

mentaux en les soumettant à une égale surveillance. Au médecin seul revient cette façon prosaïque et juste d'envisager les désordres de l'intelligence.

Au second degré, l'insomnie est remplacée par l'anxiété nocturne. Le malade voudrait se lever après un court sommeil. Il s'endort aisément et se réveille vite. Encore un fait qui vaut d'être noté, l'insomnie n'ayant pas la même valeur séméiotique suivant les heures de la nuit où elle se produit. Le mélancolique se considère comme un délictueux, pas encore comme un criminel. Alternatives d'engourdissement et d'excitation, refus non seulement de toute distraction active, mais de toute communication même avec ses amis ou ses parents intimes ; affaïssement intellectuel correspondant, comme d'ordinaire, à l'excitabilité malade. Indifférence croissante pour ce qui n'est pas l'objet de plus en plus vague de son inquiétude, irritabilité puérile. Le mélancolique, à mesure que le fardeau devient plus lourd, tend à se disculper. « Il vous est bien facile de me raisonner et vous en parlez à votre aise ! Je voudrais savoir ce que vous auriez fait à ma place. Je suis si malheureux qu'on devrait me plaindre au lieu de me blâmer. » Récrimination tendant à se substituer au repentir apparent des premières semaines.

Les influences les mieux autorisées s'abaissent. Les gestes dont il faut tenir compte dans toute perversion mentale exprimée à demi ou demi-muette, sont autant d'éjaculations douloureuses. La physionomie commence à s'altérer, le teint devient blafard, l'œil moins chercheur et moins vif. Les sécrétions de la peau, parfois même de la bouche, sont pauvres ; le pouls est tantôt ralenti, tantôt accéléré sans fièvre, la langue est étalée, blanchâtre. L'appétit ne diminue pas autant qu'on pouvait le craindre. Constipation persistante.

L'indécision se marque de plus en plus. Elle ne porte pas seulement sur les résolutions à prendre, mais sur les moindres détails de la vie. C'est affaire d'obliger le malade à se coucher, plus laborieux encore de le faire lever le matin. Il oppose une résistance passive mais tenace et ainsi s'ouvre la seconde pé-

riode caractérisée par un mélange, en proportions égales, d'obstination et d'hésitation.

J'ai eu l'occasion dans ma vie de voir un grand nombre de détenus inculpés d'un délit de quelque gravité et de nature à rompre la série des arrangements prévus de leur existence. Ils ressemblaient, par beaucoup de côtés, au type dont je viens d'esquisser les principaux traits, avec cette différence que l'interlocuteur gardait prise sur eux et les réveillait pour ainsi dire de leur état pseudo-pathologique : mêmes tendances à récriminer, même paresse, même indifférence alternant avec l'anxiété ; mêmes conditions gastro-intestinales. En somme des analogies intéressantes à constater, mais au fond pas de similitude vraie.

L'obstination est, en pareil cas, un témoignage de volonté déviée, désordonnée, incohérente au besoin, mais incompatible avec les dépressions profondes. Le mélancolique éteint, si tant est qu'il en existe, se laisserait faire ; dès qu'il résiste il donne la preuve d'une activité le plus souvent sournoise ou latente mais avec laquelle on doit compter.

Il faut si bien ne pas négliger cet élément considérable que, dans la troisième période, il deviendra presque le principal objectif.

D'homme auquel un délit était imputé, le malade se transforme en criminel, et même dans la vie commune le passage n'est pas indifférent.

Il ne s'agit plus du huis clos d'un incident sans notoriété, destiné à ne pas excéder les limites des chagrins de famille. Le crime appelle la publicité, les débats au grand jour, les punitions solennelles. La justice réserve pour lui ses plus terrifiants appareils : le tribunal ouvert, la force armée, la condamnation infamante. Ces spectacles terribles se dressent devant l'imagination du malade qui fait appel, troublé comme il est, et ne sachant pas à quoi rattacher ses angoisses imaginaires, aux plus émouvants souvenirs. Il est instructif de voir comment l'aliéné, à ce stade où le désordre déborde, utilise ses notions

cours de la paralysie générale, succédant à des accidents cérébraux spontanés ou traumatiques, entraînent une désorganisation profonde des fonctions végétatives. Le malade blêmit, il n'essaye pas de lutter contre la lassitude, le sommeil ne répare pas ses forces, de petits accès de fièvre hectique se répètent, on n'a plus seulement à s'inquiéter de l'intelligence, mais il faut compter avec la vie.

En descendant plus avant dans l'intimité du fonctionnement, les déperditions décisives sont nulles. L'urine n'est ni plus ni moins abondante qu'à l'état normal, elle n'est ni plus pauvre ni plus riche, la peau ne fournit pas d'indice symptomatique, la bouche reste fraîche. Les sécrétions des muqueuses n'offrent aucune particularité de quelque valeur.

La maladie s'est confinée dans le centre nerveux cérébral. Le système nerveux périphérique est lui-même peu ébranlé; si des crises spasmodiques, des accès hystéroïdes se produisent, ils n'excèdent pas les vulgaires attaques provoquées par une émotion morale, leur fréquence n'est pas plus notable que leur intensité.

Cette période qui clôt l'évolution ascendante de la maladie se prolonge comme les autres, pendant plusieurs mois. En somme la mélancolie dont je parle n'accomplit jamais son évolution en moins de six à huit mois. Il est impossible d'assigner aux diverses phases une durée précise. Chaque stade artificiellement délimité n'a ni début ni terminaison rigoureux, le passage se fait confusément et les retours de l'un à l'autre ne sont rien moins que rares.

La guérison, car il s'agit d'une maladie essentiellement curable, ne s'effectue pas en repassant même rapidement par le chemin déjà parcouru. L'anxiété des premiers jours ne reviendra jamais sous sa forme originelle. Le cerveau épuisé par de si longues épreuves semble avoir perdu son ressort, et c'est passivement, presque sans la participation du malade, que s'opère l'acheminement vers la guérison.

Je n'ai pas à exposer en détail la marche progressive vers le

mieux, le processus étant à peu près le même pour toutes les mélancolies guérissantes, je me bornerai à quelques particularités. L'irrésolution grave ou sans portée qui a été le point de départ de la maladie s'est terminée par une solution quelconque. Le mariage a été rompu ou on lui a donné suite, le placement a été ou non effectué, la propriété acquise a été ou non revendue, le bien à acquérir a été ou non acheté, la chose importe peu : le malade désintéressé du problème n'a gardé aucun souci pour la solution.

Par une inversion facile à comprendre, c'est la famille qui sollicite une curiosité perdue et qui, ayant cru à la cause morale de l'attaque, ne peut s'empêcher d'appuyer sur les données morales qu'elle juge favorables à la curation; c'est alors qu'on voit combien était réduite la part afférente à l'incident initial considéré comme une cause efficiente, tandis qu'il n'était qu'une occasion.

Les esprits curieux de semblables recherches sont également frappés de la distance énorme qui sépare soit le retour au calme après une crise si durable qu'elle soit de passion, soit la rentrée dans le vrai après l'abjuration d'une erreur, du retour à la raison au déclin d'une maladie mentale. Aucun des procédés qui conviennent au redressement des intelligences saines mais faussées ne trouve ici son application.

Le mélancolique n'a écouté aucun argument, il ne lui est venu à la pensée ni de provoquer ni même de subir aucune discussion. Les efforts dépensés pour le persuader, à ce moment en apparence si opportun, l'ont été en pure perte. Le voile s'est déchiré plus ou moins lentement, plus ou moins complètement, sans que le malade y ait contribué : on pourrait, en empruntant une comparaison à la chirurgie, l'assimiler à un homme opéré de la cataracte. L'affection étant, ainsi que je l'ai dit, essentiellement sentimentale, c'est par la revivification des sentiments que se fera l'amendement. Le mélancolique ouvrira spontanément un livre, dépliera un journal, quitte à ne pas les lire; il consentira à sortir, témoignera de la préférence

pour une promenade, acceptera les courtes visites de ses amis et ainsi il rentrera peu à peu dans les conditions de sa vie antérieure. Et pourtant on aurait peine à trouver un type de perversion où le choc des idées joue un rôle plus évident. La maladie semble née d'un dilemme: accepter ou refuser, mais cette étiologie commode est en désaccord avec les faits. J'ai cherché à le montrer aux périodes du début, je devais le signaler à la phase de décroissance comme un complément de démonstration.

Le propre des préoccupations intellectuelles est, après avoir fait appel à l'activité de l'esprit, de solliciter également la mémoire. Ici le malade oublie et ses incertitudes et les malaises anxieux qui les accompagnaient. La maison qui a motivé de sa part tant d'inquiétudes, jusqu'à l'appétit de la mort, il y entre, l'habite et s'y plaît. On dirait qu'il s'agissait d'une bouderie ou d'une boutade, tant le souvenir s'efface; et l'affection a continué sans répit pendant près d'une année.

Si rapide que soit la transformation, et elle est souvent assez brusque, on constate toujours une convalescence mentale caractérisée à la façon de toutes les convalescences, par des côtés plus négatifs que positifs. Pendant cette transition, on retrouve encore, à titre prédominant, les défaillances sentimentales dont on a tort de tenir si peu compte. La mise en train est plus laborieuse que l'action, l'appétit manque presque en toutes choses, la fatigue se traduit par une dépression, mais à chaque pas vers le mieux, la tendance à la guérison s'affermi.

Une fois la maladie guérie, la convalescence achevée, que reste-t-il de la secousse? Rien; seulement l'entourage a sinon perdu, au moins amoindri sa confiance. Le médecin, se souvenant des graves accidents auxquels il a assisté, se méfie non seulement de l'avenir, mais du passé: l'observateur voit l'observé sous un jour nouveau, et il découvre en lui des défauts qu'il n'avait pas aperçus. On se demande étonné comment et pourquoi, seul, au milieu de gens aussi intéressés, souvent plus touchés que lui, il a subi pareille défaillance.

La biographie pathologique du malade remonte vers les antécédents, et la question des prédispositions se pose à nouveau, mais cette fois avec plus de méthode.

Déjà à quelques reprises le mélancolique avait témoigné de puéres impatiences, il ne jouissait plus de sa sérénité d'humeur, les affaissements après un ennui, les irritations après les moindres contradictions n'étaient-elles pas des préludes? Si bien armés que soient le médecin, la famille et les amis pour cette enquête rétrospective, ils sont contraints de s'en tenir à des suppositions hésitantes. C'est qu'en réalité, il n'y avait pas plus à découvrir. La maladie n'est pas de celles qui se préparent, soit par de moindres accès préalables, soit par un état maladif continu et insidieusement croissant. Elle n'a pas ultérieurement de crises du même ordre.

L'affection ainsi explosive n'emprunte pas ses origines à un travail psychologique même au-dessus des forces intellectuelles du futur malade. Elle procède comme presque toutes les autres formes de mélancolie: débutant par un choc, ailleurs plus accusé, mis en relief ailleurs par un désordre matériel, ou par un effroi, au lieu de l'être par une inquiétude, mais l'*ictus*, pour être plus latent, n'est pas introuvable.

Si je me suis appliqué à suivre ce processus, c'est que je tiens à combattre l'opinion qui ferait du désordre intellectuel, méritant le nom de maladie mentale, la conséquence d'une erreur ou d'une succession d'erreurs, d'une attraction passionnée, d'une lutte intérieure de l'ordre physiologique.

Sans la pénétration psychologique dont les médecins d'aliénés ont donné et donnent tant de preuves, il n'y a pas de science possible de l'aliénation mentale; mais de là à conclure que la folie se contracte comme un vice, la distance est énorme et ne doit pas être franchie.

En revanche, une fois lancé dans la maladie, le mélancolique subit l'action d'un milieu qui lui est souverainement défavorable. Au contraire des aliénés qui affirment, il doute et cette hésitation qui, passant du pour au contre, ressemble de loin au

va-et-vient de la congestion et de l'anémie, l'épuise. L'agitation succède à la dépression, et la marche de la maladie est encore conforme à ce qu'enseigne l'étude de tant de maladies mentales où la lésion cérébrale est plus manifeste.

Deux mots sur le traitement.

Tout d'abord une maladie à durée obligatoire n'appelle de traitement direct que lorsqu'elle approche de sa terminaison; je crois qu'on trouverait aujourd'hui peu de praticiens partisans des médications qui jugulent. Entamer d'emblée la cure d'une mélancolie qui ne saurait guérir avant 6 à 8 mois, est une entreprise enfantine, si elle n'est pas un témoignage de l'ignorance du médecin.

La première idée qui se présente à l'esprit des parents et des inexpérimentés est qu'en supprimant la cause on annule l'effet. Le malade est devenu anxieux à la suite d'une décision perplexe, résolvons la question, substituons à ces hésitations une certitude et le mal n'aura plus de raison d'être. C'est raisonner à la manière d'un écolier en médecine qui, sachant le rhumatisme engendré par un coup de froid, espérerait le supprimer en réchauffant le malade. Quoi qu'on fasse, dans la direction morale, on ne gagnera pas même une rémission. Il suffit de se reporter à la description qui précède pour reconnaître combien les procédés logiques sont incompatibles avec la folie. Celui qui le premier a renoncé à la logique, c'est le malade, et comme il a été impuissant à réagir malgré la conviction qu'il se précipitait dans l'absurde, il ne cédera pas aux arguments des autres dont il a devancé la lettre sans pouvoir se pénétrer de leur esprit.

L'attente passive des assistants est la règle: subir et se taire; plus on discute en pareil cas, moins on arrive à convaincre. Il importe de ne pas oublier que la perplexité est de plus en plus doublée d'une obstination invincible; on n'obtient en forçant la note qu'un résultat, celui d'accélérer la marche de la maladie.

La santé matérielle doit être l'objet d'une surveillance attentive.

Convient-il, à une période plus avancée, de brusquer le traitement? J'ai vu des mélancoliques de tout ordre guérir à la suite d'une médication perturbatrice que le hasard avait mise en action et qu'aucun médecin n'aurait osé instituer. Presque toujours ces cures audacieuses ou imprévues sont le résultat d'une violente perturbation intestinale: le choléra ou la diarrhée poussée jusqu'aux évacuations cholériformes. Si le remède était garanti, il n'y aurait pas à tergiverser, mais les chances sont incertaines et les périls ne le sont pas moins; on se réduit alors aux demi-mesures. Les purgatifs drastiques, non ceux qui se bornent à régulariser la fonction, mais ceux qui la troublent, sont indiqués; on y joint quelques calmants somnifères et on attend ainsi, assuré d'être utile sans prétendre au delà, les jours meilleurs.

La convalescence déclarée exige comme toujours plus de réserve que de hardiesse. C'est peu à peu que le malade sera rendu à son ancien milieu. A cette date, l'éloignement, la résidence dans un pays nouveau plus que les voyages, deviennent profitables.

J'ai dit que les rechutes constituaient la plus rare des exceptions, partant il serait hors de propos de multiplier les efforts pour les prévenir.

(Archives générales de médecine, 1881.)

des événements judiciaires et s'en fait comme un marche-pied pour arriver à des terreurs plus ou moins définies. L'homme du peuple envisage surtout le commencement ou la fin, l'arrestation à domicile ou la condamnation publique; la femme obéit à des peurs confuses; l'homme cultivé se torture par l'évocation des détails, par les humiliations de la procédure dont les incidents s'entre-croiseront en se multipliant.

La comparaison que j'avais mentionnée plutôt que dessinée entre le délinquant sain d'esprit et le mélancolique coupable, imaginaire, d'un délit, ne se continue plus. Le criminel qui attend son jugement a de tout autres aspects. Sûr de son intelligence, il s'ingénie à trouver des excuses ou à réserver des arguments; sa prévoyance s'aiguise à mesure qu'il avance dans la recherche des moyens propres à détourner le soupçon, l'accusation ou la pénalité du crime. Ou il refuse de réfléchir et tombe dans une stupeur passagère, ou il pense fièvreusement.

L'aliéné n'a déjà plus ces ressources intellectuelles à son service. Sa frayeur est sans tenue, il n'en saisit ni la portée ni les raisons plausibles, ce qu'il sait de plus clair c'est qu'il est sous le coup d'un crime qu'il s'impute à lui-même et qu'il a peur.

A l'insomnie s'ajoute l'excitation nocturne. Il se lève, écoute, se recouche, pleure, gémit, gesticule à la manière des gens terrifiés, puis se calme. L'agitation procède par crises se renouvelant, comme dans toutes les angoisses mélancoliques, de préférence le matin.

L'idée du suicide apparaît d'abord flottante, révélée par des exclamations: « Ne vaudrait-il pas mieux être mort? Ma vie est à charge. Si je n'étais plus de ce monde, ma famille serait délivrée d'un immense fardeau! » Les aspirations au suicide se rapprochent et, dans les cas extrêmes, deviennent l'obsession dominante, presque unique. Viennent alors les tentatives risquées, timides, dont le malade n'est pas fâché, le plus souvent, qu'on soit averti.

Dans ce *concursum* de sentiments confus et complexes, veut-il

s'innocenter en prouvant son repentir? Espère-t-il trouver un point d'appui contre ses impulsions dans la résistance des témoins?

L'agitation mélancolique arrivée à ce degré garde peu de ses premières attaches. La raison qui semblait avoir causé la maladie est oubliée et le malade rentre dans les formes terminales de la plupart des états mélancoliques, quelle que soit leur origine.

Le tableau que je viens de tracer, et où la maladie se découpe en trois périodes, serait absolument faux si on le prenait au pied de la lettre. La progression morbide ne s'accomplit pas avec cette ponctualité chronologique.

Il se peut qu'au début, des crises agitées avec menaces de suicide surviennent; à la fin, de longues heures de dépression raisonnée peuvent rompre l'état presque maniaque. La notion est à déduire de l'ensemble et non d'un des moments. Le médecin doit toujours avoir présents à l'esprit ces éléments dont le jeu se diversifie et dont la famille est l'observateur par excellence.

Insister sur la description des attaques aiguës, exposer les combinaisons individuelles auxquelles se prêtent des propulsions contradictoires, vouloir tout dire en pareil cas, serait une faute.

Si violemment que s'accroît la crise *maximum*, elle n'exerce pas d'influence visible sur la santé physique. Le malade mange, à moins qu'il ne refuse de parti pris les aliments et n'entende faire de l'inanition un procédé de suicide. Aucune fonction organique n'est réellement atteinte. L'amaigrissement est en rapport avec la diminution de la nourriture, pas un seul phénomène fébrile n'apparaît malgré l'insomnie, l'agacement nerveux, et les causes accumulées de tension ou de fatigue. Une telle indifférence de la santé générale mérite d'être signalée. La même immunité existe dans l'hystérie et aussi dans quelques lésions cérébrales bien autrement déterminées. Par contre, on voit les mélancolies secondaires, survenant par exemple au