (collection de l'auteur).

leur lit, dans les positions les plus incommodes, révélant, dit SCHULE, leur soif de souffrances et leur désir obsédant de pénitence. Parfois, sous l'influence d'une impulsion subite, ils sortent tout à coup de leur silence et de leur inertie, laissent échapper un cri, une exclamation, une phrase, ont un accès subit d'agitation ou se livrent à un acte de violence, puis tout s'éteint et ils retombent à nouveau dans leur état d'apparente mort.

Si, physiquement, la mélancolie avec stupeur ressemble beaucoup à la confusion mentale avec stupidité, il n'en est pas de même psychologiquement. Ici, le tableau est sensiblement différent. Au lieu de la désorientation d'esprit, de l'obtusion, de l'indifférence hébétée où le malade se trouve plongé et comme égaré dans la confusion mentale, même lorsqu'il s'y mêle du délire de rêve hallucinatoire, ce qui domine, dans la mélancolie avec stupeur comme dans toute mélancolie, c'est le *trouble fondamental affectif, la douleur morale, avec concentration pénible de l'esprit* sur des idées tristes ou terrifiantes.

Les malades se croient perdus, condamnés, ils marchent à l'échafaud, ils sont morts, dans l'enfer ; ou bien ils assistent au supplice de leurs parents, au bouleversement du monde, en un mot, à des catastrophes horribles dont ils sont eux-mêmes les auteurs, tout cela accompagné parfois d'*hallucinations* auditives et visuelles.

Voilà ce qu'est la mélancolie avec stupeur, dont la nature et les caractères ne sauraient mieux être résumés que dans les phrases suivantes d'ESQUIROL : « La sensibilité concentrée sur un objet semble avoir abandonné tous les organes ; le corps est impassible à toute impression, tandis que l'esprit ne s'exerce plus que sur un objet 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 ».

C. PÉRIODE DE TERMINAISON DE LA MÉLANCOLIE AIGUE. — La mé-

lancolie aiguë peut se terminer comme la manie : 1° par la *guérison* ; 2° par la *mort* ; 3° par le passage à l'*état chronique*.

a. *Guérison*. — La guérison est la terminaison la plus fréquente. Elle s'opère, d'habitude, par un réveil progressif de l'activité, le retour du sommeil, la disparition graduelle des conceptions délirantes. Très souvent, il reste un état de dépression générale et d'obtusion des facultés qui persiste plus ou moins longtemps après la guérison.

b. *Mort*. — La terminaison par la mort n'est pas rare, surtout dans les formes anxieuses et stuporeuses et chez les sujets débilisés. Elle survient soit par affaiblissement progressif des forces, résultant de l'inanition, de la déchéance physique, soit par une complication viscérale, diarrhée, congestion pulmonaire, etc. Enfin la mort peut être le résultat du suicide.

c. *Passage à l'état chronique*. — Le passage à l'état chronique se produit de la même façon que dans la manie. Lorsqu'il doit avoir lieu, la dépression diminue, mais persiste à l'état subaigu, les conceptions délirantes et les hallucinations deviennent fixes et permanentes, en même temps que la santé générale se rétablit en tout ou partie. C'est la *forme anxieuse*, ainsi que nous allons le voir, qui a le plus de tendance à se terminer par la chronicité.

3° *Marche, durée*. — La mélancolie aiguë a d'habitude, comme la manie, une *marche* régulière, susceptible d'être divisée en périodes distinctes. Toutefois, elle est éminemment sujette, durant son cours, à des oscillations plus ou moins fréquentes et plus ou moins marquées. Sa *durée* est en général plus longue que celle de la manie. Il est rare qu'elle guérisse avant trois ou quatre mois. La guérison survient, en moyenne, du sixième au douzième mois.

La *mélancolie anxieuse* a une marche aiguë, souvent très rapide. La *mélancolie avec stupeur* a une marche lente et une durée variable. Lorsqu'elle guérit, les malades se rappellent très bien, d'habitude, toutes les phases de leur délire, contrairement à ceux relevant de confusion stupide.

4° *Anatomie pathologique*. — Les lésions de la mélancolie

aiguë ne sont guère connues. Elles consistent, a-t-on dit, dans l'ischémie de régions diverses du cerveau.

On a trouvé également, dans certains cas de mélancolie, surtout dans la mélancolie avec stupeur, d'autres altérations telles que : l'œdème cérébral (ETOC-DEMAZY, MARCÉ), des modifications des cellules de l'écorce (WIGLESWORTH, KLIPPEL ET AZOULAY) devenues granuleuses, sphériques, avec déplacement de leur noyau, des lésions diffuses du système nerveux (ANGLADE) consistant principalement en lésions des cellules de l'écorce et des cellules radiculaires antérieures de la moelle, lésions scléreuses (cordons postérieurs), lésions de névrite parenchymateuse et interstitielle dans les nerfs périphériques. Mais il n'y a rien de constant ni de précis dans ces diverses lésions.

Les altérations viscérales, surtout celles des organes de l'abdomen, sont plus fréquentes et plus marquées. Dès la plus haute antiquité on les a constatées et dès la plus haute antiquité aussi, c'est à elles qu'on a rapporté la mélancolie, témoin le nom même de la maladie. Ce qui a différé dans la succession des temps, c'est l'interprétation, la théorie. Après la « sympathie », nous sommes revenus aujourd'hui, sous le nom d'auto-intoxication, à l'idée d'un empoisonnement de l'organisme par les humeurs intérieures. Il est possible que cet empoisonnement se traduise par des lésions des voies nerveuses conductrices de la sensibilité viscérale, c'est-à-dire du grand sympathique.

5° Pronostic. — Le pronostic de la *mélancolie aiguë simple*, dépourvue de toute complication, est presque aussi favorable que celui de la manie aiguë. Lorsque la mélancolie est symptomatique, le pronostic varie suivant l'affection à laquelle elle est liée. Contrairement à la manie, la mélancolie s'aggrave dans les saisons d'automne et d'hiver et guérit plus facilement au printemps. Elle est surtout grave indirectement, par les actes morbides qu'elle détermine : refus d'aliments et tendance au suicide.

Le pronostic est surtout celui de la mélancolie aiguë délirante. La *mélancolie anxieuse* a un pronostic plus grave, parce qu'elle tourne plus facilement à l'état chronique. Le pronostic de la

mélancolie avec stupeur est également plus sérieux, pour les raisons que nous avons indiquées.

6° Diagnostic. — La *mélancolie aiguë* peut être confondue avec une *maladie aiguë fébrile* au début, telle que la fièvre typhoïde, lorsqu'elle s'accompagne d'accélération du pouls et d'état saburral des voies digestives. Les caractères du délire et la marche de la température suffisent, en général, à lever bientôt tous les doutes.

La mélancolie délirante peut être prise, dans un certain nombre de cas, pour une *psychose systématisée progressive*. Ainsi la mélancolie avec délire hypocondriaque ressemble plus ou moins au délire hypocondriaque de la psychose systématisée progressive; la mélancolie avec idées délirantes de persécution au délire systématisé de persécution; la mélancolie avec idées délirantes de damnation, de sorcellerie, de maléfice au délire systématisé religieux. L'état cénesthésique douloureux, la dépression ou l'anxiété, le caractère nettement auto-accusateur du délire, la fréquence et l'importance moindres des hallucinations, la tendance au suicide, enfin l'attitude humble et contrite du malade constituent, dans ces cas, les principaux signes différentiels.

Nous parlerons plus tard, aux psychoses de dégénérescences, des *persécutés mélancoliques* ou *persécutés auto-accusateurs*, type mixte dans lequel les deux genres de psychoses, mélancolique et systématisée, paraissent se mélanger en proportions variables.

La *mélancolie anxieuse* ne se sépare pas toujours très nettement des *névroses* ou plutôt, des *psycho-névroses anxieuses* et il est tels cas, par exemple, qu'il est difficile de placer dans l'*obsession* ou dans la mélancolie. C'est que, ainsi que nous l'avons fait remarquer, PIRRES et moi, il n'y a entre la névrose anxieuse et la psychose anxieuse qu'une différence du plus au moins et que l'une peut verser dans l'autre, et réciproquement. Cette parenté des deux sortes d'états morbides s'accroît de ce fait que le délire hypocondriaque de négation, expression délirante par excellence de la mélancolie anxieuse, se retrouve sous une forme rudimentaire dans certaines psycho-névroses, comme l'*obsession*, et même dans certaines névroses, comme la *neurasthénie*, dont

les manifestations nosophobiques ne sont souvent autre chose, ainsi que je l'ai montré dans la thèse de mon élève COTARD (1904), que du délire de négation à l'état embryonnaire.

Ces réflexions faites, disons qu'il est généralement facile de distinguer la mélancolie anxieuse, avec son acuité de symptômes, son délire vrai, c'est-à-dire accepté, des névroses et psycho-névroses anxieuses, dans lesquelles la raison proprement dite n'est pas atteinte, le malade gardant la pleine conscience de son état.

Ce qui est souvent plus difficile, ainsi que nous l'avons déjà laissé entendre, c'est de différencier la mélancolie anxieuse aiguë grave, accompagnée de délire de négation d'organes, de la *paralysie générale* à forme hypocondriaque. Il faut se rappeler que la mélancolie anxieuse est plus fréquente chez la femme que chez l'homme, qu'elle n'a pas de lien étiologique avec la syphilis, que le délire n'y présente pas le cachet absurde et démentiel qu'il offre dans la paralysie générale, enfin, que certains symptômes physiques tels que embarras de la parole, inégalité des pupilles, etc., n'y existent pas ou presque pas. La ponction lombaire, à laquelle on peut recourir, n'y révèle pas non plus de lymphocytose.

La mélancolie avec stupeur peut être confondue, et l'est souvent encore, avec la *confusion mentale à forme stupide*, ainsi qu'avec la démence précoce catatonique. Nous reviendrons sur ce point au chapitre de la démence précoce.

7° Traitement. — Au début, on peut essayer du *traitement moral* par les *voyages* et les *distractions*, aidé d'agents généraux, comme l'*hydrothérapie* et l'*électricité*. Mais ces moyens échouent le plus souvent. On obtiendrait de meilleurs résultats pour atténuer ou enrayer l'accès en instituant un traitement médical destiné à combattre les phénomènes d'*auto-intoxication* (purgatifs répétés, antiseptie gastro-intestinale).

A la période d'état, l'*internement* est habituellement nécessaire au triple point de vue de l'isolement, du traitement et de la surveillance du malade, dont il faut toujours prévoir les tentatives possibles de suicide. Cependant, dans les cas légers et lorsque la

tendance aux actes morbides est peu accusée, la cure d'isolement pourra se faire dans une *maison de campagne* ou de *nerveux*. Suivant les cas : *hydrothérapie*, drap mouillé, bains russes, bains turcs, bains sinapisés, frictions sèches, *électricité* (courants galvaniques ou faradiques). *Alimentation convenable*, au besoin alimentation forcée. *Sédatifs nerveux* et *hypnotiques* (bromures, chloral, véronal, etc.), injections de cocaïne (MORSELLI et BUCCOLA), teinture de noix vomique et laudanum à doses progressives combinés avec le repos au lit, les purgatifs quotidiens et les douches (BELLE et LEMOINE), *toniques* (quinquina, fer, caféine, kola, peptones), phosphate de codéine en injections ou en pilules, trinitrine dans les cas à anxiété prédominante, etc. *Purgations répétées*. *Lavage méthodique de l'estomac* (alcalin, acide ou antiseptique suivant les cas), à la fois contre la sitiophobie et les troubles d'auto-intoxication, agents provocateurs ou tout au moins aggravants de la mélancolie (Régis).

Dans les formes aiguës, surtout anxieuses et stuporeuses, *cure d'alitement* réglée par le médecin.

Dans ces mêmes formes, lorsque la dénutrition est rapide, *suralimentation*, injections d'arsenic, de cacodylate de soude, d'arrhénal et, parfois aussi, grandes injections de *sérum artificiel*.

A toutes les périodes, mais principalement à la période de convalescence, *traitement moral*, capital dans la mélancolie, et consistant surtout dans l'action psychothérapique du médecin et de ses aides et dans l'exécution de tout un programme, judicieusement combiné suivant chaque cas, d'occupations et de distractions. Transférément, au moment voulu, des malades dans les quartiers de convalescents. Permissions et sorties d'essai. Médication tonique et reconstituante.

§ 2. — MÉLANCOLIE SUBAIGUE

(DÉPRESSION MÉLANCOLIQUE)

Ce type de mélancolie porte encore le nom de *mélancolie avec conscience*.

1° Étiologie. — Héritéité très fréquente, parfois même simi-

laire. Prédominance marquée du sexe féminin. Influence de la menstruation et surtout de la ménopause. Arthritisme. Herpétisme. Poussées d'auto-intoxication diathésique en rapport avec les accès de mélancolie.

2° Description. — Le début de la mélancolie avec conscience est assez rapide ; il succède directement, d'habitude, à la cause occasionnelle provocatrice, shock moral ou toxémie.

Le plus souvent, tout se borne à un état général de tristesse, de dépression, d'inaction, d'impuissance. Les malades fuient tout travail, toute occupation, toute société ; ils s'isolent dans leur chambre, où ils s'enferment quelquefois pendant des semaines et des mois entiers, sans vouloir recevoir personne, passant leur temps assis ou couchés, incapables de vouloir se décider, de faire un effort pour agir. C'est la *dépression mélancolique simple*, appelée encore, suivant les cas, *hypocondrie morale*, *mélancolie misanthropique*, *mélancolie perplexe*, *mélancolie aboulie*. Il s'y joint, la plupart du temps, de la constipation, du ralentissement de la nutrition générale, de l'insomnie et, parfois aussi, une tendance consciente et raisonnée au suicide.

Il va de soi que cet état repose, comme toute mélancolie, sur des *troubles fondamentaux de la cénesthésie*.

A ces symptômes, qui peuvent exister seuls, se joignent d'ordinaire des préoccupations malades constituant plutôt des *idées fixes* ou des *idées obsédantes* qu'un véritable délire et dont les plus fréquentes sont : les idées hypocondriaques, les idées de persécution, les idées religieuses, les idées de scrupule, etc.

Mais, malgré ces conceptions, qui se maintiennent du reste dans des limites relatives, le sujet conserve sa *lucidité* ainsi que la *conscience de son état maladif*, d'où le nom de *mélancolie avec conscience* donné, nous l'avons vu, à cet état.

Les malades sont susceptibles d'apprécier leur affection sous son vrai jour et, parfois même, de résister à leurs tendances pathologiques.

3° Marche, durée, terminaison. — La mélancolie subaiguë

ou avec conscience se manifeste le plus souvent sous forme d'*accès* plus ou moins longs, débutant et finissant d'une façon rapide, et se reproduisant ordinairement plusieurs fois chez le même malade. C'est en effet le type le plus fréquent de la *mélancolie intermittente*. La terminaison habituelle est donc la guérison, mais une guérison précaire et sujette à récédives. Dans certains cas la mort peut survenir, presque toujours par suicide.

4° Pronostic. — Le pronostic est plus favorable que celui de la mélancolie aiguë, mais il y a des réserves à faire au point de vue de l'avenir. La mélancolie subaiguë peut en effet préluder à la déchéance organique et, par suite, être appelée *pré-sénile* (KRAEPELIN, SÉRIEUX, CAPGRAS). Mais cela n'a lieu que dans certains cas, principalement, je crois, lorsqu'il existe de l'artériosclérose.

5° Anatomie pathologique. — Lésions variables et peu connues ; les mêmes, au fond, que celles de la mélancolie aiguë.

6° Diagnostic. — La mélancolie subaiguë ou avec conscience ne peut guère être confondue qu'avec la *neurasthénie* et avec l'*obsession*. Le diagnostic entre ces états est souvent fort difficile et il existe des intermédiaires, c'est-à-dire des *neurasthénies mélancoliques* ou des *mélancolies neurasthéniques*, avec ou sans obsessions, dans lesquels ce diagnostic est même à peu près impossible. D'une façon générale, les signes de tristesse, de dépression, sont moins accusés dans la neurasthénie et l'obsession ; en revanche, les crises anxieuses y sont plus nettes, plus paroxystiques, la conscience de l'état y est plus parfaite et les idées malades y sont non seulement appréciées comme telles, mais encore combattues, sinon repoussées.

7° Traitement. — Même traitement que celui de la mélancolie aiguë. Insister surtout sur le *traitement moral*. Médication appropriée dans le cas où la maladie est symptomatique d'une affection viscérale, de même que si elle se rattache, directement

ou par alternance, par métastase, à des manifestations diathésiques.

ARTICLE II

MÉLANCOLIE CHRONIQUE

La mélancolie chronique est, comme nous l'avons vu, un des modes de terminaison de la mélancolie aiguë. Elle se présente sous la forme *simple* et sous la forme *délirante*.

§ 1. — MÉLANCOLIE CHRONIQUE SIMPLE

Contrairement à ce qui a lieu dans la manie, la forme simple est moins fréquente dans la mélancolie chronique que la forme caractérisée par du délire systématisé secondaire.

La mélancolie chronique simple existe bien cependant. Elle consiste dans la persistance indéfinie, et sous une forme atténuée, des symptômes physiques et psychiques de la mélancolie aiguë. Il y a toujours de la tristesse, de la dépression ou de l'inquiétude, de l'humilité et de la crainte dans l'attitude, de la tendance à vivre isolé et à l'écart, mais tout cela à un degré beaucoup moindre. Les idées délirantes elles-mêmes ont perdu de leur intensité, de leur fixité et le malade, comme habitué à elles, semble ne plus s'en émouvoir que de plus en plus faiblement.

De temps à autre cependant, cet état est traversé par de véritables crises paroxystiques avec redoublements délirants, agitation, tendance au suicide, qui rappellent l'état aigu antérieur.

Cette mélancolie chronique simple est celle de la mélancolie aiguë délirante. Il en est une autre, consécutive à la mélancolie aiguë avec stupeur, qui est caractérisée par la prolongation indéfinie de cet état de stupeur avec affaiblissement progressif des facultés, c'est-à-dire démence.

§ 2. — MÉLANCOLIE CHRONIQUE AVEC DÉLIRE
SYSTÉMISÉ SECONDAIRE

Cette forme de mélancolie chronique est plus fréquente que la forme simple. ANGLADE admet trois catégories de délires

systématisés post-mélancoliques : 1° ceux qui représentent une ou plusieurs des conceptions délirantes développées pendant le stade mélancolique, qui lui survivent, quelquefois même aux troubles sensoriels dont elles sont l'expression ; 2° ceux qui prennent les allures des psychoses systématisées progressives ; 3° ceux, enfin, qui ont un caractère exclusivement dépressif. Nous distinguerons simplement, ici, les délires systématisés qui succèdent au type délirant et ceux qui succèdent au type anxieux de la mélancolie aiguë.

Dans la *forme délirante*, il s'agit généralement de malades chez lesquels les idées délirantes, idées de persécution et idées religieuses surtout, étaient déjà très marquées durant l'accès aigu.

Celui-ci terminé, et tandis que tous les autres symptômes de l'accès s'atténuent peu à peu, les idées délirantes au contraire persistent en prenant un caractère de plus en plus homogène, de plus en plus fixe, de plus en plus hallucinatoire même, si bien qu'elles arrivent à constituer un véritable délire systématisé qui porte le nom de *délire systématisé secondaire post-mélancolique*, pour le différencier à la fois du délire systématisé primitif et du délire post-maniaque.

Malgré les stigmates de l'ancien état mélancolique aigu qui demeurent au moins à l'état de vestiges, souvent même avec des retours paroxystiques, le diagnostic est loin d'être toujours facile entre le délire de persécution ou le délire religieux post-mélancoliques, par exemple, et le délire de persécution ou le délire religieux de la psychose systématisée progressive. Cependant, en dehors des stigmates mélancoliques dont nous parlons et qu'on retrouve toujours dans les premiers, un fait domine chez ceux-ci, c'est leur histoire : ils sont toujours consécutifs à un accès de mélancolie qui a duré plus ou moins longtemps.

Le délire systématisé secondaire à la mélancolie anxieuse aiguë est plus connu que le précédent depuis les travaux de COTARD. C'est le *délire de négation systématisé chronique*, dans lequel les malades répètent qu'ils sont morts, décomposés, bouchés, anéantis, qu'ils n'ont ni âge, ni sexe, ni nom, qu'ils n'exis-

tent pas, que rien n'existe. Ce délire s'accompagne nécessairement d'une altération plus ou moins profonde, plus ou moins complète de la personnalité, par inexistance, changement, transformation, substitution ou dédoublement (délire métabolique de la personnalité).

Beaucoup de ces malades, au bout d'un temps plus ou moins long, versent dans des idées de grandeur mélancolique que COTARD a réunies sous le nom de *délire d'énormité*. Ils remplissent le monde; ils ont toujours existé; ils sont l'Antéchrist, le Juif-Errant, etc.

Un fait important, déjà noté par nous et sur lequel il convient d'insister, c'est que ce n'est pas seulement dans la mélancolie anxieuse chronique envisagée par COTARD que peuvent se manifester ces idées de grandeur, mais dans toute mélancolie chronique. Le malade dira, par exemple, non qu'il possède ou qu'on lui a volé, mais qu'il doit des millions et des milliards. Ou bien, comme l'un des sujets que j'ai cités, il écrira aux chefs d'État pour leur exposer ses tristes souffrances. C'est ce genre de délire auquel je donne surtout le nom de *délire mégalo-mélancolique* pour marquer d'un mot que, tout en étant un délire de grandeur, il reste toujours un délire mélancolique.

MAGALHAËS LEMOS, qui est revenu sur cette question au Congrès international de Madrid (1903), dit aussi que les mélancoliques peuvent arriver au délire de grandeur non seulement par le délire de négation de COTARD, mais aussi par le délire habituel de culpabilité; et il cite un de ses malades qui prononçait cette phrase typique, en se mettant à genoux devant lui: « Vous avez l'univers agenouillé à vos pieds. »

Je crois, pour ma part, que c'est une loi générale de tous les délires, quels qu'ils soient, de tendre fatalement vers l'hypertrophie du *moi* et d'aboutir finalement, par les voies les plus différentes, à du délire de grandeur.

La mélancolie chronique, simple ou avec délire systématisé secondaire, est *incurable*. Elle peut se prolonger indéfiniment et verser à la longue dans une démence spéciale (démence mélancolique) ou se terminer, à un moment quelconque de son cours,

par la mort (suicide, maladie chronique des viscères, affection aiguë incidente).

ARTICLE III

MÉLANCOLIE CYCLIQUE

La mélancolie cyclique comprend la *mélancolie rémittente* et la *mélancolie intermittente*.

Ces deux variétés morbides ne réclament pas de description spéciale. Toutes les considérations que nous avons émises plus haut au sujet de la manie rémittente et de la manie intermittente s'appliquent en effet, sans exception, à la mélancolie rémittente et à la mélancolie intermittente. Il n'est donc pas nécessaire de les reproduire ici.

Bornons-nous à dire qu'il faut distinguer dans ce qu'on appelle mélancolie intermittente: la *mélancolie intermittente vraie* ou *périodique*, celle qui se manifeste par des accès réguliers survenant aux mêmes époques, par exemple tous les printemps, et la *mélancolie simplement récidivante*, où il s'agit de deux ou plusieurs accès de mélancolie survenant sans lien d'évolution entre eux, à des moments quelconques de la vie du sujet.

Disons aussi que très souvent la mélancolie intermittente affecte le type de la dépression mélancolique ou mélancolie avec conscience; que les accès débutent et cessent souvent brusquement et sont identiques les uns aux autres (BALLET); enfin que c'est cette forme surtout qui est en rapport avec la diathèse arthritique, aux poussées auto-toxiques plus ou moins régulières de laquelle elle correspond. Il y a là, au point de vue du traitement, une indication qui peut être précieuse.