

CHAPITRE III

MANIE-MÉLANCOLIE

(FOLIE A DOUBLE FORME)

La folie à double forme est une folie généralisée, caractérisée par la succession régulière d'accès mélancolico-maniaques, c'est-à-dire d'accès constitués par une période de mélancolie et une période de manie, ou vice-versa.

1° Étiologie. — La principale cause de la folie à double forme est l'hérédité qui revêt assez fréquemment, chez elle, le type *similaire*. Puis viennent les autres causes, physiques et morales, de la folie. La maladie est plus commune chez les femmes que chez les hommes. Elle débute en général de vingt à trente ans, soit à la suite d'une cause occasionnelle, soit même sans cause apparente.

2° Description. — La folie à double forme, vaguement entrevue par les anciens, a été réellement découverte par BAILLARGER et par FALRET père. RITTI en a donné, en 1883, une description excellente et complète. Avec SOUKHANOFF et GANOUCHEKINE, nous ne croyons pas que les nouvelles théories de KRAEPELIN sur la *folie maniaque dépressive* aient apporté quelque changement important à la physionomie clinique de la maladie.

Pour la bien connaître, nous devons étudier successivement : la composition des accès, c'est-à-dire sa *symptomatologie*; la façon dont ils s'enchaînent les uns aux autres, c'est-à-dire ses *formes*.

a. *Symptomatologie.* — L'accès de folie à double forme se compose de deux périodes distinctes, l'une de *manie*, l'autre de *mélancolie*. Or, cette manie et cette mélancolie ne sont pas des

états spéciaux à la folie circulaire; elles ne sont autre chose que la manie et la mélancolie simples, telles que nous les avons étudiées dans les chapitres précédents. Il n'y a donc pas lieu de décrire à la folie à double forme une symptomatologie spéciale; il suffit d'indiquer que l'accès qui la compose est constitué par une période de manie et une période de mélancolie, pour en connaître d'avance les symptômes.

Toutes les variétés de manie et de mélancolie que nous avons passées en revue peuvent se combiner pour composer l'accès de folie à double forme. Ainsi, l'accès peut être formé d'une période de manie aiguë et d'une période de mélancolie avec stupeur, d'une période d'excitation maniaque et d'une période de dépression mélancolique, etc., etc. Nous le répétons, toutes les combinaisons sont possibles, et il faut savoir qu'il n'y a pas une relation forcée entre le degré d'intensité de l'une et de l'autre période. Ainsi, une période d'excitation maniaque légère peut s'associer à une période de mélancolie aiguë ou de stupeur pour former l'accès et, réciproquement, une période de dépression mélancolique simple peut se combiner avec une période de manie aiguë. Toutefois, la constitution la plus ordinaire de l'accès consiste dans la réunion d'une période d'excitation maniaque plus ou moins vive avec une période de dépression mélancolique.

Ce qu'il importe de savoir, c'est que lorsqu'un accès a eu lieu, il est habituel de voir les accès suivants lui ressembler exactement et présenter la même physionomie symptomatique; en sorte que qui connaît un accès, les connaît tous.

La *transition* d'une période à l'autre ne s'opère pas toujours de la même façon. Tantôt le changement est brusque, instantané; il peut alors s'opérer pendant le sommeil même, et l'individu qu'on a laissé maniaque la veille, par exemple, se réveille le lendemain mélancolique. C'est souvent le cas dans les variétés de folie à double forme à phases et accès très courts. Il est plus ordinaire de voir le passage d'un état à l'autre se faire par dégradations insensibles, si bien qu'il arrive un moment où l'individu paraît ne plus être ni maniaque ni mélancolique, mais en état d'équilibre parfait. Ce moment d'équi-

libre avait été dès l'abord diversement interprété. FALRET père le considérait comme une véritable intermittence de courte durée, de sorte que, pour lui, l'accès se composait de trois périodes : l'une de manie, la seconde d'intermittence, la troisième de mélancolie. BAILLARGER a montré, de son côté, que ce moment d'équilibre n'était pas une intermittence, mais un simple instant, difficile à saisir, que traversait le malade sans s'y arrêter, pour passer de la période de manie à la période de mélancolie et que, par conséquent, ces deux états se succédaient sans interruption, comme les divers stades de la fièvre intermittente. C'est là, en effet, ce qui se passe le plus habituellement ; mais l'intermittence admise par FALRET peut s'observer dans certains cas exceptionnels. RITTI les considère non plus comme des cas de folie à double forme, mais comme des accès alternants de manie et de mélancolie périodiques (folie périodique à formes alternes). Un dernier mode de transition par oscillations successives consiste dans des alternatives rapprochées d'excitation et de dépression, servant d'intermédiaire entre la fin d'une période et le commencement de la suivante.

Quelle que soit la façon dont les périodes s'enchaînent, ce qu'il y a de vraiment caractéristique dans la folie à double forme, c'est le *contrasté* frappant qu'offrent les malades suivant qu'on les observe dans une période ou dans l'autre. Dans leur état d'*excitation maniaque*, ils sont rajeunis, engraisés, vifs, alertes, vigoureux, la figure animée, le teint coloré, loquaces, bavards, turbulents, sans cesse en action et en mouvement. Ils sont prodigues, dissipateurs, vaniteux, méchants, processifs, emportés, violents, très enclins au mal, très souvent poussés aux excès alcooliques et vénériens. S'ils ont des conceptions délirantes, ce sont des idées d'orgueil, de fierté, d'ambition, de grandeur. Dans leur état de *dépression mélancolique*, ils sont tellement différents qu'on croirait ne pas avoir affaire au même individu. Dans cette période, ils sont vieillis, amaigris, cassés, ridés, sans force et sans énergie ; leur figure est abattue, hébétée, leur teint blafard ; ils ne disent pas un mot, ne bougent pas, et passent presque tout leur temps couchés, sans faire un seul mou-

vement. Ils sont avares, économes à l'excès, ne boivent pas, ne mangent pas, n'ont aucun désir génésique, se montrent humbles, soumis, sans volonté, obéissants et passifs. S'ils ont des conceptions délirantes, ce sont des idées de ruine, de culpabilité qui les hantent et qui, très souvent, les conduisent au refus d'aliments et au suicide. Il n'est pas jusqu'aux fonctions organiques qui ne subissent le contre-coup de ces deux états si différents, et le pouls, actif et précipité au delà des limites physiologiques dans la période de manie, tombe à 40 et 50 pulsations pendant la période de mélancolie.

Il en est de même de la température, de la circulation périphérique, de l'appétit, des sécrétions et des excréments, qui offrent dans l'une et dans l'autre période des différences remarquables.

JESSIE WESTON FISHER (1903), qui a récemment étudié l'état du sang dans la folie à double forme, a constaté que dans les phases d'excitation l'hémoglobine et les globules rouges étaient augmentés.

On a constaté également que le poids du corps augmentait dans la période de manie, pour diminuer, au contraire, pendant la phase de dépression.

Ce contraste si frappant présenté par les malades est en réalité l'une des particularités les plus curieuses et les plus intéressantes de la psychiatrie.

b. *Formes*. — Elles sont au nombre de deux : 1° la *folie à double forme circulaire* ; 2° la *folie à double forme intermittente*. La constitution de l'accès nous étant connue, il nous reste à examiner comment s'enchaînent les uns aux autres les divers accès. Nous laisserons de côté, par conséquent, les faits, d'ailleurs exceptionnels, où la maladie est composée d'un accès unique.

Deux cas peuvent se présenter. Ou bien les accès se succèdent sans interruption et sans être séparés par une intermittence, ce qui constitue la *folie à double forme continue* ; ou bien ils sont séparés les uns des autres par une intermittence plus ou moins longue, par un retour plus ou moins prolongé à l'état normal, ce qui constitue la *folie à double forme à accès séparés* ou *inter-*

mittente. Plusieurs auteurs désignent aussi la première sous le nom de *folie circulaire* et la seconde sous celui de *folie à double forme proprement dite*.

Ce sont là les deux seules variétés de la folie à double forme, si l'on admet avec RITTI que la *folie périodique à formes alternes* ne rentre pas dans le cadre de la maladie, ce qui peut être discuté.

3° Marche, durée, terminaison. — La *marché* de la folie à double forme est essentiellement chronique et intermittente, ou plutôt périodique.

En ce qui concerne sa *durée*, il est nécessaire d'envisager séparément la durée de l'accès et de chacune des périodes qui la composent et la durée de la maladie elle-même.

L'accès peut durer des mois et des années, ou, au contraire, être limité à quelques jours. Dans le premier cas, qui est le plus fréquent, l'accès a habituellement une longueur de six mois, un an, dix-huit mois, et il est constitué par une période d'excitation d'un mois, trois mois et d'une période de mélancolie ordinairement plus longue. Bien que les accès aient à peu près toujours la même durée, cette égalité n'est qu'approximative; un accès peut être plus long, l'autre plus court, ainsi du reste que les périodes dont ils sont formés. Toutefois, on peut dire que les accès ont, en général, la même allure et la même durée.

Dans le second cas, les accès durent un jour, deux jours, trois jours, jusqu'à un mois. D'habitude alors, les périodes ont à peu près la même durée et les accès sont plus réguliers.

La *durée de l'intermittence* est très variable. C'est dans la folie à double forme à accès très courts qu'elle manque le plus souvent. Au contraire elle existe presque toujours dans les folies à double forme à accès longs. Elle peut avoir une durée de quelques jours, de plusieurs mois et même de plusieurs années.

Quant à la *durée de la maladie* elle-même, elle est très longue. On peut même dire qu'elle est indéfinie, interminable, car une fois l'alternance constituée, les malades tournent dans le même

cercle pathologique pendant de longues années et, le plus ordinairement, jusqu'à la mort.

La folie à double forme peut se *terminer* par la *guérison*, terminaison très rare et, pour ainsi dire, exceptionnelle. Elle se termine habituellement par la *démence*, mais au bout d'un temps très long, car les malades ne cèdent que très tardivement à l'affaiblissement de l'intelligence. Elle peut se *transformer* en une autre forme de folie telle que *manie* ou *mélancolie*, simple ou avec délire systématisé secondaire, ce qui est encore un cas très rare. Enfin, elle peut se terminer par la *mort*, qui n'a lieu pour ainsi dire que par accident, ou par suite d'une affection intercurrente, c'est-à-dire par suicide, congestion cérébrale, attaques épileptiformes, pneumonie, etc., etc.

4° Anatomie pathologique. — A part les cas où le malade étant mort d'apoplexie, on trouve à l'autopsie une altération matérielle évidente, la folie à double forme n'a pas de lésion qui lui soit propre. Au contraire, cette succession de deux états opposés, manie et mélancolie, qui se remplacent l'un l'autre et sont le plus souvent suivis d'un retour à l'état normal, prouve assez qu'il ne s'agit là que de troubles fonctionnels susceptibles non seulement de disparaître, mais d'être remplacés par des troubles de nature opposée. Il est probable que l'état d'excitation correspond à une hyperémie et l'état de dépression à une ischémie cérébrales, comme la manie et la mélancolie simples. MOURATOFF a signalé dans un travail tout récent sur la folie périodique des lésions des cellules et de la névroglie, mais surtout des lésions combinées des organes hématogènes et des organes restitutifs et neutralisants, notamment des glandes surrénales qui, en raison de la prédisposition dégénérative du système nerveux, déterminent des accès réitérés d'auto-intoxication.

DOUTREBENTE et MARCHAND viennent de citer (1903) de leur côté un cas de folie à double forme avec crises épileptiformes et syndrome paralytique dans lequel on trouva à l'autopsie de la pachyméningite cérébrale avec gomme du cervelet.

5° Pronostic. — Le pronostic de la folie à double forme est

très grave, puisque la maladie est à peu près toujours incurable comme, du reste, la plupart des folies intermittentes ou périodiques. FALRET père avait déjà fait ressortir cette particularité digne de remarque que la folie à double forme, qui est essentiellement constituée par les deux formes de folie les plus curables, la manie et la mélancolie, est, au contraire, pour sa part, l'une des plus incurables.

6° Diagnostic. — Prise dans son ensemble, la folie à double forme avec sa succession régulière d'états opposés, ne peut être confondue avec aucune autre. Pourtant, lorsque la période de dépression mélancolique est peu marquée, il peut arriver qu'elle passe inaperçue et que la maladie soit prise pour une *manie chronique à forme intermittente ou rémittente*, avec d'autant plus de raison que dans celle-ci les accès de manie sont également suivis, parfois, d'une courte réaction dépressive.

Il arrive bien plus souvent que, en face d'une période isolée de la folie à double forme, on croie avoir affaire à un simple accès de *manie* ou de *mélancolie* et que, cette période terminée, on considère le malade comme guéri. Cette erreur a été commise, notamment, par BAILLARGER lui-même. Elle est la conséquence forcée de ce fait que la manie et la mélancolie de la folie à double forme ne diffèrent en rien de la manie et de la mélancolie simples, et que, prises isolément, il est impossible de les en distinguer. Tout ce qu'on peut dire, c'est qu'en général, lorsqu'on a affaire à un accès d'excitation maniaque, il faut se défier et songer soit à une paralysie générale commençante, soit à l'hystérie, soit surtout à la folie à double forme.

C'est dire assez que la folie à double forme peut être confondue, dans sa période d'excitation maniaque, avec la période prodromique d'une *paralysie générale à forme expansive*. L'erreur est d'autant plus facile que l'excitation peut faire apparaître, dans la folie à double forme, certains phénomènes congestifs tels qu'inégalité des pupilles, tremblement, hésitation de la parole qui compliquent encore le diagnostic. La distinction s'établit surtout d'après ce fait que dans la paralysie générale, même dès ses premiers débuts, les conceptions ont un cachet

démontiel qui n'existe pas dans la folie à double forme et, d'autre part, que les fous circulaires excités sont foncièrement méchants et malveillants, tandis que les paralytiques généraux expansifs sont, au moins en paroles, bienveillants et généreux (RÉGIS).

La folie à double forme une fois reconnue, il reste encore à déterminer si elle est *simple*, ce qui est le cas le plus fréquent, ou si elle est liée à un autre état morbide qui est presque toujours, dans ce cas, la *paralysie générale* (paralysie générale à double forme ou circulaire), l'*épilepsie* ou l'*hystérie*.

7° Traitement. — Contre la maladie, en raison surtout de son caractère périodique, on a préconisé, sans grand succès du reste, le sulfate de quinine à haute dose, 30 à 40 centigrammes, pour arriver à 2 grammes par jour. On emploie également le bromure de potassium, les injections sous-cutanées d'opium et de morphine. Le traitement des accès et celui de chaque période réclament le traitement ordinaire des accès de manie ou de mélancolie. HUBA a conseillé l'hyosciamine contre les périodes d'excitation et la codéine ou le citrate de caféine contre les périodes de dépression. L'internement s'impose surtout pendant les périodes d'excitation, les malades étant alors habituellement dangereux. Il est moins nécessaire pendant les périodes de dépression, surtout lorsque celle-ci est peu intense.

APPENDICE : REPRÉSENTATION GRAPHIQUE DES ÉTATS DE MANIE, DE MÉLANCOLIE ET DE FOLIE A DOUBLE FORME

Pour donner une idée tout à fait nette des nombreuses particularités relatives à la constitution et à la marche des psychoses généralisées, je crois utile de les figurer ici sous forme de graphiques, à l'aide d'un tableau spécialement imaginé à cet effet.

Ce tableau, que j'ai présenté en 1883 à la Société médico-psychologique et qui m'a constamment servi depuis, dans mon enseignement à la Faculté de Bordeaux, se compose essentiellement d'une ligne horizontale ponctuée représentant l'état

normal. Au-dessus s'étagent, par ordre d'intensité, les diverses variétés d'excitation ou de manie; au-dessous et dans un ordre inverse, les diverses variétés de dépression ou de mélancolie. Le cadre schématique ainsi formé est coupé par des lignes verticales indiquant, comme dans les feuilles de température, les divisions en journées.

Je suis heureux de constater, bien que l'origine n'en ait pas été rappelée, que ce type de tableau a été adopté, depuis 1883, par beaucoup d'auteurs, dans leurs descriptions des psychoses généralisées cycliques.

Avec ce tableau très simple, on peut reproduire exactement et dans leurs moindres détails toutes les variétés de folies généralisées que nous venons de passer en revue.

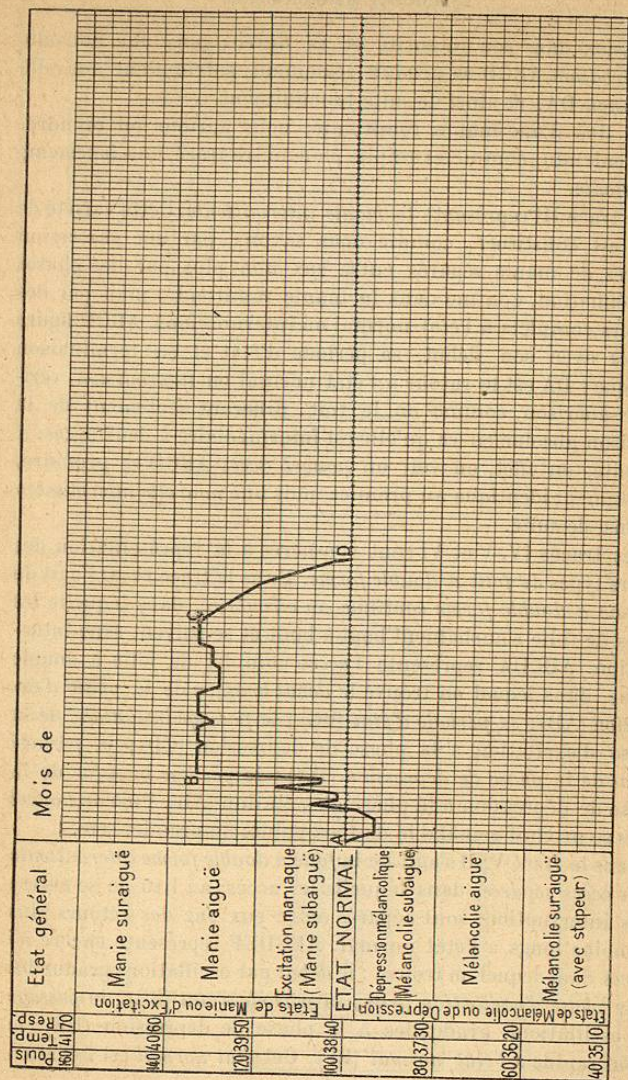
Voici, par exemple (tracé I), un accès de manie aiguë. On y voit : 1° la période de début (AB), caractérisée d'abord par de la dépression et de la tristesse, puis par une excitation progressive qui peut atteindre son apogée soit brusquement, soit insensiblement, soit, comme nous l'indiquons ici, par une série d'oscillations graduelles;

2° La période d'état (BC) ou période de l'accès proprement dite, caractérisée par l'évolution aiguë de l'excitation, avec ses variations plus ou moins marquées;

3° La période de terminaison (CD) qui, dans le cas de guérison, que nous choisissons ici, se caractérise par un retour soit brusque, soit par oscillations, soit par transitions insensibles, à l'état normal.

On comprend très bien que nous pourrions reproduire de même un accès de manie subaiguë et suraiguë, comme un accès quelconque de mélancolie, avec leurs variétés spéciales de début, d'intensité, d'évolution et de terminaison.

Le tracé II représente la manie rémittente. Cette variété de folie est constituée, comme nous savons, par le retour plus ou moins régulier de crises aiguës ou paroxysmes de manie, séparées par des périodes d'atténuation ou de rémission. On voit ici, de la façon la plus nette, cette succession de phénomènes. ABCD nous donne l'image de l'accès aigu avec ses trois périodes de début, d'état et de déclin; DA nous montre la



Tracé I. — Manie aiguë.

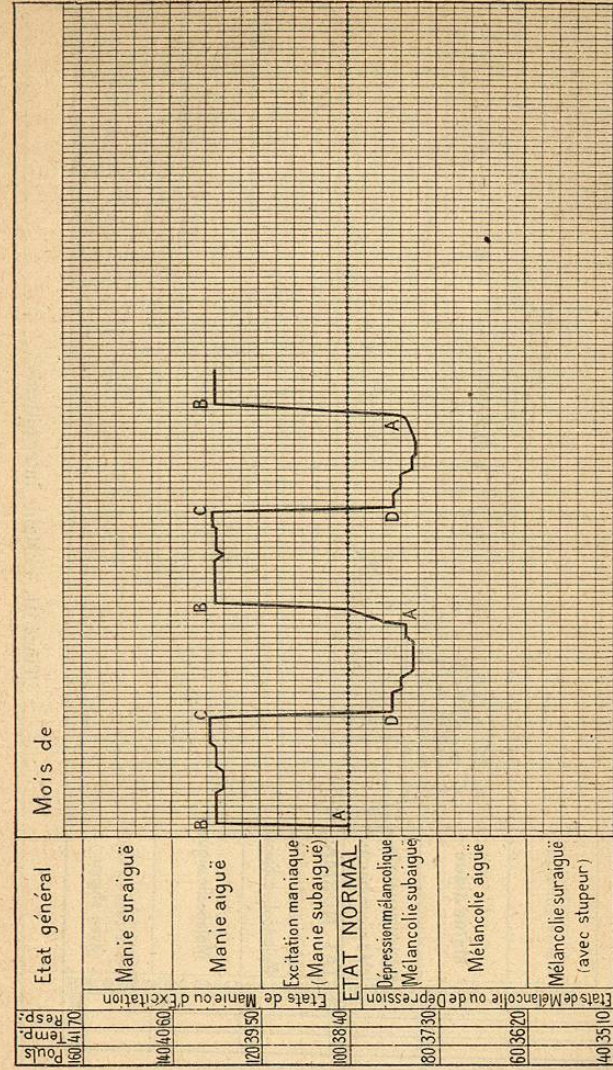
rémission dans son intensité et sa durée; puis une nouvelle *exacerbation* ABCD se produit également, suivie d'une nouvelle *rémission* DA, et ainsi de suite indéfiniment.

Au lieu d'une manie rémittente, nous aurions pu prendre, bien entendu, comme exemple, pour notre tracé, une *lypémanie rémittente*.

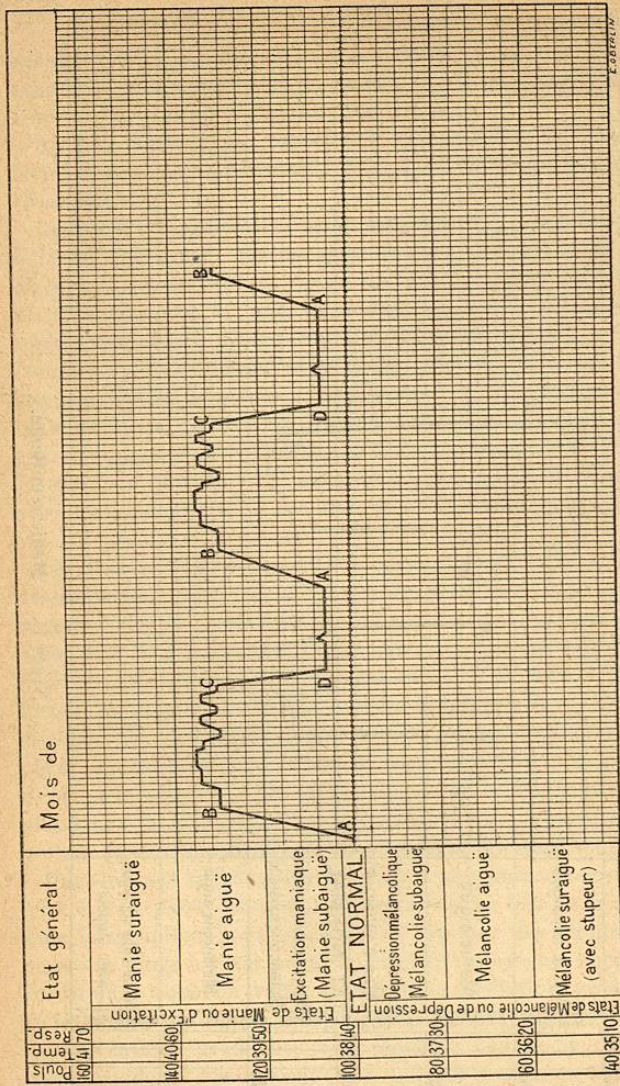
Le tracé III représente la *manie intermittente*. Cette variété de folie est constituée, comme nous savons, par une succession d'accès de manie séparés entre eux non plus par des phases d'atténuation, comme dans la manie rémittente, mais par des retours complets à l'état normal ou intermissions. ABCD figure l'accès avec son début, sa période d'état et sa terminaison brusque; DA est le retour à l'état normal ou *intermission*, véritable guérison, comme on le voit, différant seulement de la guérison absolue en ce qu'elle est intermédiaire à deux accès. A sa suite, en effet, on voit un *nouvel accès* ABCD se produire, absolument identique au premier, puis une *nouvelle intermission* et ainsi de suite.

Les tracés IV, V et VI sont consacrés à la représentation des divers types de *folie à double forme*. Dans le tracé IV, il s'agit de la *folie à double forme continue* ou *circulaire*, dans laquelle les accès de folie s'enchaînent bout à bout et se suivent sans interruption. ABCDA représente l'accès complet de folie à double forme, dans lequel on trouve le *début brusque* de la *phase d'excitation* (AB); sa *période d'état* (BC); le *passage instantané* de la phase d'excitation à la phase de dépression (CD); la *période d'état* de la *phase de dépression* (DA); le *passage brusque* de la phase de dépression à la phase d'excitation (AB). Puis un *nouvel accès* se produit semblable de tous points au premier, etc.

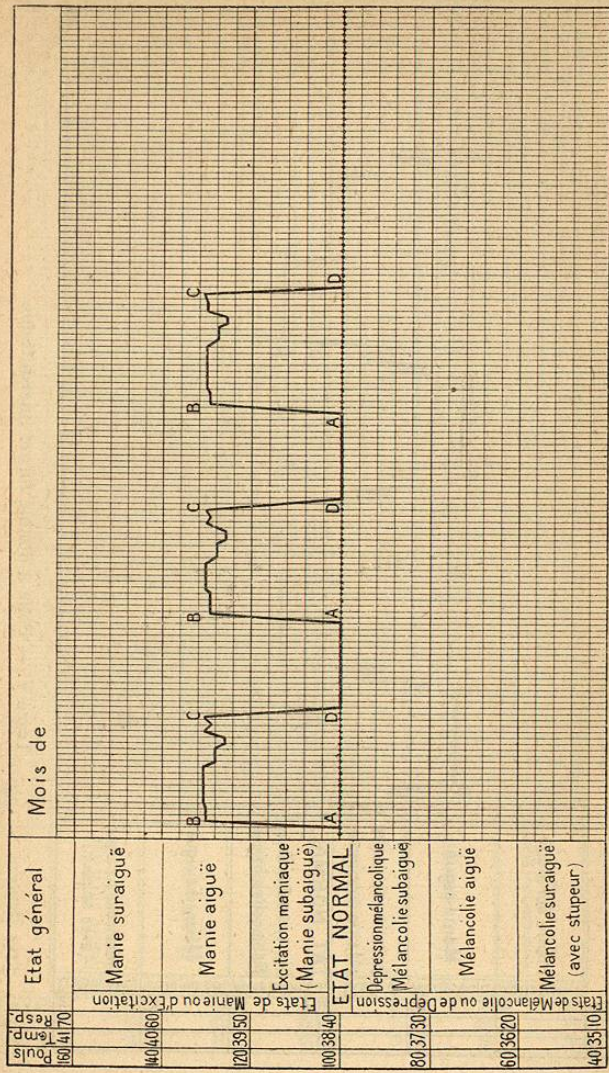
Dans le tracé V, il s'agit de la *folie à double forme intermittente* ou à *accès séparés*, dans laquelle les accès, au lieu de se suivre sans interruption, sont séparés entre eux par des retours plus ou moins longs à l'état normal. ABCDEF représente encore ici l'accès dans lequel on trouve : le *début* par oscillations graduelles de la *phase d'excitation* (AB); sa *période d'état* (BC); le *passage* par oscillations graduelles à la phase de dépression (DE); le *retour rapide* à l'état normal (EF). Cet *état normal* est figuré en



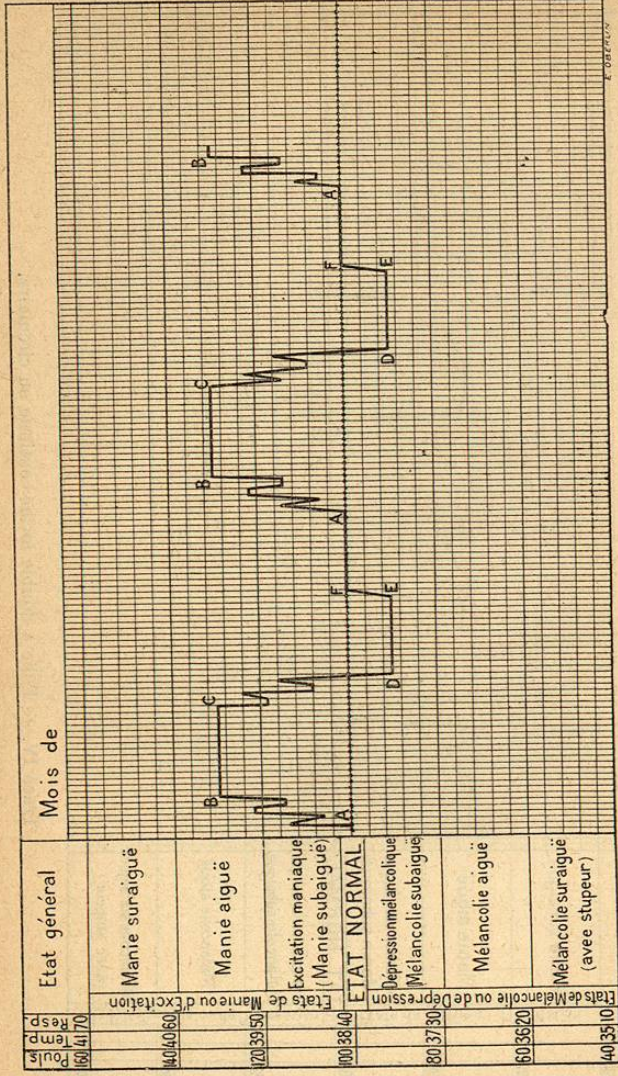
Tracé II. — Manie rémittente.



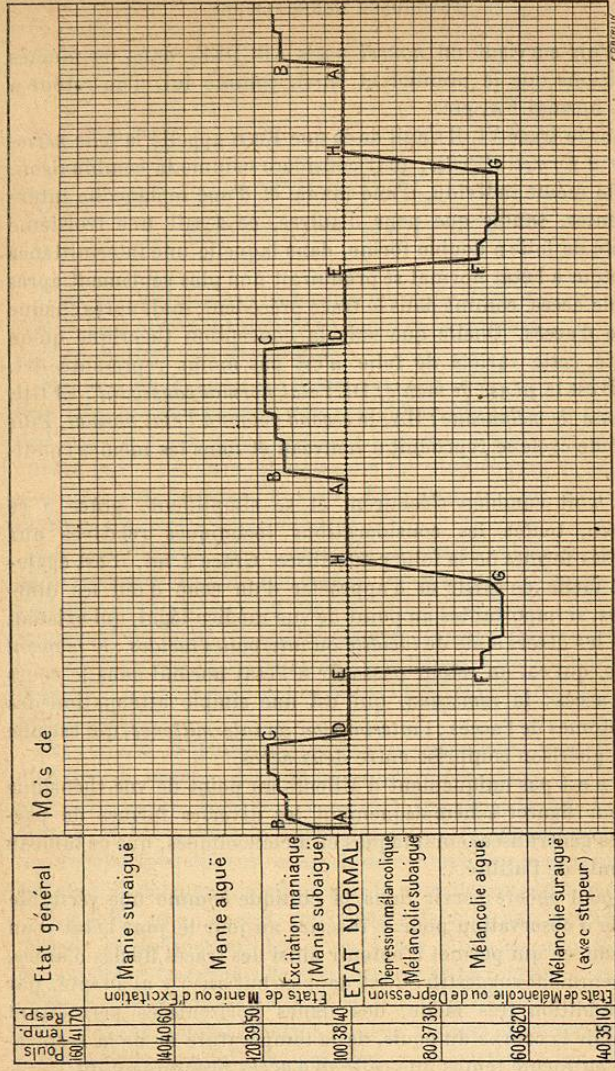
Tracé III. — Manie intermittente.



Tracé IV. — Folie à double forme continue ou circulaire.



Tracé V. — Folie à double forme intermittente.



Tracé VI. — Folie périodique à formes alternées.

FA. Puis survient un *nouvel accès* ABCDEF, dans les mêmes conditions que le premier et suivi, comme lui, d'un retour à l'état normal FA, etc.

Dans le tracé VI, il s'agit de ce que Rrrr appelle la *folie périodique à formes alternes*, qu'il considère comme la combinaison, chez le même individu, d'une manie et d'une mélancolie intermittentes, tandis que pour d'autres, ce serait une troisième variété de folie à double forme, dans laquelle une intermittence ou retour à l'état normal se produirait non plus seulement après chaque accès, comme dans le tracé précédent, mais après chaque phase d'accès. Quelle que soit la conception théorique qu'on adopte, cette variété de folie n'est pas moins représentée ici. ABCD est la *phase de manie*; DE l'état normal consécutif; EFGH, la *phase de mélancolie*; HA, le *second retour à l'état normal*. Puis le même cycle se reproduit à nouveau et dans les mêmes conditions.

On voit combien s'éclaircit et se simplifient, grâce à ce tableau, toutes les considérations techniques relatives aux diverses formes de la folie généralisée. Grâce à lui, il est également facile de saisir et d'apprécier d'un coup d'œil les différences, si importantes au point de vue médico-légal, qui existent entre les divers états de *lucidité* ou *intervalles lucides* : le *moment lucide*, qui est un retour passager à l'état normal dans le cours d'un accès; la *rémission*, qui est une simple atténuation des symptômes de l'accès; l'*intermission* ou *intermittence*, qui est une vraie guérison comprise entre deux accès.

Ce n'est pas uniquement d'ailleurs au point de vue théorique et pour figurer schématiquement les diverses formes de psychoses généralisées, maniaques et mélancoliques, que ce tableau présente de l'utilité.

Il peut encore servir dans la clinique comme une véritable feuille d'observation pour y inscrire au jour le jour l'état d'un malade, ce qui permet d'obtenir ainsi des tracés fidèles d'accès, éminemment suggestifs. C'est dans ce but que j'y ai adapté, par une addition très facile, des lignes horizontales permettant d'établir la courbe du pouls, de la température et de la respiration, en même temps que celle de l'accès proprement dit.

CHAPITRE IV

CONFUSION MENTALE

C'est une histoire peu commune que celle de la *confusion mentale* et bien faite pour mettre en lumière la fragilité de nos théories en matière nosographique.

Signalée en France au début du XIX^e siècle par PINEL et ESQUIROL qui, en raison de son symptôme dominant, la faiblesse de l'activité psychique, y voyaient l'un une forme « d'idiotisme » l'autre une « démence aiguë », elle fut étudiée sous le nom de stupidité par GEORGET, FERRUS, ETOC-DEMAZY, qui mirent en lumière ses caractères principaux.

La constitution de la *stupidité* en entité clinique spéciale paraissait donc se faire par degrés, lorsque BAILLARGER, en 1843, s'efforça d'établir que cet état n'était que le degré extrême de la mélancolie aiguë, la *mélancolie avec stupeur*, s'appuyant pour le démontrer sur ce fait que, derrière l'apparente suspension de la pensée, il existait un délire hallucinatoire très actif de nature mélancolique.

Du coup, la stupidité, noyée dans la mélancolie avec stupeur, disparut de notre cadre clinique malgré les efforts de quelques auteurs : SAUZE, DAGONET et surtout DELASIAUVE qui, tout en faisant la part, dans la stupidité, de ce qui appartenait à la mélancolie avec stupeur, essayait de reconstituer avec les débris restants, l'ancienne maladie, sous le nom de *confusion mentale*.

Il a fallu que CHASLIN, retrouvant dans la psychiatrie allemande la distinction des deux types cliniques adoptés par DELASIAUVE : la *mélancolie avec stupeur* et la *confusion mentale*, celle-ci sous le nom d'*Amentia*, de *Verwirtheit*, réimportât dans notre pays ce produit français dont la fortune, depuis son exode d'Outre-Rhin, n'a fait que grandir, grâce surtout à ses remar-