

Docteur A. CHARAZAC



LES

Tristesses Morbides



TOULOUSE

GIMET-PISSEAU, ÉDITEUR

66, Rue Gambetta, 66

—
1907

au Dr. devalier - Louvain
dont la connaissance m'a procuré
une « joie saine »

12 nov. 1908

M. devalier

LES
TRISTESSES MORBIDES

TUE 14

Docteur A. CHARAZAC



LES

Tristesses
Morbides



TOULOUSE

GIMET-PISSEAU, ÉDITEUR

66, Rue Gambetta, 66

—
1907

PREMIÈRE PARTIE

Etude Psychologique de l'Ennui

ET DE LA DOULEUR MORALE

Emile Tardieu, dans son admirable étude sur l'ennui, l'a ainsi défini : « L'ennui est une souffrance qui va du malaise inconscient au désespoir raisonné; conditionné par les causes les plus diverses, sa raison première est un ralentissement appréciable de notre mouvement vital. Il est par-dessus tout subjectif et il se traduit par ces états d'âme appelés dégoût, découragement, impuissance, humeur maussade, colère révoltée. »

Une étude complète de l'ennui doit refléter toute la vie de l'homme. Il nous guette constamment. A la moindre diminution physique ou morale, il fond sur nous et l'homme le plus sain d'esprit ne saurait s'en défendre.

Malheur à nous, si l'hérédité, la fatigue ou l'infection nous diminuent; alors il nous enveloppe insidieux et terrible, et ce n'est plus l'ennui de l'homme fatigué. Il se nomme folie!

Dans ce chapitre, nous étudierons :

- L'ennui par épuisement.
- L'ennui par manque de variété et par défaut de puissance dans les facultés.
- L'ennui des vies manquées et des vies frappées d'infériorité.
- L'ennui par monotonie.
- L'ennui par satiété.
- L'ennui par sentiment du néant de la vie.
- L'ennui aux différents âges de la vie.
- L'ennui chez la femme.
- L'ennui moderne.

L'Ennui par épuisement

De même que le bien-être physique et moral engendre la joie et le rire, lorsque ce bien-être est subit et inattendu, de même l'épuisement engendre l'ennui.

Après un violent effort physique on est attristé.... et combien ! lorsque l'effort a été suivi d'une diminution sociale de notre moi, par exemple d'une défaite.

Nous avons suivi souvent, soit comme joueur, soit comme admirateur, des équipes de foot-ball. Les quinze hommes partaient gais, ils revenaient fatigués et tristes, d'une tristesse morne lorsque la fatigue se doublait d'une défaite.

Le docteur Tissière, dans son ouvrage sur « *la Fatigue et l'Entraînement physique* » analyse l'ennui survenant à la suite d'un violent effort chez les coureurs cyclistes.

« Le coureur éprouve d'abord un grand ennui, puis il peut être atteint d'amnésie. L'ennui domine toute la scène; il est la caractéristique de la fatigue poussée à l'excès sous le nom de « *Vannage* ». Il atteint tous les coureurs, quel que soit leur caractère, gai ou triste. Huret se plaignait seulement, en descendant de machine, d'avoir souffert d'un violent *ennui*, accompagné d'un grand besoin de dormir. »

On a affaire, dans ces cas, à des *fatigués*.

Pire est l'ennui des *épuisés* :

« L'épuisé (qui est un fatigué à perpétuité, que son cas soit héréditaire ou acquis), vit par définition en état permanent d'ennui. Il est incapable d'effort, se sent anéanti, vidé; il agit sans élan, sans joie, sans confiance; il est dépourvu d'entrain dans les actes communs de la vie journalière qui ne valent que par l'assaisonnement de la santé et de la bonne humeur; son cerveau fonctionne péniblement, misérablement;

sa personnalité s'obscurcit ; il advient qu'il est égaré par sa faiblesse pitoyable, conseillé par ses pensées irritées, qu'il est mis sur la voie des erreurs et des sottises ; à l'ennui des actes accomplis dans le malaise de l'impuissance, vient s'ajouter la souffrance voisine des échecs et des pas fourvoyés. » (Tardieu.)

Cet épuisement de l'esprit — cette insuffisance de neurone cortical, disent les psychiatres — apparaît d'autant plus vite qu'on est plus prédisposé par l'hérédité. L'hystérique, le neurasthénique, le dégénéré deviennent vite des ennuyés par épuisement.

L'hystérie, dit Janet, est « une maladie mentale appartenant au groupe considérable des maladies par faiblesse, par épuisement cérébral. Il existe chez les hystériques le véritable ennui, celui qu'aucun amusement ne peut dissiper et qui est une maladie de l'esprit faite de désir et d'impuissance. (*Etat mental des hystériques.*)

Féré écrit : « La neurasthénie peut être considérée, au même titre que l'hystérie, comme une fatigue chronique ». (*La famille névropathique.*)

L'ennui par épuisement est tellement fatal, que bien peu d'hommes à l'âge mûr et surtout de vieillards l'évitent. Leur corps n'évolue plus que vers la destruction ; la lutte les a épuisés ou du moins fatigués, et l'ennui apparaît, cet ennui ignoré des enfants. C'est l'heure des désillusions, l'heure où un Victor Hugo écrit dans *Les Contemplations* :

Ai-je donc vidé tout, vie, amour, joie, espoir ?
J'attends, je demande, j'implore ;
Je penche tour à tour mes urnes pour avoir
De chacune une goutte encore !

et le dégénéré Beaudelaire, prédestiné à l'épuisement, magnifiquement se lamente :

Morne Esprit, autrefois amoureux de la lutte,
L'Espoir, dont l'éperon attisait ton ardeur,
Ne veut plus t'enfourcher ! Couche-toi sans pudeur,
Vieux cheval dont le pied à chaque obstacle butte,
Résigne-toi, mon cœur ; dors ton sommeil de brute.

LE GOUT DU NÉANT.

De cet ennui par épuisement se rapproche singulièrement l'ennui des impuissants, des rêveurs ; l'ennui par manque de variété et par défaut de puissance dans les facultés..... Ces impuissants sont en effet des épuisés, mais des épuisés de naissance. Ils viennent au monde avec leur ennui. Ces épuisés de naissance sont souvent faibles de corps et ardents d'esprit, ils souffrent alors de ne pouvoir réaliser leurs aspirations.

Faibles d'esprit, ils ne peuvent avoir la netteté suffisante de la pensée ; ils ne savent pas exprimer avec précision ce qu'ils veulent. Ils rêvent et ils s'ennuient.

C'est encore l'ennui du raté, qui dans son état mental possède assez de force pour concevoir et trop de faiblesse pour exécuter ; l'ennui de ces artistes

qui croient porter dans leur esprit des chefs-d'œuvres, toujours noyés dans l'alcool, toujours englués dans leur paresse. Leur ennui, c'est le résultat de leur impuissance à passer de l'idée à l'acte. Il y a quelque chose de détraqué dans leur arc réflexe supérieur.

Dans la même classe d'ennui, nous pouvons mettre l'ennui des vies manquées et des vies frappées d'infériorité.

L'Ennui par monotonie

La monotonie est une cause courante d'ennui, cause perpétuelle, et nous passons le meilleur des temps à lutter contre elle. La monotonie comprend l'immobilité et la répétition ; sous ces deux formes, elle s'oppose à la vie qui est le besoin de mouvement et le besoin de nouveauté. L'ennui est le produit de la vie ralentie, mal alimentée, non stimulée ; partant, il est une suite directe de la monotonie. Plus un être est vivant, doué d'ardeur, plus il est avide d'action où il s'étende, de sensations neuves qui le maintiendront en élan et en joie.

Mais, dira-t-on, n'y a-t-il pas des états de monotonie qui sont aimés pour eux-mêmes, voulus pour ce qu'ils enferment de prévu, de répété et qui nous donnent par cela même une impression parfaitement douce de paix, de sécurité ?

C'est une monotonie savourée comme exquise, qui

a dicté la parole du moine : *Cella continuata dulcescit* ; elle est envisagée comme délicieuse la monotonie des horizons immuables et des pas comptés que le poète appelait par ce vœu :

Naitre, vivre et mourir dans la même maison.

(TARDIEU).

Il faut bien tenir compte que l'ennui par mélancolie n'appartient guère qu'aux cerveaux un peu élevés, qui savent réfléchir. Il est encore créé par une sensation de faiblesse, d'impuissance à sortir d'un même cercle où l'on roule, où l'on tourne toujours comme un cheval de meule avec des œillères au front.

L'homme, dit Taine, dans *Les Opinions de M. Thomas Graind'Orge*, doit passer sa journée à chasser, se lever tôt, se coucher tard ; mais le soir, savoir sa pitance assurée, perdre un moment à réfléchir sur lui-même et sur les autres.

Seul, l'homme qui sait réfléchir ainsi est douloureusement frappé par la monotonie de l'existence. Il cherche le divin, le nouveau et ne trouve que des faits, des faits toujours les mêmes et se rapportant toujours à la lutte. Il cherche la poésie, mais c'est une « invention », c'est une « fausseté », et il ne lui reste devant la vie et ses faits répétés, d'exacte que cette formule de Le Dantec : « Etre, c'est lutter, et vivre, c'est vaincre. »

L'homme du peuple, au contraire, n'éprouve guère cet ennui par monotonie. Il est pris en plein courant des faits et n'a pas le temps de se retourner pour

juger du chemin parcouru. La répétition des mêmes faits finit même par créer chez l'imbécile cette sorte de bonheur négatif qui est l'absence de douleur, l'absence de réflexion douloureuse. Obligé de vivre régulièrement, de faire telle chose de telle heure à telle autre, l'imbécile vit de façon réflexe et jouit de ce grand privilège qu'ont les réflexes de s'accomplir sans douleur.

L'Ennui par satiété

L'ennui naissant de la satiété, de l'excès de richesses, « d'un rassasiement glouton du désir », il arrive souvent que ceux qui s'ennuient sont des riches. Le bien-être crée la joie, la richesse exagérée souvent l'ennui, comme l'alcool qui, à faible dose, est un ralentisseur de la dénutrition, fortifie, et à forte dose déprime. C'est l'histoire classique de la relativité du bonheur, le berger étant souvent plus heureux d'un peu de paille dans ses sabots qu'un roi de la possession d'une nouvelle province. C'est le cas de répéter avec Musset :

L'homme est un apprenti ; la douleur est son maître,
Et nul ne se connaît tant qu'il n'a pas souffert.

Scherer, dans ses *Etudes de littérature contemporaine*, dit : « Il est certain que l'ennui suppose une civilisation avancée, une société riche et paisible, une existence sans travail et sans désir. Il faut, pour

le connaître, de la fortune, du loisir, des jouissances. C'est donc, en effet, le mal des gens heureux... ou de ceux qu'on appelle ainsi. »

L'ennui par satiété, c'est l'ennui de M^{me} de Maintenon, écrivant : « Que ne puis-je vous donner mon expérience, que ne puis-je vous faire voir l'ennui qui dévore les grands et la peine qu'ils ont à remplir leurs journées ! »

« La satiété, a-t-on dit, est une réplétion exagérée qui a entraîné le dégoût. Il est des cas de satiété accidentelle, expérimentale, pour ainsi dire, qui ne vont pas jusqu'à éveiller l'ennui ; ainsi l'état de plénitude qui suit un repas trop copieux ou l'ingestion démesurée de boissons agréables ; et cependant, s'il y a fatigue des organes surchargés, ne voit-on pas s'esquisser la philosophie amère de la nausée, les retours sur soi découragés qui sont la rançon des lourdes ivresses ? »

Cet ennui par satiété est l'ennui des gens qui font de l'embarras gastrique ou de l'ictère *a crapulo*. C'est l'ennui de ces gens qu'on a décrits sous le nom de « déséquilibrés du matin ». Ils se lèvent la langue blanche avec un cercle autour du front, et il faut attendre une ou deux heures avant que leur esprit soit dispos. Il semble que les substances alimentaires brûlent mal chez eux.

L'ennui par satiété est encore une variété d'ennui

par épuisement. Le riche est malheureux parce que sa faculté de sentir vivement est épuisée. Il l'a fatiguée par des jouissances trop répétées et trop exagérées.

Chez le pauvre, les moindres choses peuvent créer de grandes joies, alors que chez les puissants des « plaisirs » affinés n'excitent que l'ennui.

Schopenhauer, dans ses *Aphorismes sur la sagesse dans la vie*, a très judicieusement décrit cela.

« Les magnificences, dit-il, sont pour la plupart de pures apparences, comme des décors de théâtre, et l'essence de la chose manque. Ainsi, des vaisseaux pavoisés et fleuris, des coups de canon, des illuminations, des cymbales et des trompettes, des cris d'allégresse, etc., tout cela est l'enseigne, l'indication, l'hiéroglyphe de la *joie*; mais le plus souvent la joie n'y est pas : elle seule s'est excusée de venir à la fête. Là où réellement elle se présente, là elle arrive d'ordinaire sans se faire inviter ni annoncer; elle vient d'elle-même et *sans façons*, s'introduisant en silence, souvent pour les motifs les plus insignifiants et les plus futiles, dans les occasions les plus journalières... En général, ces fêtes et ces réjouissances portent toujours en elles quelque chose qui sonne creux ou, pour mieux dire, qui sonne faux, précisément parce qu'elles contrastent avec la misère et l'indigence de notre existence, et que toute opposition fait mieux ressortir la vérité. »

L'Ennui aux différents âges de la vie

« Les périodes successives de notre existence, dit Tardieu, qui nous font des visages fort différents, sont aisément séparables; elles se distinguent jusqu'à s'opposer, et il arrive que le *moi* d'aujourd'hui tourne le dos à celui d'hier, le méconnaisse, le renie; nous jouons tour à tour plusieurs personnages qui sont costumés chacun à leur guise; et à nous rappeler nos *moi* qui se critiquent et se méprisent, la file de nos figures laissées en route, nous soupçonnons dans le fond même de notre vie un singulier besoin de transformation et de métamorphose. »

L'ennui de l'*enfant* est de race inférieure. C'est simplement l'ennui des besoins et des réflexes contrariés. L'enfant pleure parce qu'il souffre, et crie parce qu'on lui refuse ce dont il a besoin et ce qu'il veut. Un point, c'est tout. Pourtant, il est des enfants à hérédité morbide chargée qui, dès leur plus jeune âge, sentent peser sur eux cet ennui mortel du dégénéré. Ils ont vite la sensation du néant de la vie, réfléchissent trop tôt et mal, et c'est ainsi que l'on assiste de temps en temps (en Allemagne en 1906) à des épidémies de suicides d'écoliers.

L'ennui de l'*adolescent* est vague, indécis. L'ébauche d'homme se constitue. Il y a des secousses dans

l'accroissement et la physiologie des organes ; c'est le moment de l'hypertrophie passagère de croissance du cœur, le moment où le larynx s'accroissant brusquement, la voix mue ; le sens génital s'éveille et, avec lui, les désirs vagues, les besoins organiques confusément sentis.

Comme les divers organes, l'esprit mue.

« L'adolescent est sur le seuil de la vie, il la pressent, il la devine ; elle sera demain son royaume où il est sûr de régner ; il attend, il s'interroge ; qu'il fasse de cette attente un rêve charmant et léger. L'ennui commence à l'impatience, aux déflorations brutales inconsidérées ; n'est-ce pas l'âge ingrat et gauche où les audaces sont des maladresses, où les paroles et les gestes manquent de musique et de beauté ? Qu'il attende ! *Demain* sera sa baguette magique ; la nature fera son coup de théâtre. »

L'ennui du *vieillard* est causé par l'impression qu'il a de décroître, de diminuer. La peau se ride, l'organisme se prive de son eau. Les organes, moins plastiques, ne savent plus se plier aux sensations nouvelles... Le cerveau, lui aussi, diminue de vitalité et on souffre de l'usure que l'on voit sans pouvoir l'éviter.

L'Ennui chez la femme

Cet ennui, malgré les études qu'en ont faites certains auteurs, se prête peu à la synthèse.

« La femme, dit Tardieu, est tenue de vivre subordonnée. »

Mais ceci n'est vrai que pour la femme du peuple ; et encore cette subordination engendre-t-elle souvent, non l'ennui, mais simplement l'absence de contribution à la lutte active pour l'existence. Si, dans ces cas, la femme *subordonnée* n'a pas la joie de la lutte active, elle n'en a pas non plus la fatigue et la tristesse.

L'ennui de la femme tire plutôt sa caractéristique de ce qu'elle est tout entière imagination, sensibilité, caprice. Se confiant à ses espoirs naïfs, la vie la malmené incessamment.

« Brouillée avec le réel qui est abominable, elle bâtit des palais dans le rêve, elle enfourche des chimères ; elle n'aime ni le lieu où elle est, ni l'objet qui est sous sa main, ni la destinée qui est la sienne ; elle jette son anneau à l'inconnu ; ses désirs ont des vols d'hirondelles qui s'en vont vers les cieux lointains ».

L'ennui de la femme est instable comme son esprit et se rapproche souvent de l'ennui de l'enfant. L'ennui, chez elle, n'est souvent que de la contrariété.

Nous signalons ici une variété d'ennui qui apparaît chez elle pendant la grossesse. Ce sont les idées mélancoliques de la grossesse. La forme dépressive des troubles mentaux de la grossesse est, en effet, très fréquente... « Les femmes présentent des idées mé-

lancoliques ; elles sont découragées, ont des hallucinations, avec idées de suicide et même d'infanticide. » (A. Voisin).

« La plus importante des causes de cet *ennui*, de cette mélancolie, est *l'hérédité*. » (Marcé, Ball, Gilbert Ballet.)

« Presque toutes les femmes qui présentent ces manifestations délirantes ont des ascendants ou des collatéraux ayant présenté des troubles mentaux ; chez une femme ainsi prédisposée, il suffit de la moindre cause occasionnelle (émotion vive, frayeur) pour que les accidents éclatent : on peut incriminer aussi l'anémie gravidique ou, au contraire, les congestions encéphaliques qu'on observe au cours de la grossesse. » (Ribemont-Dessaignes).

Mais ici, nous entrons de plein pied dans la *pathologie*.

DEUXIÈME PARTIE

Etude Pathologique de l'Ennui

ET DES DOULEURS MORALES

Pour faire une revue d'ensemble des tristesses morbides, force nous est de revoir presque toute la Psychiatrie en entier.

Nous suivrons la classification de notre maître, M. le professeur Rémond.

Il divise les maladies mentales en :

I. — **Polio-encéphalites** (maladies de la cellule cérébrale.)

A). — Traduisant une *insuffisance cellulaire passagère* (mélancolie, manie, délires aigus : cauchemars, subdélire, délire des pyrexies, délire aigu, délire des intoxications, y compris la psychose poly-névritique et la confusion mentale).

B). — Traduisant un état tel que la cellule est constamment en imminence d'insuffisance et présente de *l'insuffisance périodique* (folies périodiques et folies circulaires ; folies des névroses constitutionnelles : neurasthénie, hystérie, épilepsie) ; folie des dégénérés.

C). — Ayant déterminé une *insuffisance définitive* (naturellement cette insuffisance pourra n'intéresser qu'une partie du cerveau : incomplets ou dégénérés ; invertis sexuels, impulsifs, obsédés ; imbéciles, idiots).

II. — **Leuco-encéphalites** (maladies des prolongements de la cellule : délire chronique, paranoïas).

III. — **Encéphalites totales.** — Paralysie générale ; démences : précoce, sénile, terminale.

Mélancolie

C'est ici le cas typique de la tristesse par insuffisance cellulaire.

Cette insuffisance cellulaire a été nettement mise en évidence par Nageotte, Ettlenger et notre maître M. le docteur Rémond.

« De même qu'il existe des insuffisances rénales ou hépatiques, dit notre maître, de même en psychia-

trie, pour être logiques, pour faire concorder la pathologie mentale avec toute la pathologie, nous pouvons et nous devons admettre des états d'imminence morbide de la cellule nerveuse. L'insuffisance de la cellule nerveuse peut exister sans que cet élément présente un changement de structure. Cela est surtout vrai pour les troubles élémentaires de nutrition résultant d'un apport sanguin insuffisant. La diminution des aptitudes dynamiques au cours de l'inanition ne traduit pendant longtemps aucune altération organique visible. Lugaro, Chiozzi, chez des chiens soumis à l'inanition, n'ont commencé à trouver des altérations de la cellule nerveuse qu'à partir du soixante-deuxième jour. » (Rémond, de Metz.)

La mélancolie, ou plutôt les *états mélancoliques* sont variables : on passe de la dépression simple, de la mélancolie simple à la mélancolie délirante et à la mélancolie anxieuse.

Voici la *dépression simple*, telle que la décrit Masselon. — « L'accès de dépression débute par une phase de tristesse vague et d'abattement ; les malades n'ont plus le goût du travail, se sentent fatigués par le moindre effort, ont de la peine à rassembler leurs idées, tout mouvement, toute activité leur est pénible. Ils sont sous le poids d'une tristesse vague, d'un sentiment pénible de lassitude et de découragement. »

« L'élément douleur, dit Dumas, n'est pas absent de la mélancolie passive ; mais il n'existe pas à l'état

aigu et isolé et sous forme de douleur morale. Il est confusément perçu ; il apparaît comme mêlé confusément à d'autres sentiments organiques que nous appelons pour cela pénibles et dont la mélancolie passive n'est que la sommation. » Toute l'attitude exprime cet état : traits relâchés, membres pendants, mouvements rares et lents. Le malade est obligé de faire un effort pour exécuter les actes les plus simples, pour se lever, pour marcher, et cet effort lui est pénible : il semble qu'il ait, à chaque instant, à vaincre une résistance insurmontable. Souvent, d'ailleurs, l'effort n'est pas suivi d'effet, le mouvement, en apparence voulu, n'est pas accompli.

La parole est monotone, chuchotée, pleurarde. Le malade met un certain temps pour répondre aux questions ; la compréhension est lente, l'élaboration des idées plus lente encore. Cette lenteur de toutes les réactions intellectuelles et motrices, cette inertie générale, ce *ralentissement physique* en un mot, caractérise essentiellement la dépression mélancolique.

A côté, se rencontre l'*aboulie* : le déprimé reste inactif des journées entières, n'ayant plus de goût à rien, ne voulant plus rien, se désintéressant de tout ce qui l'intéressait jadis, délaissant ses affaires. On a beau l'inciter à une vie plus active, il fait bien quelques efforts pour se remuer, pour agir, mais ses efforts ne sont pas couronnés de succès et le malade retombe rapidement dans son inertie première.

L'état de dépression s'accompagne d'un certain

degré de conscience : le sujet sent que quelque chose est changé en lui et qu'il est malade. Certains mélancoliques l'expriment à merveille : « Je n'ai jamais d'idée claire, dit Valentine (1), je me fatigue à chercher mes idées, je voudrais comprendre, et cela m'est impossible... Je n'arrive pas à m'exprimer comme je voudrais. Ma mémoire a disparu. Tous mes souvenirs me semblent lointains. On me dit que j'ai perdu mon mari l'an dernier, je m'en souviens à peine... Tout ce que je pense est à l'état vague... Je vis constamment comme dans un rêve... J'agis comme une mécanique, sans me rendre compte. »

Un autre malade de Masselon décrit les débuts de sa maladie en ces termes : « Alors apparurent des maux de tête violents, des faiblesses, des vertiges, puis, au moral, une tristesse très grande, un découragement profond, un dégoût de tout, un besoin très grand de me trouver tout seul, loin du monde, du mouvement, de l'agitation. Rester au lit me semblait la seule chose désirable, ainsi que l'absence de pensée... »

Tous les malades n'ont pas une conscience aussi éclairée de leur état ; beaucoup n'en ont qu'un sentiment pénible, confusément perçu.

Les premiers peuvent être classés dans la mélancolie avec conscience, comme l'ont fait certains auteurs. Mais cette division me semble un peu factice,

(1) Malade de Masselon.

car cette acuité de conscience n'est peut-être que le résultat d'une activité intellectuelle plus accentuée ou d'habitudes antérieures d'analyse personnelle, grâce auxquelles le malade se rend mieux compte du trouble qui l'envahit et le décrit plus exactement.

L'état de dépression ne se limite pas aux domaines intellectuel et volontaire, il envahit aussi l'affectivité ; tous les sentiments sont émoussés, l'émotivité est affaiblie : « Je n'ai plus de chagrins, plus de peine, écrivait Valentine (malade Masselon) ; je n'éprouve plus rien. Je ne sens ni joie, ni tristesse. Tous ces mots, je les prononce, mais je ne les comprends plus. C'est le vide dans mon cerveau. Je ne me rends même pas compte de ce que sont mes enfants ; on dit qu'on aime ses enfants, moi je n'éprouve aucun sentiment pour eux.

« Je ne comprends plus rien aux sentiments. »

L'état de dépression s'étend donc à toute la vie psychique.

Il peut rester stationnaire, et la dépression simple constitue toute la maladie, comme on l'observe souvent dans les formes dépressives de la folie périodique, ou bien l'anxiété vient s'y joindre, et alors se trouve réalisée la mélancolie anxieuse.

OBSERVATION I

(Recueillie par M. Voivenel, interne)

Mélancolie chez une jeune fille prédisposée. — Amélioration légère par l'opium (Laudanum de Sydenham).

Jeanne X..., 22 ans, entrée au service des maladies mentales en 1904.

Sa mère avait eu des phénomènes morbides au point de vue psychique, quoique jamais internée (idées de suicide, de destruction). Avait manifesté l'intention de mettre le feu à la maison et « de disparaître avec ».

La malade, née à terme, n'a pas eu de maladies infectieuses ; intelligente dans son enfance, règles normales.

Pas de déformation crânienne et faciale ; rien au poumon, rien au cœur, parole normale.

Au point de vue psychique, a toujours fait preuve d'intelligence ; très adroite de ses mains, aimait à travailler,

Depuis un an, à la suite d'un excès de travail, apparition d'idées mélancoliques. Tristesse ; puis, peu à peu, idées d'indignité.

La malade continue à travailler. L'état morbide mental s'accroît, et des idées délirantes apparaissent.

Tout ce que fait la malade est mal. Elle se dit enceinte et manifeste l'intention de s'étrangler.

A son entrée à la clinique, la malade gémit et demande à mourir : « Tout ce que je fais est mal... Je suis enceinte... »

L'examen de la vulve démontre l'existence d'un hymen intact.

On institue, dès le surlendemain, le « traitement par l'opium ».

Laudanum de Sydenham : 5 gouttes.

On augmente de 5 gouttes par jour jusqu'à 50, pour redescendre ensuite de 5 gouttes par jour.

A partir de 35 gouttes, la constipation fut difficile à combattre.

A 40 gouttes, sensation de brisement, mal aux reins, douleurs de ventre.

Amélioration légère ; mais, après 40 jours, l'état mental n'est pas assez amélioré pour permettre de rendre la malade à sa famille.

OBSERVATION II

(Recueillie dans le service des maladies mentales de Toulouse, par M. Voivenel, interne.)

R... (Suzanne), 47 ans, ménagère, entre à la clinique, le 3 novembre 1903, pour mélancolie.

Antécédents héréditaires. — Mère morte par suicide à 45 ans. Un oncle également.

Père mort subitement dans la rue à 70 ans. Buteur.

Antécédents collatéraux. — Un frère mort en juillet dernier d'un cancer intestinal.

Antécédents personnels. — On ne peut avoir des renseignements sur son enfance et son adolescence.

Réglée à 17 ans. Les premières menstrues sont accompagnées d'une anémie légère. Apparition de névralgies dentaires fréquentes. Était très peureuse.

Mariée à 28 ans. — Trois grossesses :

Première, à 30 ans : normale.

Deuxième, à 33 ans : normale.

Troisième grossesse : gémellaire. Grossesse douloureuse, suivie d'un peu de fièvre puerpérale : deux filles, une morte à 4 mois d'entérite. Cette grossesse amena, au dire de la malade, de notables changements dans sa santé habituelle et dans son caractère.

Elle remarque surtout l'apparition de migraines fréquentes accompagnées ou non de vomissements. Hémorroïdes à la suite de ses grossesses.

Les règles furent toujours régulières, mais toujours accompagnées de coliques violentes, qui précèdent leur apparition. Pertes blanches et jaunâtres.

Dit avoir été assez sensible aux variations atmosphériques. Irritabilité assez marquée. Pas de crises nerveuses. Elle est aujourd'hui moins peureuse que pendant son enfance et sa puberté.

Causes de la maladie actuelle. — Dit avoir eu un grand chagrin à la mort de sa mère, il y a environ vingt-cinq ans. Elle ne veut pas avouer que sa mère s'est suicidée et ce n'est que par un subterfuge que la sœur du service peut lui arracher cet aveu. A l'époque où se passa cet événement, elle fut troublée tellement, qu'elle resta malade pendant un mois, et fut soignée à l'Hôtel-Dieu. Elle avait alors dix-sept ans.

La psychose actuelle ne semble donc pas être une affection première. Elle semble avoir son point de départ, en juillet dernier, à la mort de son frère causée par un néoplasme intestinal. La malade devient de plus en plus irritable, se met en colère au moindre prétexte, pleure sans raison. Elle dort peu et quand elle se réveille crie souvent sans savoir pourquoi.

Elle se plaint que chez elle on la dédaigne. Son sommeil est entrecoupé de cauchemars.

Maux de tête fréquents. Névralgies dentaires.

Elle arrive aussi à se trouver très malheureuse, et, à plusieurs reprises, elle a cherché à se suicider. Une première fois elle voulut se pendre. Puis elle chercha plusieurs fois à se noyer.

Instinct de la conservation. — Mange peu. A cherché plusieurs fois à se suicider. Reconnaît avoir eu tort de faire cette tentative qui aurait, dit-elle, déshonoré sa famille.

Idéation et conscience. — « J'étais poussée à me jeter à l'eau, dit-elle, mais en réalité, si j'avais voulu le faire, je n'aurais pas hésité comme je l'ai fait. » Elle ne dit pas se rappeler avoir attenté plusieurs fois à sa vie. En réalité, elle le dissimule, car elle l'avoue ensuite à la sœur. Se trouve actuellement très malheureuse, et a conscience d'avoir commis une action qu'elle regrette amèrement. Quand on l'interroge, elle répond d'une façon un peu distraite.

Sa mémoire paraît confuse. Elle parle toujours de ses règles qui sont, dit-elle, sur le point de venir, elle demande à la sœur de laisser venir quelqu'un de sa famille qui lui portera les linges dont elle a besoin.

Paraît déséquilibrée de la volonté. Elle est toute la journée au pied de son lit, ne pense pas à travailler ou à se distraire, a conscience de sa déchéance morale.

On commence le traitement, par l'opium, le 7 novembre.

On commence à 5 gouttes par jour de laudanum de Sydenham, jusqu'à 50 gouttes, en augmentant de 5 gouttes par jour, puis, en redescendant, de 5 gouttes par jour.

7 novembre. — Le matin, la malade dit qu'elle est enceinte,

qu'il faudra la conduire à la maternité. Elle demande qu'on laisse venir son mari qui doit lui porter des linges, car ses règles vont venir.

Mêmes idées le soir quand on la conduit au bain. Elle demande ce qu'il faudra faire si ses règles lui viennent pendant qu'elle sera dans l'eau.

Dans la journée, elle nie avoir dit qu'elle était enceinte. Se plaint toujours de coliques. Pertes jaunes. Ne se laisse pas examiner au point de vue utérin : Sulfonal : 0,30 centigr.

9 novembre. — La malade a passé une mauvaise nuit. Agitation. Elle devient de plus en plus mélancolique : Sulfonal : 1 gramme.

10 novembre. — Nuit meilleure ; coliques moindres. La malade se plaint que le bain la fatigue beaucoup. Mélancolie profonde. Pas d'envie de travailler. La malade reste seule et pleure souvent.

12 novembre. — Même idée fixe que ses règles vont venir incessamment. La malade demande sans cesse à ne pas aller au bain. On le lui accorde pour aujourd'hui. Elle demande pourquoi son mari ne vient pas la voir. Ne se livre à aucune occupation.

14 novembre. — Apparition des règles, d'ailleurs peu abondantes. La mélancolie est toujours la même et l'apparition des menstrues n'amène aucune détente. Se plaint toujours qu'on ne vient pas la voir. Demande encore à ne pas aller au bain à cause de ses règles.

18 novembre. — Toujours sombre. Pendant la visite, suit sans cesse le médecin pour lui demander de ne pas aller au bain, protestant toujours ses règles.

19 novembre. — Cessation des règles. La malade a grand-peur d'aller au bain. Demande pourquoi personne n'est

encore venu la voir. En parlant d'une autre malade, elle dit : « Cette dame est moins malade que moi ; elle partira plus tôt. Moi, je ne suis pas folle, mais je suis comme idiote. C'est malheureux à dire. »

On lui dit de travailler pour se distraire. On la menace du bain si elle ne travaille pas. « Je travaillerai, dit-elle. » Elle s'occupe un peu à tricoter. Demande de nouveau dans la soirée pourquoi on ne vient pas la voir.

24 novembre. — Est beaucoup mieux depuis la veille. On est venu la voir et cela lui a fait beaucoup de plaisir. Depuis ce jour, elle n'a plus manifesté les craintes qu'elle avait auparavant. Elle s'occupe toujours à tricoter.

7 décembre. — L'amélioration ne s'est pas maintenue et la malade est redevenue mélancolique. Elle travaille cependant dans la journée, mais elle a toujours des idées d'indignité. Elle considère presque comme un déshonneur d'être entrée en observation. Elle pleure quelquefois. Cependant l'appétit est bon et le sommeil aussi.

8 décembre. — Herpès labial. Même état mélancolique. Apparition des règles. Douleurs abdominales.

Du 8 au 13 décembre. — Le même état persiste pendant ces quelques jours.

La malade est évacuée à l'asile de Braqueville le 13 décembre 1903.

OBSERVATION III

(Prise dans la clinique des maladies mentales de Toulouse, par M. Lagriffe, interne.)

B... (Euphrasie), 51 ans, entrée le 22 novembre 1898.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 78 ans de broncho-

pneumonie ; mère morte à 70 ans d'une attaque, était paralytique.

Antécédents personnels. — Née à terme ; nourrie au sein ; mal réglée dans sa jeunesse. Depuis avril, ménopause.

A 21 ans, mal au ventre, cautérisations. A 37 ans, nouveau mal au ventre, nouveau traitement par une sage-femme. Il y a 14 mois, à la suite d'un froid, douleurs au bas-ventre.

« Je souffre, dit-elle, du « petit ventre » ; et elle nous indique la symphyse pubienne au niveau de laquelle nous ne constatons rien. — Avez-vous des pertes ? — « Quelquefois, mais pas beaucoup. » — Sont-elles blanches ou rouges ? — « Blanches. » — Ventre souple, non douloureux.

Au toucher, col dur, déchiré, non douloureux, pas plus que les culs-de-sac.

La malade ne souffre pas pendant les mictions, il n'y a pas de pus dans les urines.

Cette malade serait entrée en août dernier dans le service de M. Chalot, remplacé alors par M. Sécheyron. Elle raconte que, au bout de quelque temps, elle quitta le service, n'ayant pas voulu se laisser opérer.

Au début de novembre, elle entre chez M. Jeannel. Il y a lieu de s'étonner de cette détermination, puisqu'elle redoute à ce point une opération ; or, elle nous répond qu'elle n'entrait point dans le service avec l'intention de se faire opérer, mais afin d'être soumise à un traitement interne et à des applications de topiques.

Lorsqu'elle entre à la clinique d'observation des maladies mentales, le premier mot de cette femme est, en effet : « Je ne veux pas être opérée. » Elle refuse de se laisser mesurer, croyant à un stratagème, s'effraie beaucoup lorsqu'elle voit un compas d'épaisseur et se refuse énergiquement à presser le

dynamomètre qu'elle ne veut même pas toucher. Lorsque nous lui fermons les yeux pour vérifier l'état de la sensibilité, elle résiste beaucoup, puis refuse catégoriquement : « Oui ! je sais ; vous voulez m'endormir pour m'opérer. Je ne veux pas. »

Son idée résiste à toute explication : « Vous êtes ici dans un service où l'on n'opère pas, et d'ailleurs, on n'opère jamais les gens qui ne le veulent pas, lui dit-on. — Oh ! si, Monsieur, je le vois bien, on en parle, on en a parlé ! » Et pour elle, toute personne qui entre dans la salle vient pour l'opération. Tout geste, toute parole alimentent son obsession ; tout visage nouveau est celui d'un opérateur, et elle se plaint, gémit : « On va m'opérer, je le vois bien, on me l'a dit ! — Qui vous l'a dit ? — Une femme. »

Et elle montre une malade du service qui, interrogée, affirme n'avoir rien dit.

A part cette idée fixe, la malade raisonne bien, aussi bien que peut raisonner une paysanne crédule et simple.

Le soir, elle refuse tout aliment.

23 novembre. — Insomnie complète. Plaintes et gémissements toute la nuit. L'idée fixe a persisté. Isolement. *Chloral* : 2 grammes. On éprouve beaucoup de peine à lui faire prendre un verre de lait et un peu de bouillon.

24 novembre. — Même insomnie, mêmes plaintes.

Au matin, et en raison de l'état saburral des voies digestives, on lui fait prendre 30 grammes d'huile de ricin. Pendant toute la journée, elle n'a accepté que trois verres de lait et un peu de bouillon. Les plaintes sont incessantes.

Seule dans sa chambre, nous la voyons près de la porte, en chemise, les mains jointes, appelant M. Chalot.

Nous entrons.

— « Que voulez-vous à M. Chalot ?

— Je veux lui demander pardon ; je lui ai « manqué » et c'est pour cela qu'il veut m'opérer.

— Mais M. Chalot n'est pas là.

— Si, il est au jardin.

— L'avez-vous vu ?

— Non, je ne l'ai pas vu, mais je sais qu'il est là.

— Qui vous l'a dit ?

— Mon frère.

— Quand avez-vous vu votre frère ?

— Je ne me le rappelle plus, mais il est venu tout à l'heure.»

25 novembre. — Sommeil de 9 heures à minuit. A ce moment commence à appeler M. Chalot. Après avoir vu l'aumônier dans la soirée, elle a été plus tranquille ; elle a pris sans difficulté du lait et du bouillon.

26 novembre. — Sommeil de 9 heures à minuit. A partir de minuit, elle a recommencé ses plaintes, ses lamentations, ses demandes de pardon.

Le matin elle nous dit : « C'est du ciel que me viennent tous mes malheurs ; c'est le démon qui m'envoie cela. »

Il est toujours question d'opération et de M. Chalot.

Chloral : 2 grammes.

Laudanum de Sydenham : XXX gouttes.

Vin..... 120 »

Potion de Iodd, lait et Bouillon.

27 novembre. — Hier soir, agitation considérable. Insomnie, sauf de minuit à une heure.

28 novembre. — Insomnie, plaintes toute la nuit. « On va me faire rouler ». Il est plus difficile qu'autrefois de fixer l'attention. Le raisonnement n'a plus aucune prise sur elle. Elle accuse toutes les personnes du service d'être complices des gens qui veulent la faire mourir.

29 novembre. — Même état ; les plaintes sont moins fortes. La malade est plus recueillie. Elle dit qu'on veut la faire mourir. Elle l'a entendu dire, elle ne sait par qui.

30 novembre. — Nuit très calme. Pas de plaintes ; n'a pas voulu manger le soir.

1^{er} décembre. — Plaintes toute la nuit, mais peu fortes. Refuse absolument de manger.

« Ne me coupez ni bras ni jambes. Faites-moi tout ce que vous voudrez, mais pas ça. »

— « Mais vous savez bien que je ne veux rien vous faire et que d'ailleurs jusqu'ici je vous ai laissé tranquille. »

— « Ce n'est pas vous, ce sont les internes qui sont là » et elle désigne un endroit qu'elle ne peut préciser et qui est situé au-delà de sa chambre. Nourrie à la sonde.

Depuis le 25 novembre, la malade a de l'*extrait thébaïque*. On a commencé à 1 centigramme en augmentant de 1 centigramme par jour.

Dans la mélancolie anxieuse, l'anxiété apparaît généralement après une phase de dépression simple. Depuis un temps plus ou moins long, les malades sont tristes et abattus lorsque se développe la douleur morale aiguë. Parfois, cependant, l'anxiété survient brusquement lorsque la maladie succède à un choc émotionnel violent.

Quoiqu'il en soit, l'anxiété n'est généralement pas continue : elle procède par crises, dans l'intervalle desquelles on observe soit un état de douleur morale moins violent, soit de la dépression simple, soit même une lucidité et un calme relatifs.

Les accès d'anxiété éclatent tantôt subitement, sans que l'on puisse leur découvrir de cause rationnelle ; tantôt progressivement, lorsque l'on cherche à stimuler le malade, à lui faire accomplir un travail quelconque. Dans le premier cas, le sujet est généralement incapable d'expliquer les causes de sa souffrance ; dans le second, il semble que la douleur aiguë dérive du sentiment que prend le malade de son état d'impuissance mentale.

Ce dernier mode de développement est très net dans l'observation suivante :

OBSERVATION IV

(Masselon)

Charles, 28 ans, entré à la maison de santé de Ville-Evrard (service de M. le Docteur Périeux), le 6 mars 1903.

A. H..., sœur atteinte de folie périodique.

A. P..., syphilis à l'âge de 20 ans.

Malade depuis deux ans : à la suite de surmenage, maux de tête, insomnies, sentiment de fatigue et de lassitude continuelles, dégoût du travail. Il quitte alors son métier de garçon de café, va à la campagne chez ses parents, cultivateurs, où il travaille pendant quelque temps, puis il devient de plus en plus sombre, ne fait plus rien, ne sort presque plus.

Cet état étant persistant, on l'amène à Ville-Evrard. Pendant son séjour à cet établissement, Charles conserve la même attitude : c'est un déprimé ; il reste immobile, ne parlant pas, ne bougeant pas spontanément, la tête penchée en avant, les mem-

bres flasques et pendants. Son attitude est légèrement figée, il marche avec effort, lentement, s'arrêtant souvent.

Il ne répond qu'avec une extrême lenteur à toutes les questions qu'on lui pose.

Parfois sa figure exprime la tristesse et la souffrance intérieure ; mais, le plus souvent, les traits ne révèlent qu'un état de concentration pénible.

Charles ne fait rien, ne s'intéresse à rien, ne cherche pas à sortir spontanément de sa torpeur ; mais, si on l'incite à le faire, si on veut lui faire préciser ses idées, ou bien simplement hâter sa marche, on le voit faire des efforts pénibles, généralement sans succès. Alors éclate une crise d'anxiété nettement caractérisée : le malade devient oppressé, ses traits se crispent, il se lamente, il se désespère ; il gémit : « Mon Dieu, mon Dieu, » puis quelques instants après, on l'abandonne à lui-même ; il retombe dans son immobilité première.

Ce malade est sorti non guéri, de l'asile, peu de temps après son entrée.

Le degré de la douleur morale est variable : parfois il s'agit d'un simple état de douleur sans réactions motrices intenses ; seules, les contractions des muscles du front, la crispation des traits indiquent que la tristesse vague, peu précise, du déprimé simple est devenue plus active.

On trouve ainsi tous les intermédiaires entre la dépression simple et la mélancolie anxieuse, comme en témoigne l'observation précédente, ce qui confirme l'opinion que la délimitation entre ces formes est plus tranchée en théorie qu'en fait.

L'anxiété proprement dite est accompagnée de réactions motrices et mentales, d'inquiétude, d'agitation. Le malade ne peut rester en place, va de droite et de gauche, cherche, veut savoir, veut s'expliquer la douleur qui le tourmente. Il pousse des cris, des gémissements, demande ce qu'il a fait pour souffrir ainsi, sanglote, se lamente. Dans les cas de mélancolie simple, cette anxiété et ces gémissements ne s'accompagnent pas d'idées délirantes : c'est un état affectif pur que le malade ne peut expliquer par des motifs d'ordre intellectuel. Mais, le plus souvent, le délire s'organise et la mélancolie anxieuse revêt la forme de mélancolie délirante.

OBSERVATION V

(Recueillie par M. Voivenel, interne)

Mélancolie anxieuse chez une paysanne de 48 ans, non améliorée par l'opium.

J... (Joséphine), 48 ans, entre à la clinique le 22 novembre 1906.

Depuis un an, date à partir de laquelle elle n'a plus ses règles, elle a été prise d'une tristesse d'abord muette, puis angoissée, l'angoisse se manifestant par des plaintes incessantes.

Insomnie marquée. La malade s'éveille souvent la nuit avec une grande angoisse.

Pendant la journée, la malade ne peut rester en place. Elle va d'un bout de salle à l'autre, couverte seulement d'un jupon,

sans bas, indifférente à la façon dont elle est habillée. Elle gémit et se lamente continuellement en patois. On l'entend fort bien du jardin de la clinique, même quand les fenêtres sont fermées. Quelquefois les plaintes s'exagèrent et se changent en cris perçants. Elle emploie à peu près toujours la même formule de désespoir et dit en patois : « Je suis damnée... Le démon s'est emparé de moi. Mon Dieu ! Mon Dieu ! »

Folie Circulaire

« Il s'agit d'une apparition alternante, cyclique, des types cliniques, mélancolique et maniaque, différant d'une mélancolie évoluant vers l'état de manie par le fait que, pendant longtemps et même pendant toute la vie, ils se succèdent tour à tour (Krafft-Ebing). »

L'alternance cyclique des deux états rappelle ce fait que chez beaucoup d'individus frappés d'une tare héréditaire un changement périodique entre la dépression et l'exaltation est habituel ; ceci indique qu'il serait possible d'envisager la folie circulaire comme une accentuation de cette alternance pathologique de l'état d'esprit. En effet, dans tous les cas où l'on a pu établir les conditions de l'ascendance, la folie circulaire s'est présentée comme une aliénation héréditaire dégénérative qui, de plus, éclate de préférence à la puberté ou à la ménopause.

Le fou circulaire a la tristesse analogue à la tristesse du mélancolique. Dans son stade de dépression, il a tout à fait l'allure clinique d'un mélancolique. La seule différence consiste dans ce fait que les phases de dépression alternent chez lui avec les phases de manie.

Nous donnons ici une remarquable observation de folie circulaire, due à Georges Dumas, et que nous reproduisons presque en entier, parce qu'elle donne parfaitement les caractères de la tristesse morbide du fou circulaire.

OBSERVATION VIII

Marie D... atteinte de folie circulaire, présente des périodes alternantes de tristesse et de gaieté.

Marie D. est née le 4 décembre 1861 ; elle a donc aujourd'hui 39 ans. Son hérédité est assez chargée ; le père prend de l'eau-de-vie à jeun, le matin ; il est de caractère emporté. La mère, également violente, use comme lui de l'eau-de-vie. Une sœur cadette a eu vers l'âge de trois ans des convulsions qui ont déterminé le strabisme ; une sœur plus jeune se porte bien. Dans les antécédents personnels, je relève la rougeole à trois ans, la coqueluche à quatre, des bronchites et des angines fréquentes. Marie a été réglée à treize ans et mariée à vingt ; à vingt-un ans, elle a eu son premier enfant. Très chétif à sa naissance, il se porte bien aujourd'hui, mais serait, d'après sa mère, d'un caractère très sensible. A vingt-trois ans, Marie accouche d'un second enfant qui meurt, à deux ans, de broncho-pneumonie ; à vingt-six ans, de deux jumeaux qui meu-

rent après sept et huit jours; à trente-deux ans, d'une fillette qui meurt de méningite à sept mois; à trente-quatre ans, elle fait fausse couche et expulse un fœtus de trois mois et demi.

Elle a fait plusieurs asiles avant celui de Ste-Anne; à vingt sept ans, elle est conduite à l'asile de Clermont, quelques mois après la mort de ses jumeaux et y reste cinq ans. A trente-un ans, après six mois de liberté, elle entre à l'asile de Villejuif, y reste six mois, et est transférée ensuite à Clermont où elle reste dix mois. Remise en liberté en novembre 1894, elle arrive à la clinique le 19 juin 1895.

Son mari la dit d'une intelligence médiocre et d'un caractère faible.

Elle ne savait pas diriger sa maison, mais elle n'a donné des signes d'aliénation mentale que vers novembre 1887, sept mois après la mort de ses deux jumeaux. Elle a commencé par se désintéresser des affaires du ménage, par rester apathique et indifférente; tout au plus sortait-elle, par intervalles, pour faire des visites au cimetière.

Quelques semaines plus tard, sans doute dans un moment d'excitation, elle a attiré chez elle un jeune homme de ses voisins et a exigé qu'il restât continuellement près d'elle. Son mari l'ayant envoyée à la campagne, chez ses parents à elle, elle ne s'y est pas trouvée mieux. Un soir, vers sept heures, elle a voulu sortir dans la rue, malgré son père qui a dû, pour l'en empêcher, l'attacher au pied de son lit. C'est de cette époque que date son premier internement.

En janvier 1895, son mari, qui l'avait reprise pour la deuxième fois, a remarqué très nettement chez elle deux périodes alternantes d'excitation et de dépression. Elle restait couchée ou assise huit ou dix jours, puis, pendant huit ou dix jours, elle sortait tout le jour, se prostituait aux passants et ne rentrait que le soir.

Son mari constate depuis cinq mois cette succession alternée lorsqu'il nous l'amène; il a pris cette décision à la suite d'une fugue de quinze jours faite par la malade dans la Seine-et-Oise. Elle vivait d'aumônes, couchant dehors, et se prostituait lorsque, prévenu par le maire de M..., il alla la reprendre.

Bien que les médecins qui ont vu Marie lui aient donné depuis 1887 des certificats contradictoires, le diagnostic n'est pas douteux. Nous avons affaire à une folie circulaire.

Elle a débuté, selon toute apparence, par l'accès de mélancolie qui s'est produit après la mort de ses deux jumeaux, et cet accès a été suivi, à peu d'intervalles, par un accès d'excitation maniaque et d'érotisme; mais le cycle devait être alors irrégulier, les périodes très variables de longueur et pas toujours très nettes. C'est ce qui explique que les médecins aient parlé tour à tour de dépression mélancolique, d'excitation érotique, de débilité mentale. En réalité, le cycle ne paraît établi que depuis le séjour à Villejuif et les derniers mois qu'elle a passés chez elle.

Aujourd'hui, la folie intermittente est aussi caractérisée que possible et, depuis le mois de juillet 1895, Marie présente deux accès alternants de tristesse et de joie ou plutôt de dépression triste et d'excitation joyeuse.

La durée des accès n'est pas absolument fixe; elle alterne entre 14 et 16 jours pour la dépression, 10 et 14 jours pour l'excitation; il y a eu pourtant, comme nous le verrons par la suite, de très notables exceptions à cette moyenne. La durée des périodes paraît indépendante de l'apparition des règles et ne s'explique par aucune cause connue.

L'accès de dépression commence brusquement. Agitée à midi, la malade peut être déprimée à une heure. Un jour où je l'examinais dans le laboratoire, j'ai remarqué tout à coup qu'elle répondait à mes questions d'une façon moins polixe

et surtout moins rapide; en même temps, l'expression du visage se modifiait. Une heure plus tard, la dépression était complète.

Malgré ce début si brusque, la dépression n'est pas toujours également profonde; elle est soumise à des variations légères.

Quelquefois elle varie d'un jour à l'autre; c'est ainsi qu'en juillet 1896, j'ai vu Marie alterner chaque jour, pendant près d'un mois, entre une dépression légère et une dépression profonde. En général, la dépression, très considérable dès les premiers jours, est maxima vers le sixième et diminue un peu à partir du dixième; la fin n'en est pas moins brusque que le début.

Le sommeil est assez bon pendant cette période. Ce qui la caractérise c'est une passivité générale et complète. Marie ne se lamente ni ne pleure, elle n'évoque pas d'idées tristes, elle ne songe pas, pour se les reprocher, aux fautes qu'elle a pu commettre, elle ne scrute ni le présent ni le passé pour y chercher des raisons de tristesse. Pourtant Marie est triste: ses gestes, son attitude, son expression de visage, les quelques paroles qu'elle prononce, tout l'indique. Elle manque de courage, dit-elle, elle est lasse dans tous ses membres, elle n'a plus de goût à rien, plus de force pour rien faire; elle éprouve sans cesse un sentiment de faiblesse et d'ennui. Et de fait, elle reste tout le jour immobile, assise sur une chaise, les mains aux genoux, les yeux au mur.

Elle se plaint généralement d'un mal de tête presque continu, d'un froid persistant dans toutes les extrémités, d'une faiblesse dans les jambes, d'une courbature générale et, sans doute, elle éprouve aussi ces sensations plus confuses qui se joignent au ralentissement de la respiration et de toutes les fonctions vitales.

Elle se sent également diminuée, affaiblie, dans sa vie psy-

chique, incapable de sentir, de penser, de vouloir comme autrefois. « Je ne peux pas m'intéresser, tout m'est égal, je ne sens plus, » dit-elle, et le sentiment de cette faiblesse concourt, avec les sensations précédentes, à renforcer la coenesthésie pénible.

Le ralentissement psychique, en particulier, n'est pas douteux et, sans le secours d'aucune autre science, la psychologie peut le mesurer.

La sensibilité physique est en général affaiblie. Pour évaluer cet affaiblissement, j'ai essayé de déterminer, pour chaque sens et dans les deux périodes, le minimum d'impression sensible. Ce minimum est en général surélevé dans la dépression.

Le champ visuel diminue d'une dizaine de degrés pour chaque œil, sur les parties latérales.

La vision des formes, mesurée avec l'échelle optométrique du docteur Parinaud, ne paraît pas sensiblement pour l'œil droit et pour l'œil gauche, ou du moins elle me semble si peu diminuée que je craindrais de céder à des idées préconçues en relevant cette diminution.

La vision des couleurs me paraît atteinte des deux côtés, mais légèrement; le vert, le bleu, le rouge, le violet et le jaune sont toujours très nettement distingués quand l'éclat est moyen ou même faible. C'est à peine si, dans les moments de mélancolie très profonde, j'ai pu noter quelques hésitations touchant les derniers tons du violet et du vert.

Pour déterminer le minimum d'impression auditive, je me suis borné à opérer avec la montre, en mesurant exactement la distance à laquelle la malade commençait d'entendre le tic-tac. J'ai toujours trouvé le même nombre, 1^m80 pour chaque oreille dans les deux périodes, soit que l'ouïe ne variât pas, en effet, soit que mon procédé d'investigation ait été trop grossier pour des variations légères.

Tristesse des Neurasthéniques

Les neurasthéniques sont, par leur tempérament même, comme prédestinés à la souffrance. On sait que celle-ci dépend de deux facteurs principaux : l'intensité de l'ébranlement et la sensibilité du sujet soumis à cet ébranlement.

La douleur résulte, en général, d'un ébranlement trop fort du système nerveux ; une onde nerveuse d'une trop grande intensité est le plus souvent douloureuse. Et c'est là le mécanisme de la douleur chez un sujet, quel qu'il soit ; mais (et c'est ici qu'intervient le facteur sensibilité), cette intensité maxima, au-delà de laquelle commence la douleur, varie suivant les individus.

Il y a une résistance nerveuse, variable pour chaque sujet, élevée chez les uns, moindre chez les autres. Est-il besoin de dire que pour ces derniers la zone douloureuse étant plus vaste, la douleur apparaît plus tôt que chez les premiers ?

Pour le névropathe, toute impression est cause de malaise ; à plus forte raison, tout mouvement est une fatigue ; ses nerfs, comme à fleur de peau, sont froissés au moindre contact ; l'accomplissement même des fonctions physiologiques, qui sont d'ordinaire le plus silencieuses, est pour lui la source de sensations sinon douloureuses, tout au moins pénibles. Pour

eux, le mot du fabuliste semble particulièrement vrai :

Un souffle, une ombre, un rien,
Tout lui causait la fièvre.

En revanche, il est vrai, leur capacité de sentir est tout aussi étendue du côté du plaisir que de la douleur ; la diminution de la résistance nerveuse rend leur cerveau plus perméable aux excitations extérieures, accessible à des excitations qui ne parviendraient pas à ébranler un organisme normal.

Nous sommes en présence, semble-t-il, d'un exemple remarquable de compensation ; de tels sujets paraissent regagner d'un côté ce qu'ils perdent de l'autre.

Et puisque leur aptitude à éprouver du plaisir est aussi grande que leur aptitude à ressentir de la douleur, on pourrait prétendre que, somme toute, ils ne sont pas plus mal armés que d'autres pour soutenir la lutte.

Il n'en est rien, pourtant ; leur existence n'est pas assez « tempérée ». S'ils restent soumis à la vie courante, où les impressions ont quelque vivacité, bien souvent même quelque violence, ils souffriront nécessairement, les sensations dites « agréables » devenant pour eux facilement douloureuses si elles sont trop intenses.

Il leur faut un milieu spécial, la « tour d'ivoire », où le bruit du dehors n'arrive qu'assourdi ; c'est pourquoi nous les voyons très souvent avides d'une

solitude qui leur donnera quelque repos. Mais si les nécessités de l'existence leur interdisent cette ressource, s'ils sont obligés de descendre dans la mêlée, de se soumettre à la lutte âpre, aux froissements multiples de la vie, s'ils ne peuvent abriter contre les chocs extérieurs leur délicatesse malade, nombreuses pour eux sont les chances de douleur, bien rares celles de plaisir.

Leur faiblesse les mènera rapidement au désespoir. Du désespoir au suicide, il n'y a qu'un pas.

De tels organismes sont donc, pour l'idée de suicide, un terrain de prédilection.

Allons plus loin : cette « difficulté à vivre que possède le névropathe, il l'apporte en lui-même, indépendamment des actions extérieures. La sensibilité extrême, maladie de son système nerveux, fait que ses idées, ses sentiments, sont dans une sorte d'équilibre instable.

C'est que les impressions les plus légères, les plus fugitives, entraînent chez lui un bouleversement profond ; le retentissement n'est pas proportionné à l'excitation et son organisation mentale, soumise à des variations incessantes, ne peut se fixer sous une forme déterminée.

Elle est, suivant la très juste expression de Durkheim, en voie de perpétuel devenir.

Il faudrait à son organisation mentale, pour qu'elle pût se consolider, que les expériences passées eussent des effets durables, alors qu'ils sont sans cesse

détruits et emportés par les brusques révolutions, les violentes tempêtes qui surviennent.

Or, dans un milieu donné, fixe et constant, la vie n'est possible que si les fonctions du vivant ont un égal degré de constance et de fixité.

La vie n'est autre chose qu'une réponse aux excitations venues du dehors ; cette réponse est-elle appropriée, adéquate à l'excitation, le fonctionnement de l'individu sera harmonique. — Mais cette correspondance harmonique entre l'individu et le milieu extérieur ne peut s'établir qu'à l'aide d'une longue expérience ; elle est le résultat de l'habitude, le produit de tâtonnements répétés, parfois pendant des générations, dont les résultats sont en partie devenus héréditaires, et qui ne peuvent être recommencés à nouveaux frais, toutes les fois qu'il faut agir.

Mais si tout est, pour ainsi dire, à refaire au moment de l'action, il est impossible, cela va sans dire, que celle-ci soit tout ce qu'elle doit être. Elle manquera totalement de spontanéité.

Cette stabilité dont nous venons de parler ne nous est pas seulement nécessaire dans nos rapports avec le milieu physique, elle l'est encore et également dans nos rapports sociaux.

Dans un milieu social donné dont l'organisation est définie, l'individu ne peut se maintenir qu'à la condition d'être lui-même parfaitement défini ; nous voulons dire : qu'à la condition d'avoir lui-même une constitution mentale et morale bien définie.

Or, c'est ce qui manque au névropathe ; dans l'état

d'ébranlement qui lui est naturel, les circonstances le prennent à l'improviste ; n'étant pas préparé à y répondre, il est obligé d'inventer des formes originales de conduite, de là son goût si connu pour la nouveauté. Mais quand il s'agit de situations traditionnelles, une combinaison improvisée ne saurait prévaloir sur une conduite dictée par l'expérience.

Le névropathe est donc voué à des échecs répétés, sources de découragement.

Voilà pourquoi on trouve beaucoup de névropathes parmi les suicidés.

Tristesse de l'Idiot et de l'Imbécile

M. Paulhan (1) considère tous les phénomènes affectifs comme l'arrêt d'une tendance. Sans nous étendre sur la discussion que pourrait soulever la trop grande généralité de cette règle, nous considérerons plutôt, avec le Dr Sollier, que le plaisir et la douleur ne constituent point la vie affective ; que ces sentiments sont les effets, les manifestations de la vie affective et non son essence même. Plaisir et douleur sont les signes apparents par lesquels notre orga-

(1) Paulhan, *Les phénomènes affectifs*.

nisme manifeste la satisfaction ou la contrariété de ses tendances.

Quelles sont les modifications pathologiques que l'idiotie complète ou l'imbécillité apportent dans ces manifestations de notre vie affective, joie et douleur ?

L'idiot. — L'idiot complet est un isolé au milieu des êtres qui l'environnent. On connaît la célèbre nouvelle où Maupassant analyse l'angoisse du malheureux qui s'est aperçu que sa vie intellectuelle et sentimentale ne peut en aucune manière coïncider avec celle d'un autre être vivant. Cette sensation d'isolement conduit notre homme au suicide. La solitude de l'idiot ne le mènera point à se détruire, car il ne souffre pas, et pourtant sa solitude est encore plus amère. L'idiot, en effet, n'a point de vie psychologique, et sa logique est si inférieure qu'il est dans l'incapacité de coordonner les phénomènes d'observation immédiate qui se déroulent sans suite devant lui. Son esprit ne peut considérer comparativement deux faits qui se sont produits consécutivement ; il ne peut synthétiser non seulement ses idées — il n'en a point, — mais encore ses sensations.

L'idiot complet se trouve, vis-à-vis des objets qui l'environnent, dans la situation d'un individu qui verrait défiler lentement les clichés d'un cinématographe. Son fluide intellectuel est insuffisant pour accélérer la perception de ses sensations jusqu'à les

faire empiéter les unes sur les autres : opération intellectuelle qui relève de la synthèse.

L'idiot ne s'élève pas même jusqu'à la synthèse de ses sensations.

Il n'est donc point étonnant que l'idiot complet ne donne même pas les signes les plus élémentaires de la vie affective.

On peut objecter que même les plus dégradés manifestent parfois des signes de tristesse ou de jouissance. Mais ces contradictions apparentes avec ce qui précède ont été aplanies par peur, plaisir ou douleur, joie ou tristesse, lorsqu'elles apparaissent chez l'idiot ; elles relèvent non de la vie affective supérieure, mais de la vie physiologique, et sont uniquement provoquées par des sensations physiques.

A quoi peut-on mieux comparer l'idiot qu'au tout jeune enfant, chez qui la vie psychologique est nulle, chez qui les catégories de Kant, les principes premiers d'autres philosophes, ne sont point encore apparus : ce que les Latins exprimaient, avec leur précision de langage, par « infas » (in-fari) : l'enfant qui ne parle pas encore.

L'idiot est un « infans » qui s'est arrêté à ce stade de son évolution extra-utérine. Or, il manifeste déjà de la joie et de la tristesse ; mais, à vrai dire, ni ses cris, ni ses gutturales ne sont de la souffrance ou de la jouissance objectivées : ce sont les aboiements du chien à qui l'on arrache un os, les miaulements du chat devant une jatte de lait.

Les premiers vagissements de l'enfant ne sauraient être l'expression d'une sensibilité précoce ou d'une volonté déjà ferme qu'aux yeux de parents attendris. Aux yeux du biologiste de sang-froid, la voix du nouveau-né ne représente que le dernier terme d'un arc réflexe issu d'un plexus splanchnique et se terminant dans les organes de la phonation, après avoir traversé la circonvolution de Broca.

Et même, pendant longtemps après sa naissance, l'enfant n'a de vifs sentiments que ceux qui se rapportent au goût. « Le besoin de manger domine longtemps tous les autres, même le besoin de mouvement (1). »

On peut aussi dire de l'idiot qu'il n'est sensible qu'à la nourriture. Ce qui satisfait sa conservation matérielle tout en flattant son palais : voilà sa joie. Ce qui contrarie ses terminaisons sensorielles gustatives : voilà sa tristesse.

Tout ceci est facilement admis. Mais un point reste discuté, qui a pourtant maintes fois occupé la littérature médicale.

Quelle explication donner des phénomènes affectifs survenus sans cause apparente chez l'idiot.

Rarement, l'idiot « rit tout seul » (Griesinger) ; plus souvent on le voit pousser des cris, s'agiter, frapper ; en même temps son visage se congestionne, son or-

(1) Pérès.

ganisme tout entier présente les signes d'une agitation violente. Quel est le mobile obscur qui vient provoquer cette brusque réaction ?

Griesinger, Dagonet, ont observé ces faits et n'en ont en somme point donné l'explication, mais il semble bien qu'il en faille rechercher la cause dans des modifications insaisissables survenues dans le cerveau et le système nerveux tout entier.

L'extinction de toute vie supérieure ne va pas sans modifier la constitution fondamentale d'un neurone. Le système nerveux de l'idiot porte en lui-même des altérations suffisantes pour expliquer les bruyantes anomalies de sa vie extérieure.

Ces accès affectifs se terminent d'ailleurs comme ils ont pris naissance : sans raison « macroscopique », et laissent le sujet dans son état d'hébètement et d'automatisme habituel.

Mais cette absence totale de sentiment caractérise seulement l'idiot complet : l'idiot simple est faiblement accessible à la joie et à la tristesse.

Chez les idiots les plus inférieurs, la douleur physique même est peu ressentie.

On connaît l'histoire de ce fou de Sienna qui, voyant ses co-détenus se livrer à la masturbation dans une cour, se fit subir à lui-même une émasculatation totale avec un tesson de bouteille, « se faisant femme », dans l'espoir de les tenter, et qui alla se

promener ensuite tout nu et sanglant au milieu de ces énergumènes.

Cet acte réclama, vraisemblablement, beaucoup moins de courage que d'insensibilité organique.

Les cas sont nombreux d'idiots qui ont enduré sans souffrance et sans gêne apparente des maladies mortelles. Ces graves affections ne les empêchaient point de mener leur vie habituelle. Ils étaient seulement un peu abatus.

Il ne saurait être question de sensibilité morale chez l'idiot achevé.

Cette sensibilité n'acquiert, du reste, jamais qu'un développement minime chez l'idiot le moins idiot, parce qu'idiot.

Les pleurs seront rares chez l'idiot, car ils semblent être la prérogative de la tristesse perçue.

Cependant, les pleurs pourront apparaître comme réaction à une excitation particulièrement brusque. Un empêchement progressif à la satisfaction de ses tendances amènera chez l'idiot un changement de tendance. Chez lui, en effet, la règle vient de l'extérieur : les faits la lui imposent.

N'ayant point de vie morale logique, il n'a aucune raison en soi d'agir de telle ou telle manière ; s'il éprouve une difficulté croissante à satisfaire une habitude, il changera d'habitude, car la seule loi qui lui vienne de lui-même est la loi du moindre effort.

Si, au contraire, l'idiot est brusquement contrarié,

la rapidité de l'excitation produira un choc, et de ce traumatisme nerveux naîtra une réaction dont la violence sera en rapport avec l'intensité et la rapidité du facteur mis en jeu.

L'idiot que l'on régale habituellement de friandises, si on lui supprime ostensiblement l'objet de sa jouissance, pourra pleurer. Par conséquent, ici encore, ces pleurs viennent de l'estomac.

Du reste, le souci de l'avenir comme le souci du passé étant absents, faute d'esprit de synthèse — comme nous l'avons vu — toute vie morale doit être forcément émoussée chez l'idiot.

L'imbécile. — Bien différentes seront les manifestations affectives chez le demi-idiot, chez l'imbécile. Chez l'imbécile, en effet, les sensations sont coordonnées, la première synthèse est opérée; mais l'imbécile s'arrête au seuil de la vie intellectuelle.

Par conséquent, dans ses lignes générales, l'imbécile nous présente une vie intellectuelle très rudimentaire, et, d'autre part, une vie organique qui serait normale sans le déséquilibre qui résulte de l'absence de toute vie supérieure.

Nous verrons, en effet, chez l'imbécile que les sensations affectives de la vie physique seront exacerbées, et l'on peut, dès cet instant, prévoir que l'imbécile sera aussi douillet que l'idiot complet l'était peu, au point de vue des manifestations affectives extérieures qui nous intéressent actuellement; il y a

donc un pas franchi considérable du demi-idiot à l'idiot complet.

Chez l'idiot : le néant.

Chez l'imbécile, la vie sensorielle, primitivement normale, s'hypertrophie de ce fait qu'à elle seule elle occupe toute une activité.

Vis-à-vis de la douleur morale, l'imbécile, tout comme l'idiot, manifeste une indifférence superbe, parce qu'il ne comprend pas. L'effet d'une mauvaise nouvelle cesse sur eux sitôt qu'en cesse l'énoncé.

Un égoïsme profond, un égoïsme organique règne en souverain absolu sur la vie affective de l'imbécile. Tout ce qui satisfait cet égoïsme lui procure une joie qu'il se hâte de manifester.

Les compliments les plus hyperboliques sont accueillis par lui sans sourciller, s'il est à même de les comprendre. Tout ce qui peut lui procurer une jouissance sensorielle est accueilli mieux encore.

Tristesse des dégénérés et des obsédés

Les diverses obsessions et impulsions ont toutes un certain nombre de caractères communs et dont l'ensemble constitue l'*état obsédant*. Ces divers caractères, reconnus par les différents auteurs, se trouvent

bien résumés par J. Falret dans les conclusions de son rapport au Congrès de 1889.

Nous essayerons de les reproduire, avec les modifications qui ont pu y être apportées.

Ces divers caractères peuvent être résumés ainsi (d'après Falret) :

« 1° Les obsessions sont toutes accompagnées de la conscience de l'état de maladie ;

« 2° Elles sont héréditaires ;

« 3° Elles sont rémittentes, périodiques, intermittentes ;

« 4° Elles ne restent pas isolées dans l'esprit, à l'état monomaniaque, mais elles se propagent à une sphère plus étendue de l'intelligence et du moral, et sont toujours accompagnées d'angoisse et d'anxiété, de lutte intérieure, d'hésitation dans la pensée et dans les actes, et de symptômes physiques de nature émotive plus ou moins prononcés ;

« 5° Elles ne présentent jamais d'hallucinations ;

« 6° Elles conservent les mêmes caractères psychiques pendant toute la vie des individus qui en sont atteints, malgré des alternatives fréquentes et souvent très prolongées de paroxysme et de rémission, et ne se transforment pas en d'autres espèces de maladies mentales ;

« 7° Elles n'aboutissent jamais à la démence ;

« 8° Dans quelques cas rares, elles peuvent se com-

pliquer de délire de persécution ou de délire mélancolique anxieux, à une période avancée de la maladie, tout en conservant toujours leurs caractères primitifs. »

L'état obsédant possède deux catégories de symptômes : la crise obsédante, et l'état interparoxystique qui est l'état permanent.

A) Etat permanent interparoxystique.

Les symptômes qui se rattachent à cet état permanent durent pendant toute la maladie. Ils existent à l'état d'ébauche avant la confirmation de la maladie et caractérisent le terrain qui leur permettra de se développer.

« On a comme l'impression que l'obsession est la fille ou la sœur de la neurasthénie (1). »

D'autres symptômes, en effet, se présentent : affaiblissement de la volonté et de l'attention. Le malade est incapable de produire un effort intellectuel soutenu et ne sait pas prendre une résolution immédiate. En outre, son caractère est irritable et son humeur mobile. Il donne une importance considérable aux plus petites choses et exagère ses scrupules.

D'autre part, surgissent des symptômes *somatiques* : névralgies, céphalalgies avec serrement aux tempes

(1) Pitres et Régis, *Séméiologie des obsessions*.

et à la nuque, troubles digestifs (constipation) ; enfin des troubles circulatoires (alternatives de pâleur et de rougeur de la face sous l'influence des moindres émotions) et des sueurs abondantes, etc...

B). — Crise obsédante.

I. — *Les symptômes physiques* qui caractérisent l'accès obsédant sont variables et peuvent présenter des aspects tout différents. Il existe des types absolument opposés.

Tel malade sera en proie à la plus vive excitation alors qu'un autre restera dans un état passif, un état d'hébétéude et d'absence.

Le premier sera en proie à des tremblements d'une amplitude et d'une intensité variables ; il ne pourra rester en place et éprouvera le besoin de pousser des cris et des gémissements. Certains éprouvent un sentiment d'anxiété épigastrique très pénible et tel que la respiration est gênée et précipitée ; le pouls est accéléré et irrégulier ; le visage est animé et couvert de sueur.

Le second type ne lui ressemble en rien. On voit, en effet, certains malades en proie à une crise obsédante rester calmes, immobiles, plongés dans une stupeur qui les rend absolument étrangers à tout ce qui se passe autour d'eux ; ils sont *absents* ; leur regard est vague, et quelquefois ils marmottent à demi voix des paroles entrecoupées ou des mots dépourvus de toute signification. Mais il existe un type intermè-

diaire ; ici, ce qui domine, ce sont des phénomènes vertigineux ; le malade éprouve des bourdonnements d'oreilles, des battements aux tempes, et, souvent, cette sensation des jambes qui se dérobenent sous lui ; à ces symptômes s'associent des sueurs froides (tête et paume des mains), des troubles intestinaux, etc.

« En résumé, les signes physiques de la crise obsédante consistent essentiellement en modifications musculaires et vaso-motrices, en troubles de sécrétion et excrétion et en sensations particulières déterminées par ces divers changements (1). »

Ces divers symptômes se retrouvent dans toutes les obsessions ; et leur intensité ne se mesure pas à la nature de l'obsession.

En effet, tel malade qui a la crainte du contact tombera en syncope lorsqu'on essayera de lui faire toucher un objet, alors qu'un autre malade qui est possédé de l'obsession du crime terminera sa crise avec un simple tremblement et sans phénomènes physiques intenses.

On ne sait pas, d'ailleurs, quelle est la puissance qui préside à l'intensité de ces sensations extérieures.

Cette intensité est, en effet, variable d'un accès à l'autre pour le même obsédé.

II. — *Les symptômes psychologiques* de l'obsession

(1) Gilbert Ballet. — Pathologie mentale.

se résumant dans les caractères de l'idée obsédante. « Très variable chez les différents malades, l'idée donne à chaque cas particulier son individualité, sa physionomie propre. Mais elle a chez tous les sujets des caractères généraux communs. Ces caractères sont les suivants : l'idée obsédante est *involontaire* et *automatique*, *irrésistible*, *étrangère* au cours normal des idées et, parfois, *même en contradiction* avec lui ; enfin, et c'est là un de ses caractères les plus importants, elle est *consciente*, c'est-à-dire que le malade la juge déraisonnable et pathologique, alors même qu'il s'y soumet entièrement. » (Arnaud.)

L'obsession est presque toujours accompagnée d'*angoisse*.

Cette angoisse est causée par les conditions anormales et profondes qui déterminent l'obsession, du sentiment qu'a le malade de son impuissance, de l'inactivité pathologique, de la scission de la conscience au moment de l'accès. « Elle résulte souvent aussi de la réviviscence de l'état émotionnel qui a été le point de départ de l'obsession, réviviscence dont la vivacité peut être telle qu'elle mérite le nom d'*hallucination du sentiment*. » (Féré.)

Le degré de l'angoisse varie d'un malade à l'autre et chez un même malade, suivant les circonstances. Parfois, elle est si faible que ce n'est qu'une anxiété morale, sans troubles physiques. D'autres fois, ces derniers sont très marqués : « Il y a sensation de détresse profonde, menace de syncope et sentiment de mort prochaine. »

Tristesse du délirant systématisé progressif

Cette tristesse, dont nous trouvons un exemple typique dans le délire de Maupassant (*la Folie de Maupassant*, thèse, Toulouse 1907, par Lacassagne), existe à la première période du délire systématisé progressif. Voici cette tristesse, telle que la décrit notre maître, M. le professeur Rémond : « Le délirant chronique commence à présenter les premiers symptômes, en général, vers la trentaine, après une existence le plus souvent régulière au cours de laquelle, au rebours de ce qui se passe chez les dégénérés, rien ne pouvait faire prévoir l'apparition de la maladie mentale. Il éprouve d'abord un malaise général, une inquiétude qui lui font prendre ombrage des moindres événements. Le sujet qui se sent fatigué, qui dort mal, qui travaille moins facilement ressemblerait à un mélancolique si — c'est là un caractère important — il ne cherchait déjà dans son entourage les explications à son malaise que le mélancolique trouve en lui-même.

« Peu à peu, il semble au malade qu'on l'observe, qu'on le méprise, qu'on lui en veut ; ce ne sont cependant encore que des taquineries et le malade se demande pourquoi on lui en veut, mais ne cherche pas plus loin. Il reste ainsi absorbé, indifférent à tout

ce qui n'est pas son malaise et constamment préoccupé de donner une interprétation aux faits qui l'étonnent. Son état s'aggrave, d'ailleurs, de l'importance prédominante qu'il attribue à tous les faits et gestes d'autrui, duquel il ne peut plus recevoir que des offenses, des moqueries.

« Enfin, la certitude s'établit; et alors, après que l'idée constante d'une persécution, la tension constante de l'esprit ont permis de prendre un mot ordinaire pour une injure, une phrase insignifiante pour une allusion désobligeante (interprétation délirante), on voit apparaître, pour la première fois, l'hallucination auditive qui marque l'entrée du malade dans la seconde période.

Tristesse dans la Paralyse générale

La paralyse générale emprunte parfois le masque de la mélancolie. On a alors affaire à la forme dépressive de la P. G. On l'a ainsi souvent confondue avec une mélancolie présénile.

Mais on voit, à la tristesse du P. G. déprimé, s'ajouter une incohérence qui n'existe pas dans la mélancolie. A la dépression se joint chez le P. G., soit un véritable délire de persécution, soit le délire des né-

gations (Cotard): « L'individu déclare qu'il a perdu tel ou tel organe, que cet organe est détruit, qu'il n'existe plus; ainsi, lorsque le mélancolique refuse de manger, c'est parce qu'il n'a pas de quoi payer sa nourriture ou parce qu'il est indigne; le persécuté oppose la même résistance par crainte d'être empoisonné. Mais le paralytique général, déprimé, déclare qu'il n'a plus d'estomac, plus d'âme, etc. (Rémond, de Metz.) »

CONCLUSIONS

1° L'ennui est une souffrance qui va du malaise inconscient au désespoir raisonné ; conditionné par les causes les plus diverses, sa raison première est un *ralentissement appréciable de notre mouvement vital*. Il est par-dessus tout subjectif et il se traduit par ces états d'âme appelés dégoût, découragement, impuissance, humeur maussade, colère révoltée ;

2° La douleur morbide peut et doit se diviser, comme l'a fait Georges Dumas, en douleur, en tristesse à hypotension et à hypertension, tristesse passive et tristesse active ;

3° La mélancolie est l'exemple typique de la douleur morbide. Elle est d'abord nettement créée par un ralentissement vital, puisqu'elle trouve sa cause dans l'insuffisance cellulaire des neurones corticaux (Rémond, de Metz). Ensuite, elle nous montre des cas de tristesse passive (mélancolie simple, mélancolie avec stupeur), et des cas de tristesse active (mélancolie anxieuse, persécuté mélancolique) ;

4° Les *instables*, au point de vue mental, présentent une tristesse qui n'a rien de bien particulier. Ils sont tristes comme ils sont gais, par accident. L'*hystérique* pleure parce qu'elle voit pleurer une voisine; le *dégénéré* a des phases d'excitation, comme il a des phases de dépression et de tristesse. Il passe très facilement de l'enthousiasme au découragement avec, presque toujours, un fond grisailleux d'ennui qui le fait douter, lui fait rechercher la solution de problèmes ultra-terrestres. On trouve souvent ce type chez les littérateurs;

5° Puisque nous parlons des cas caractérisés par la succession de phases gaies et de phases tristes, force nous est actuellement de parler de la *folie circulaire*, représentée par une courbe sinusoïdale où l'hypotension précède l'hypertension, où alternent la mélancolie et la manie;

6° Avant de passer à l'étude des tristesses dans les insuffisances définitives du cerveau, il faut signaler les tristesses des intoxiqués : par le tube digestif qui s'encrasse (neurasthéniques); par l'alcool (alcoolisme chronique); par le haschisch;

7° Les tristesses dans les cas d'insuffisances définitives du neurone cortical sont les tristesses de l'*idiot* et de l'*imbécile*, peu intenses, puisque leur émotivité est très limitée, et les tristesses des obsédés, impulsifs, invertis sexuels qui, en dehors de leurs périodes prémonitoires mélancoliques, ont de l'angoisse souvent très aiguë;

8° Dans les leucoencéphalites, le *délire chronique* (dont Maupassant fut, d'après M. le Pr Rémond et Voivenel un cas remarquable) nous offre une tristesse caractéristique. Dans la première période, le sujet se sent fatigué, dort mal, travaille moins facilement et ressemblerait à un mélancolique, s'il ne cherchait dans son entourage les explications à son malaise que le mélancolique trouve en lui-même;

9° Dans les *encéphalites totales*, dans la paralysie générale même, nous trouvons de la tristesse. On ne peut pas dire qu'une lésion quelconque du cerveau ne s'accompagne pas de douleur. Il y a en effet la forme dépressive de la paralysie générale qu'on peut confondre souvent avec une mélancolie présénile.

BIBLIOGRAPHIE

- A. RÉMOND. — *Maladies mentales.*
RÉGIS. — *Précis de Psychiatrie.*
Gilbert BALLEZ. — *Pathologie mentale.*
KRAFFT-EBING. — *Traité clinique de Psychiatrie.*
- Th. RIBOT. — *Essai sur les Passions.*
Paul SOLLIÉ. — *Psychologie de l'idiot et de l'imbécile.*
Th. RIBOT. — *La logique des sentiments.*
E. TARDIEU. — *L'ennui.*
BAIN. — *Les émotions et la volonté.*
James SULLY. — *Le pessimisme.*
DURKHEIM. — *Le suicide.*
Georges DUMAS. — *La tristesse et la joie.*
P. PAULHAN. — *Les caractères.*
- MASSELON. — *La mélancolie.*
SÉGLAS. — *Mutisme mélancolique. Soc. méd. psych.,*
juin 1901.

TOULOUSE. — *Mélancolie sénile chez la femme.* Thèse,
Paris, 1891.

FÉRÉ. — *La famille névropathique.*

VOISIN. — *L'idiotie.*

MAGNAN. — *Leçons cliniques sur les maladies mentales.*

JALRET. — *De l'hypocondrie et du suicide.*