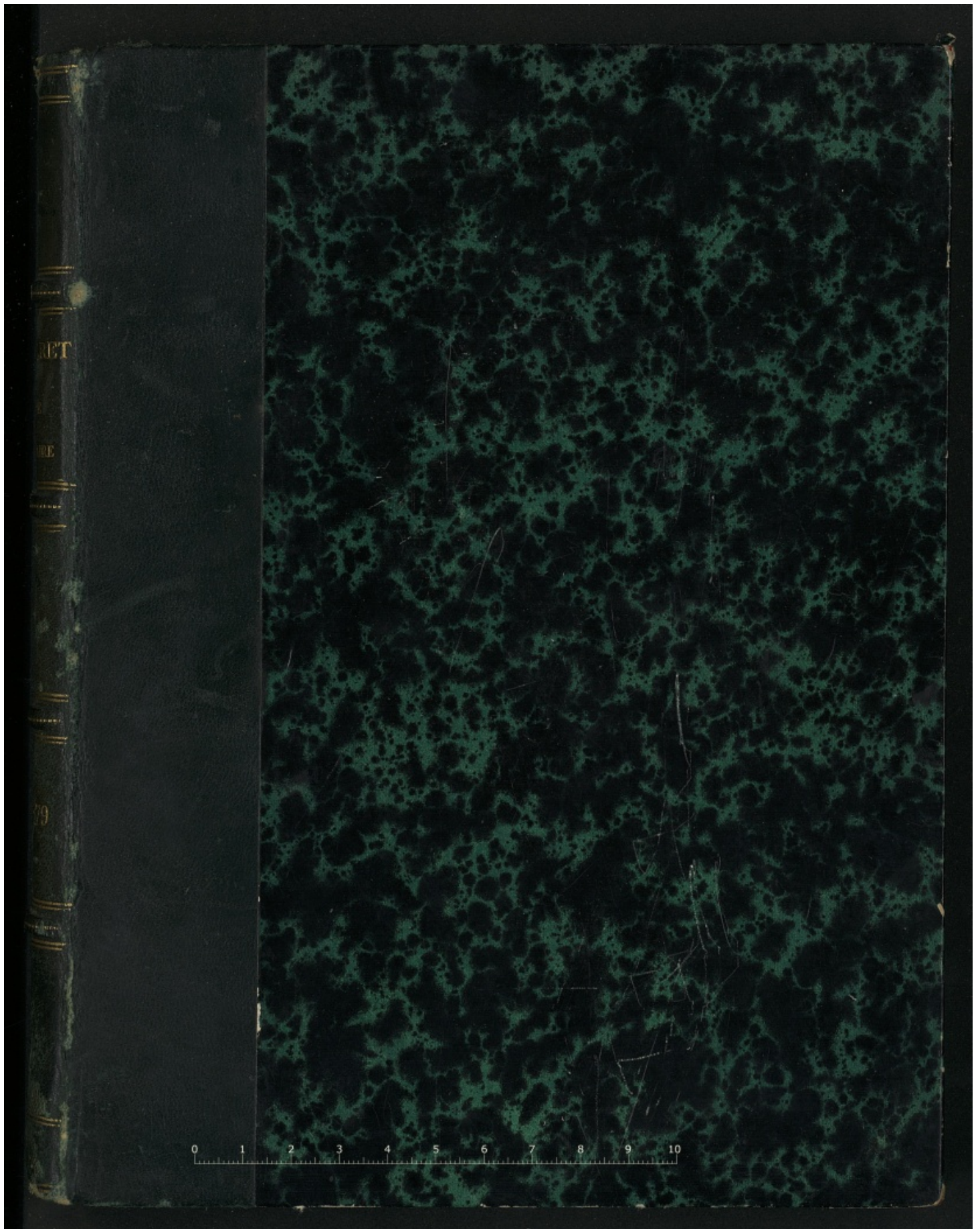


Bibliothèque numérique

medic@

Falret, Jean-Pierre. - Folie circulaire

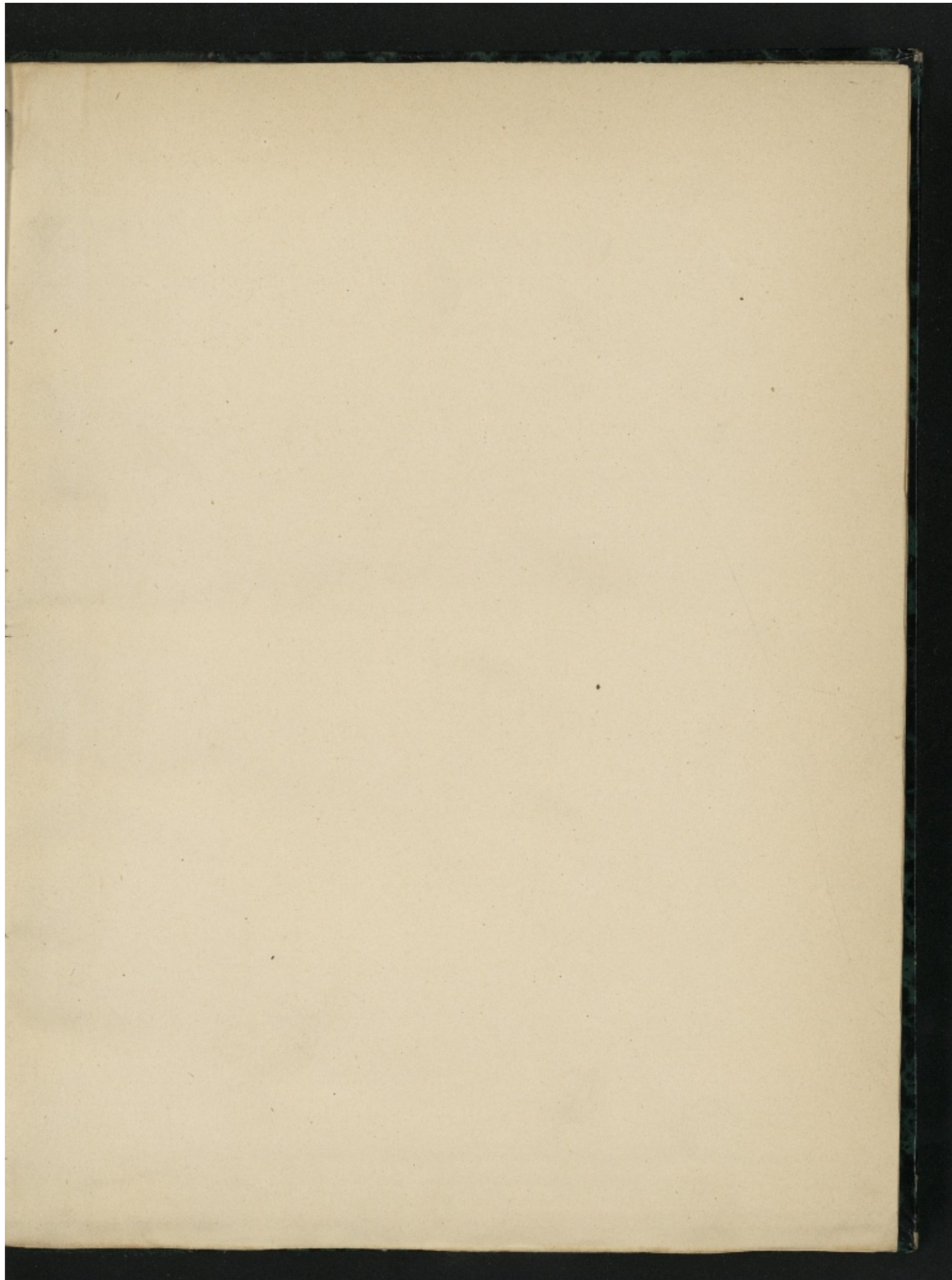
1878-1879.

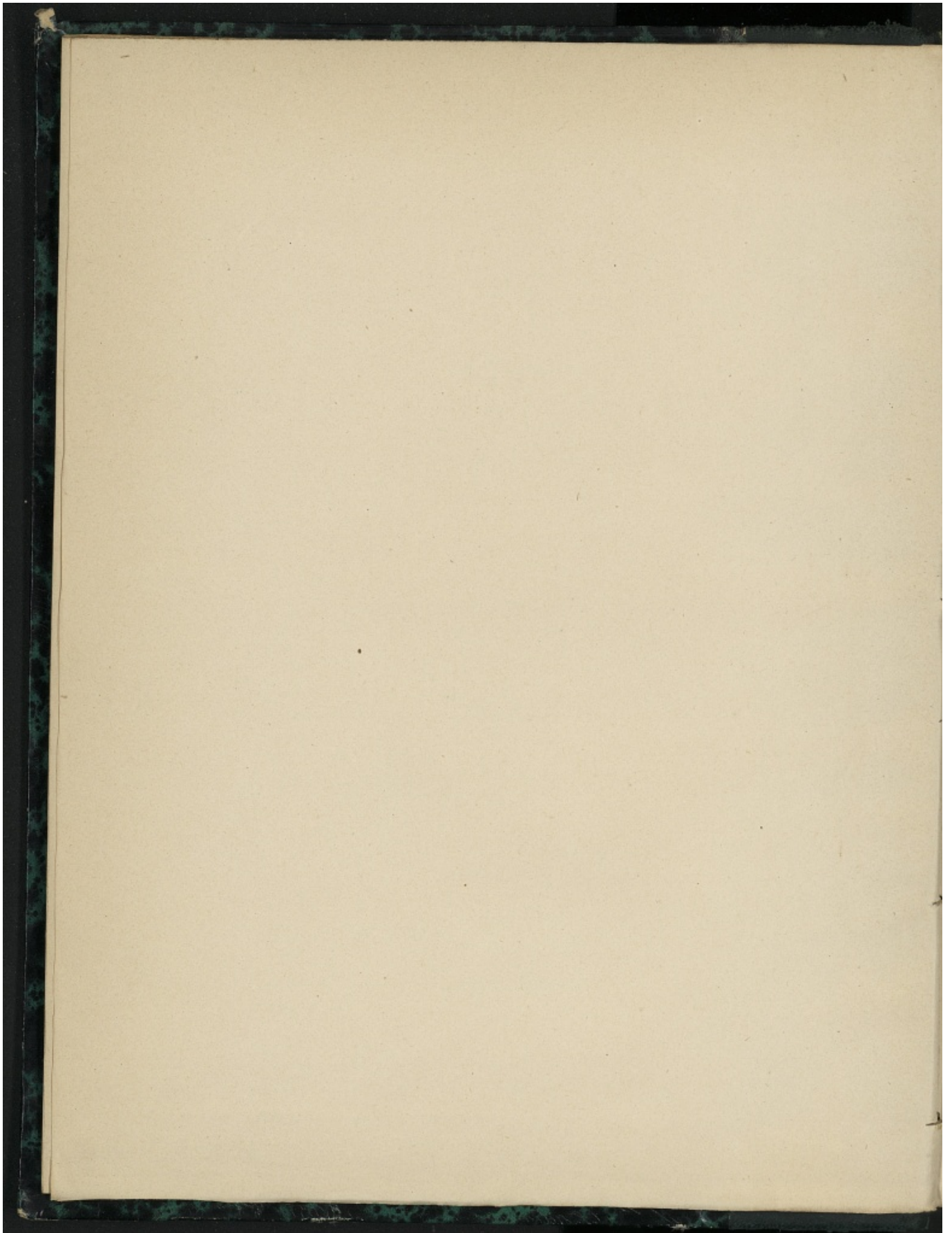


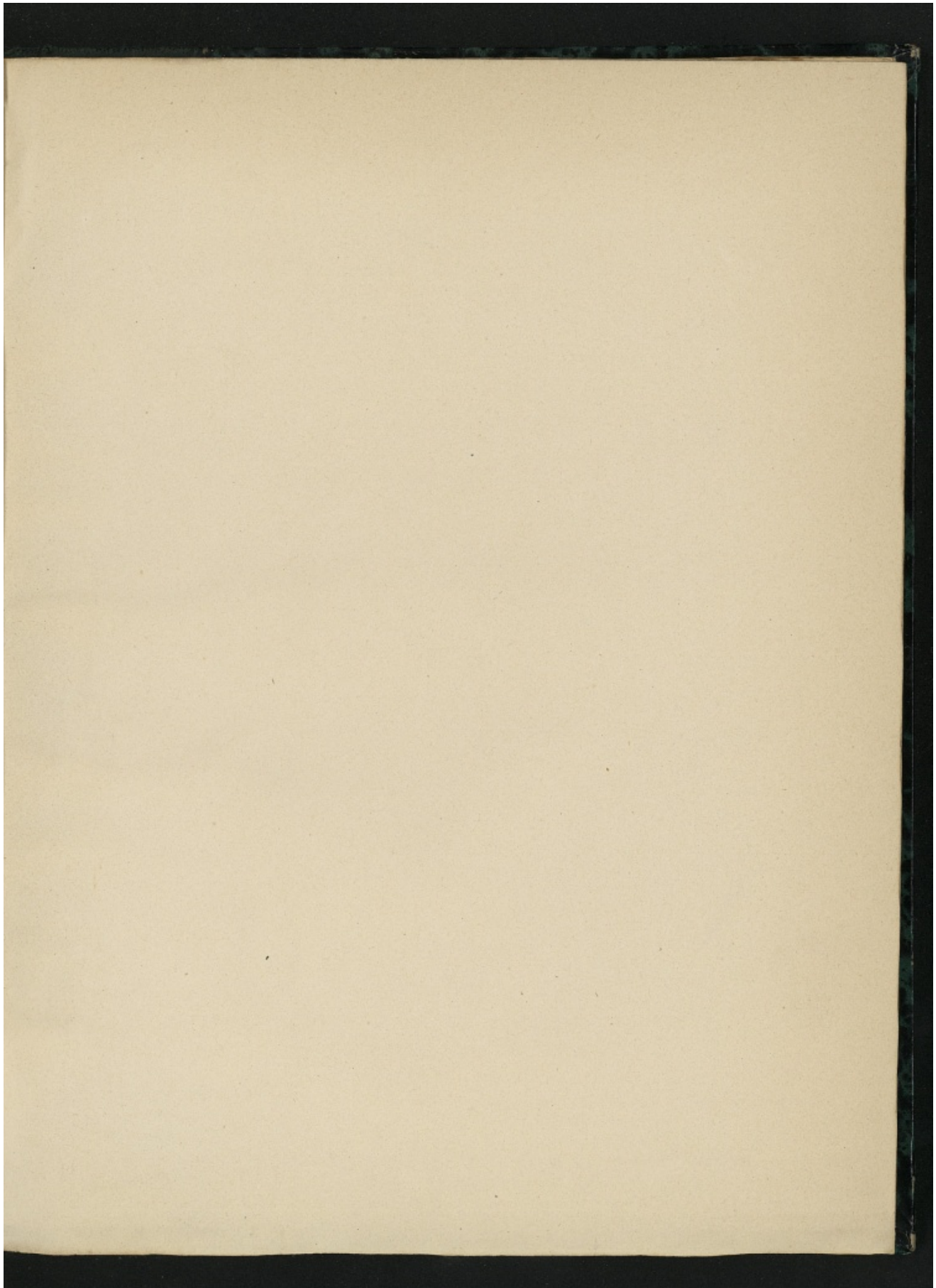


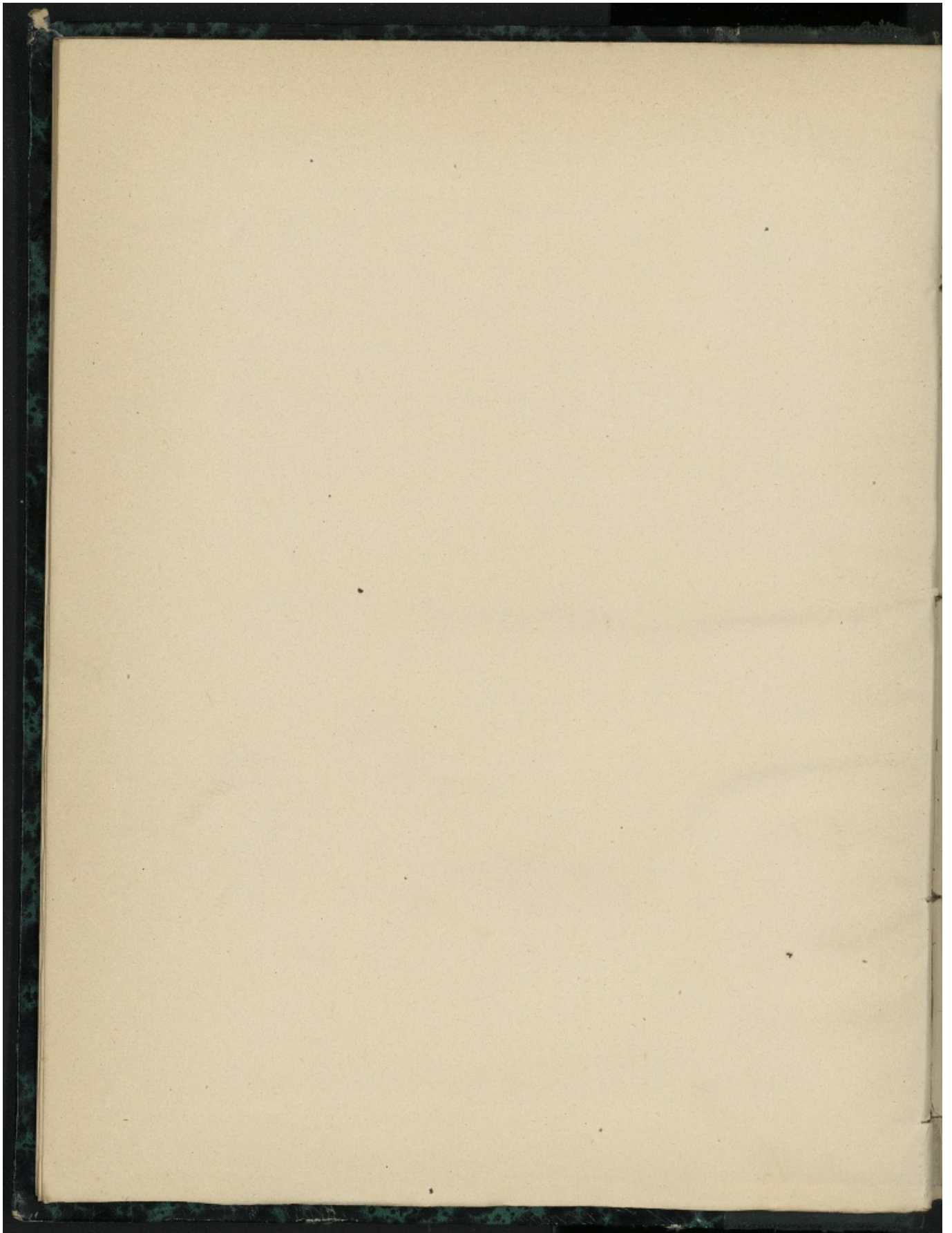


MS 5611 (14)





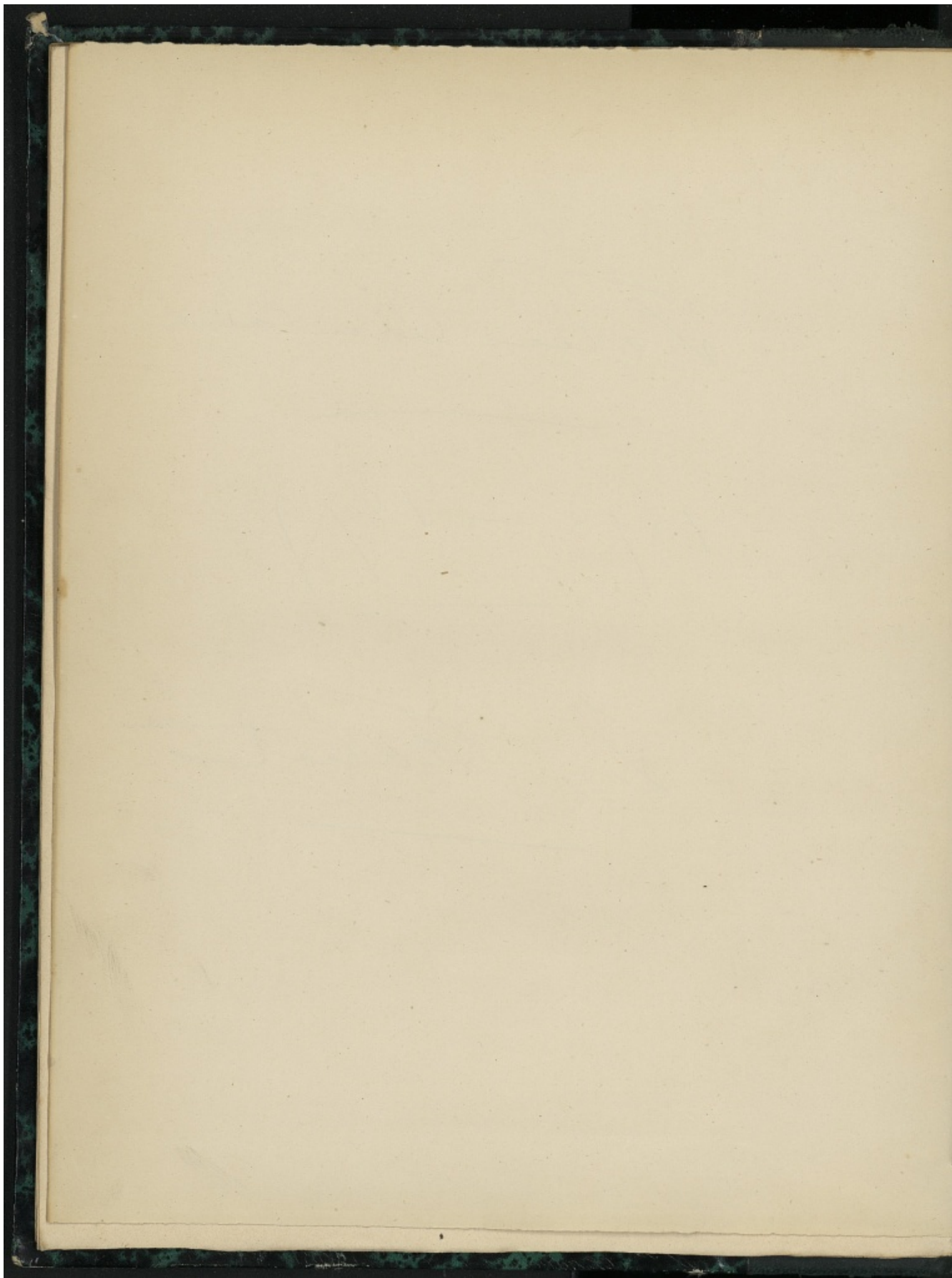


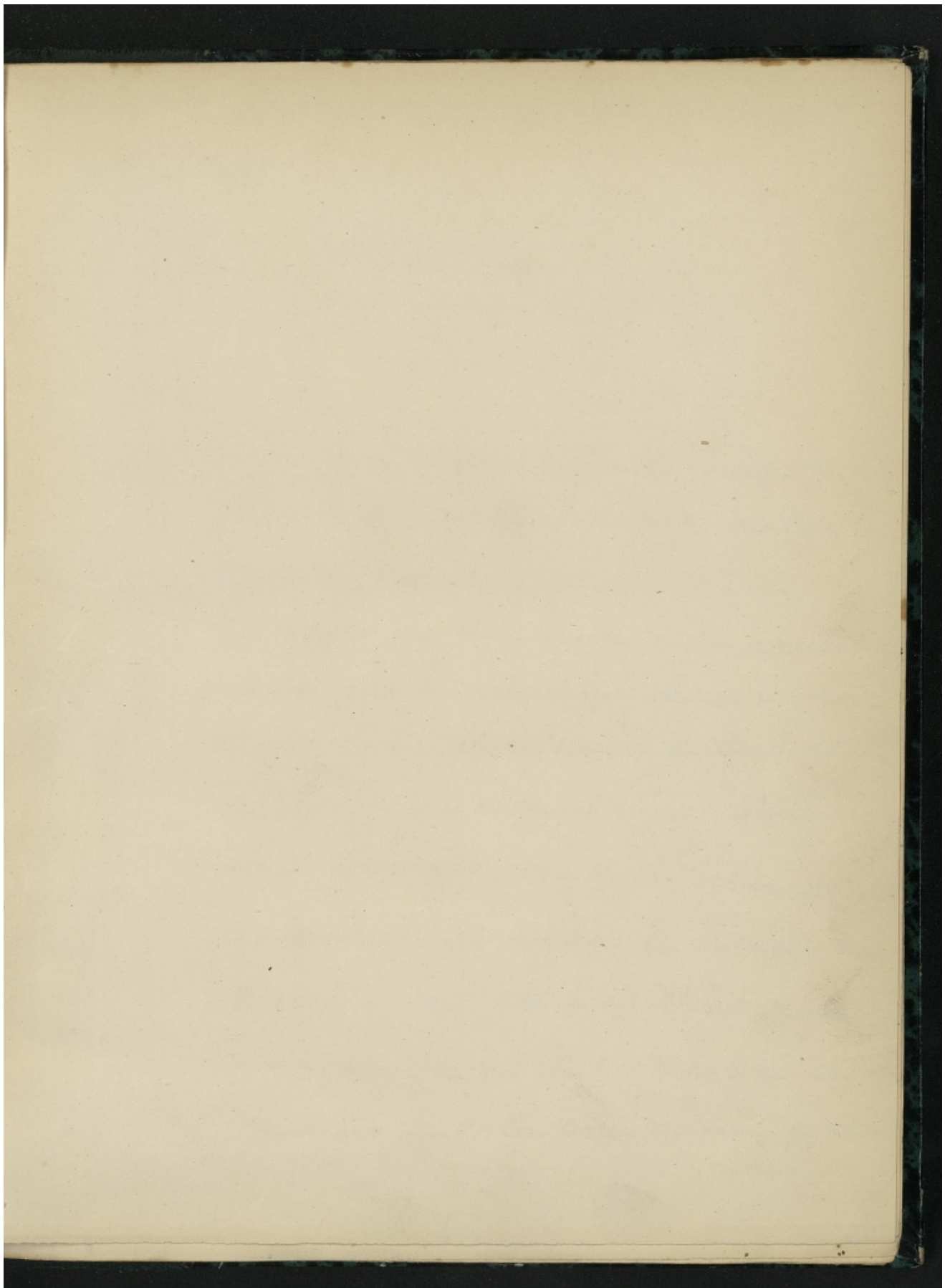


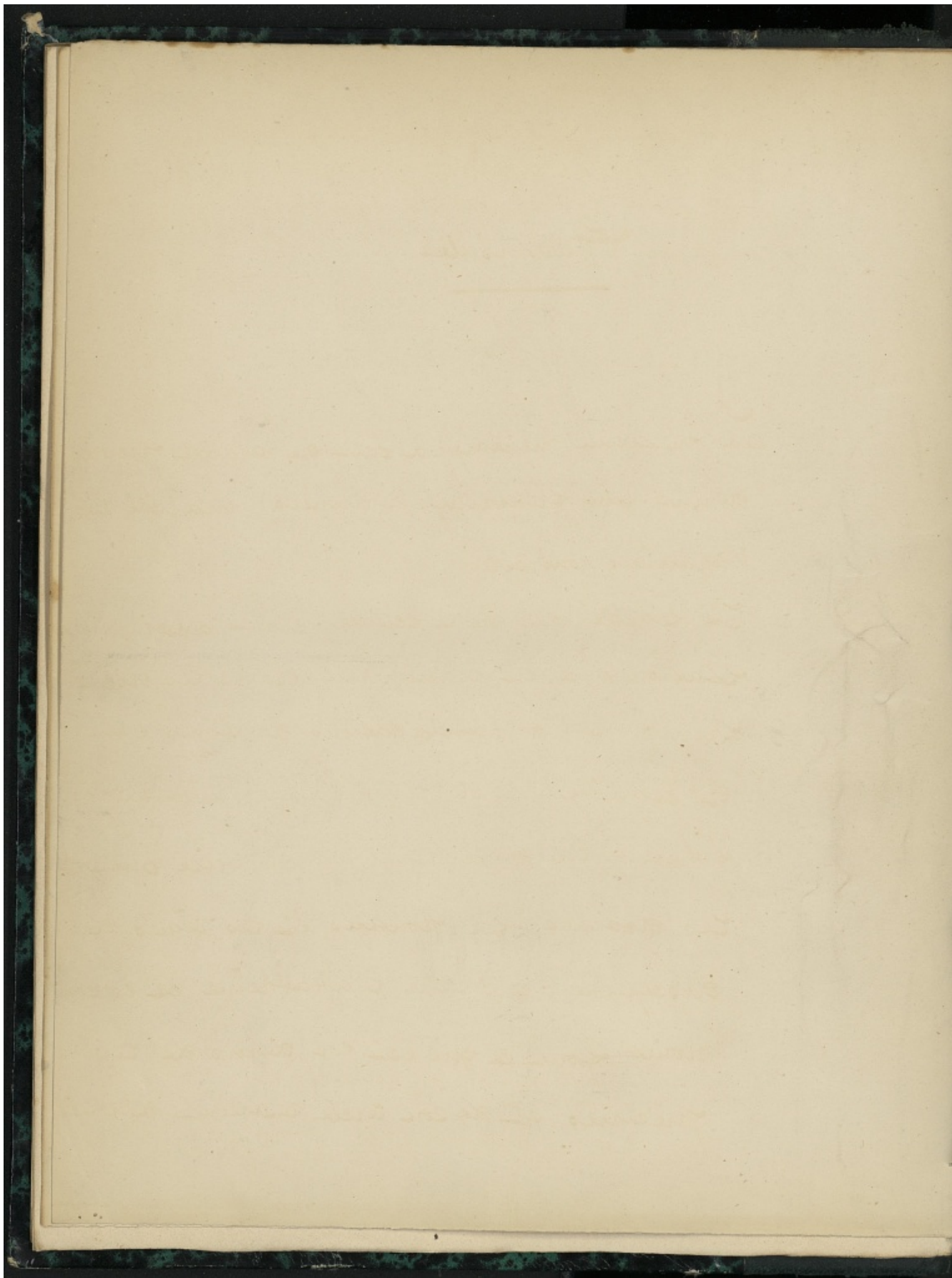
Folie Circulaire

1878 - 1879.

A. Fabet.







Preamble.

La médecine mentale a fait de grands progrès depuis une trentaine d'années, malgré les apparences contraires.

Il semble que notre science était absolument stationnaire et immobilisée dans les doctrines et les classifications de Pinel et d'Esquirol et de leurs élèves. Nous nous situons, en effet, une petite Eglise qui a ses dogmes, ses pontifes et ses règles de discipline, qui jette l'anathème et excommunie tout ce qui est en dehors de ses préceptes et de son cercle restreint d'idées

Néanmoins, malgré les obstacles considérables
aux progrès, ils sont plus réels qu'on
ne l'imagine à 1^{re} vue.

L'hérédité morbide, mieux étudiée par
Moreau de Tours, Prosper Lucas, et
surtout par Morel, est devenue l'origine
d'un grand nombre de recherches et
de progrès incontestables, soit sur les
lois de l'hérédité en général, au point
de vue de l'étiologie et de la pathogé-
nie, soit au point de vue des carac-
tères physiques et moraux, des formes
plus spécialement héréditaires de la
folie.

La paralysie générale elle-même a
été l'objet de travaux nombreux qui

ont étendu singulièrement sa durée et
fait découvrir des faits cliniques im-
portants qui avaient échappé à l'atten-
tion des précédents observateurs.

L'étude des troubles spéciaux de l'in-
telligence liés à l'alcoolisme aigu
ou chronique, a fait faire un progrès
véritable à notre science spéciale, et l'on
distingue maintenant cliniquement
le délire de persécution dû à l'alcoolis-
me de celui qui se produit dans la
forme particulière de mélancolie, à
laquelle on a réservé spécialement ce
nom.

L'état mental des Epileptiques, des
Hystériques et des Aphasiques et deve-
nu également l'objet de travaux
spéciaux.

On a mieux étudié les signes physiques des Folies raisonnantes que l'on a rattachées aux Folies hérédo-faires et l'on a porté l'observation d'une manière spéciale sur les états de trouble mental liés à des névroses émotives qui, jusqu'à ces dernières années, n'avaient pas attiré l'attention des observateurs.

Mais, ce n'est pas ici le lieu d'entrer dans des détails à cet égard. Cette revue historique mériterait de devenir l'objet d'un travail spécial.

Notre intention aujourd'hui est simplement d'attirer l'attention sur un point spécial de la pathologie mentale qui n'a été étudié que depuis

une vingtaine d'années environ, mais qui est maintenant entré définitivement et sans conteste dans la science, nous voulons parler de la description d'une forme spéciale de maladie mentale aujourd'hui reconnue de tous et à laquelle mon père a donné le nom de Folie circulaire et M Baillarger celui de Folie à double forme. Cette forme caractérisée essentiellement par la succession régulière de l'état mélancolique et de l'état maniaque, constitue une espèce morbide réellement distincte et est, par son existence même, la négation la plus flagrante de la vérité de la classification régnante. Si la manie et la mélancolie constituaient réellement des formes

naturelles de maladies mentales, ayant
leur marche déterminée à l'avance et
leurs caractères physiques et moraux
réellement distincts depuis le début
de la maladie jusqu'à sa terminaison,
elles ne pourraient pas se transformer
l'une dans l'autre et se succéder
régulièrement et alternativement pen-
dant toute la vie d'un même indi-
vidu ! Quand même la découverte
de la folie circulaire comme forme
distincte et naturelle de maladie
mentale n'aurait eu que ce résul-
tat capital de démontrer l'inanité
et l'insuffisance de la classification
régnante, elle aurait déjà rendu

un signalé service à la science et constitue
un vrai progrès dans le mouvement
de la médecine mentale à notre époque!

Historique de la Folie circulaire

14 9^{bre} 1828.

1^o Dans l'antiquité, Arétée a dit
que la manie succédait souvent à la
mélancolie.

2^o Des auteurs du 12^{me} et 18^{me} siècle,
ont noté la succession fortuite et ac-
cidentelle de la manie et de la mé-
lancolie.

3^o Il y a des observations dans Pinel

Esquirol et leurs élèves, mais personne n'avait attiré l'attention sur ce fait de la succession régulière et constante chez le même malade.

2.^e Griesinger, en 1845, s'est servi du mot Cycle, appliqué à cette succession de la manie et de la mélancolie

3.^e Mon père, dans ses cours, s'appuyant surtout sur l'Exemple de M.^r Dime, de la chanoinesse et de la princesse Bibesco, a proclamé, le premier, qu'il existait des malades chez lesquels la mélancolie et la manie alternaient et se succédaient régulièrement de manière à constituer un véritable cycle d'états malades.

9

6^o M^r Baillarger, en 1854, a lu à l'académie un mémoire sur la Folie à double forme dans lequel il a rapporté plusieurs observations de ce genre.

7^o 15 jours après, à la fin de janvier 1854, mon père est venu réclamer la priorité de cette idée dans un mémoire lu à l'académie de médecine, en réponse à celui de M. Baillarger.

8^o M. Baillarger a répliqué à son tour, dans un autre mémoire publié dans le bulletin et où il a cherché à établir 5 catégories de faits distincts, selon que la succession des périodes était continue et non interrompue, ou bien au contraire, séparée par des intervalles plus ou moins

longs . C'est là, en effet, la principale
différence qui existe entre l'opinion
de mon père et celle de M. Baillarg.
Celui-ci prétend, en effet, qu'il peut
exister des accès de folie à double
forme séparés par de longs intervalles
de raison et tout à fait analogues
aux accès de manie intermittente
de même qu'il peut exister aussi
des cas dans lesquels un long inter-
valle de raison se produit entre
l'accès de manie et l'accès de
mélancolie, et un autre intervalle
également prolongé entre l'accès
de mélancolie et l'accès de manie
Mon père, au contraire, croit qu

sous les faits de folie à double forme ren-
 trent dans la catégorie de ceux qu'il
 a décrits sous le nom de folie circulaire
 et qui sont caractérisés par la succes-
 sion régulière de 3 états constituant
 toujours un cercle complet : 1^o Manie
 2^o Mélancolie 3^o intervalle lucide,
 puis, de nouveau manie, mélancolie,
 intervalle lucide

L'observation seule d'un très grand
 nombre de faits de cette espèce peut
 permettre de se prononcer sur ce
 point litigieux, mais pour moi, je
 pense que dans la plupart des cas,
 l'opinion de mon père est vraie et
 que, si l'on croit à un intervalle pro-

longi de raison, c'est parce qu'il s'est produit pendant ce temps, un cercle très atténué de manie et de mélancolie peu accentuée et qui a passé inaperçu pour les observateurs peu expérimentés et peu attentifs.

A la suite de ces deux publications des observations ont été publiées dans divers pays, en France et à l'étranger et l'on a fait sur ce sujet, des mémoires, des thèses, des articles de journaux ou de dictionnaire.

M^r Legrand du Saulle a défendu dans les Annales l'opinion de M. Baillarger et publié un cas de guérison par le sulfate de quinine

M. Geoffroy a publié une thèse étendue avec une observation très curieuse recueillie à Charenton ; on a publié depuis lors des articles assez nombreux en France et à l'étranger (en Allemagne et en Angleterre surtout)

Foville a fait un article dans le dictionnaire de Jaccard et Oritte dans celui de Chambre.

Enfin M^{rs} Baillarger et Lunier d'abord ont attiré l'attention sur les rapports possibles de la Folie à double forme et de la Paralyse générale, idée qui a été surtout défendue par M^r Billod et reprise, dans un mémoire spécial par un de ses élèves, M^r Fave, qui a

publié sur ce sujet un mémoire dans
les Annales médico-psychologiques

Étiologie de la Folie circulaire Hérédité

14 Novembre 78.

Cette forme de maladie mentale est
après le suicide, la plus héréditaire
de toutes. Elle participe à cet égard
des caractères des folies intermittentes
qui sont toutes très héréditaires.

On voit quelquefois cette maladie
survenir à l'époque de la puberté,
à la suite d'une maladie aigüe

quelconque et en particulier à la suite de la fièvre typhoïde. Chez les femmes, on cite également des Esc. de cette maladie à la suite des couches. Mais toutes ces causes occasionnelles n'ont qu'une importance très secondaire, la véritable cause de cette maladie mentale c'est l'hérédité, et l'hérédité sous la même forme.

On a constaté, en effet, assez fréquemment la production de cette même forme de maladie mentale dans 3 générations successives, et pour ma part, j'ai déjà assez vécu pour avoir vu la grand-mère, la mère et la petite fille atteintes l'une après l'autre de la

même maladie.

Cette maladie ne se produit pas avant la puberté et quelquefois même elle ne survient qu'à une période plus avancée de la vie, mais en général même dans ces cas exceptionnels, elle a existé en germe presque dès la naissance, et en cherchant bien rétrospectivement dans les antécédents des malades, on retrouve dans leur vie antérieure, des périodes alternantes d'excitation et de dépression. Cette forme de maladie mentale est bien plus fréquente chez la femme mais on l'observe néanmoins de temps en temps chez l'homme et les Es.

12

ont alors aussi bien caractérisés

Anatomie Pathologique de La folie circulaire.

14 N^{bre} 28.

On a eu rarement l'occasion de faire des autopsies de malades atteints de cette forme de maladie mentale. Ils meurent ordinairement à un âge assez avancé et dans tous les asiles on trouve quelques malades de ce genre, âgés de 7 ans et même davantage.

J'ai fait à la Salpêtrière autrefois, l'autopsie de M^{me} Leroy qui, pendant

des années, avait été atteinte de cette maladie, et j'ai trouvé les signes d'une méningite chronique (opacités et épaissement des méninges, etc) mais le cerneau lui-même, quoique congestionné dans son ensemble, paraissait à peu près à l'état normal. Ce qu'il faut noter, c'est qu'en général ces maladies meurent de congestion cérébrale ou d'accidents cérébraux aigus. Ils ont des dispositions à l'apoplexie et aux accidents cérébraux de nature congestive, ainsi que l'indiquent quelques symptômes observés chez eux pendant la vie, surtout pendant les périodes d'excitation.

19

Symptômes physiques de la Folie circulaire

14 9^{bre} 78.

Les symptômes physiques sont plus nombreux qu'on ne s'en imagine ordinairement et mériteraient une étude plus attentive, à l'aide d'observations prises avec soin. Ils diffèrent pendant la période mélancolique et pendant la période maniaque.

Période Mélancolique - La peau est sèche, il y a amaigrissement, diminution de l'appétit, ralentissement extrême de la circulation, mains bleuâtres

teint et œdématisées ; pieds froids, abaissement de la température, diminution des sécrétions ; en un mot toutes les fonctions semblent suspendues comme chez les animaux hibernants pendant la période de sommeil. Dans les archives cliniques de Boullenger, on cite une observation où le pouls était descendu à 45 et où la température avait notablement baissé. Il y a souvent aussi pendant cette période de goût des aliments, pouvant aller dans les cas extrêmes jusqu'au refus absolu. Dans quelques cas

extrêmes la mélancolie va jusqu'à la stupeur.

Période d'excitation. Pendant cette période on observe les phénomènes physiques précisément inverses. Il y a exubérance de santé et de bien être. Toutes les fonctions physiques sont surexcitées et d'une activité exagérée. L'appétit est extrême, les malades mangent constamment et d'une manière irrégulière et malpropre. Il y a retour de l'embouppement, face congestionnée, pouls vibrant et accéléré, exagération de la force musculaire, absence du sentiment de fatigue, insomnie, mouvement perpétuel; et, de plus, dans

quelques cas extrêmes, quelques symptômes
de congestion qui peuvent même quel-
quefois faire croire à un commencement
de paralysie générale, surtout lorsqu'il
s'y joint un délire expansif op-
timiste, quelques idées de grandeur,
la disposition aux achats, aux ca-
deaux, aux dépenses exagérées. Il
y a alors quelquefois léger embarras
de la parole, stutubation légère, etc.
Ces symptômes congestifs qui se pro-
duisent de temps en temps dans la
folie circulaire, la rapprochent, non
seulement de la manie congestive
et de la paralysie générale, mais
aussi, d'autre part, des accidents

congestifs des folies raisonnantes avec lesquels cette période d'excitation a, d'ailleurs, tant d'autres points de contact.

Médecine légale de la Folie circulaire

Ce chapitre est un des plus difficiles à traiter dans l'état actuel de nos connaissances. S'il ne s'agissait que des cas extrêmes dans lesquels la manie et la mélancolie sont complètement caractérisées et l'aliénation mentale évidente pour tous (comme cela a lieu pour certains malades enfermés depuis longtemps dans les asiles et à

liées) rien ne serait plus facile que
de proclamer leur irresponsabilité, soit
au point de vue civil, soit au point
de vue criminel. Mais, sans parler
des périodes et intervalles lucides qui
se produisent entre les accès de ma-
nie et de mélancolie et pendant
lesquels on doit admettre le retour
momentané de la responsabilité (à
moins que cet intervalle ne soit très
court et très incomplet) que penser
de ces cas dans lesquels les accès
de Manie et de Mélancolie sont
seulement atténués dans l'ensemble
de leurs symptômes que les malades
ont seulement une modification

d'humeur sans avoir perdu la raison ,
 sentent eux-mêmes qu'ils jouissent encore
 de leur libre arbitre et sont jugés tels
 par leur famille et par tout leur entou-
 rage . Ces malades n'ont jamais été
 enfermés comme aliénés et ne sont pas con-
 sidérés comme tels , et cependant un méde-
 cin attentif , expérimenté , bon observateur ,
 ne peut pas méconnaître chez eux l'exis-
 tence de deux états tout à fait différents,
 qui représentent comme deux hommes tota-
 lement différents dans le même corps , selon
 les moments où on les observe . Et bien,
 que penser par Ex. de la valeur et d'un
 testament fait dans l'une ou dans
 l'autre de ces conditions mentales ?

Lorsque le malade est dans la mélancolie et voit tout en noir, il peut sous l'influence de ces idées tristes qui lui font apparaître le monde entier comme hostile et décoloré, donner à sa fortune à certaines personnes ou à certaines institutions en rapport avec ses idées du moment ; tandis que dans la période inverse, alors qu'il verra tout en beau, sous des couleurs favorables, sans crainte, sans défiance, il aura des dispositions toutes différentes envers les personnes et les choses et il pourra désespérer de ce qu'il avait, au contraire, favoriser pendant l'autre période de sa maladie. Une autre difficulté plus grande encore

se présente souvent dans la pratique.
 L'une des deux période seule, est considérée quelquefois comme une période vraiment morbide. C'est tantôt la période mélancolique et tantôt, au contraire, la période d'excitation, selon les sujets, tandis que l'autre période est envisagée par le malade lui-même et par sa famille comme étant son état réellement normal, tandis que pour l'observateur expérimenté et qui connaît bien cette maladie, ces deux périodes sont également malades quoique l'une ait des caractères évidemment moins accusés que l'autre. Dans ces cas difficiles, comment se prononcer? Le médecin légiste sera-t-il de l'avis du public?

et du malade ou bien suiva. 1^{er} il C'aura
plus éclairé du médecin expérimenté ?
La perplexité sera certainement très
grande et rien n'est difficile comme
de se prononcer avec certitude dans ce
cas délicats qui sont les plus litigieux
de la médecine mentale et ceux où
la limite est la plus difficile à
poser entre la raison et la folie!

Travaux à examiner et à consulter

- 1^{er} Le mémoire de mon père.
- 2^{er} Les deux mémoires de M^r Baillet
le dogmatique et le critique.
- 3^{er} L'Article de Legrand du Saulle dans
les Annales.

- 4^o La thèse de Geffroy.
- 5^o Les mémoires de Favre dans les Annales.
- 6^o L'article de Forville
- 7^o L'article de Pictet.
- 8^o Les chapitres sur la folie circulaire dans Krafft Ebing et Schüle.
- 9^o Mon mémoire sur la folie raisonnante et les passages de mes cours relatifs à l'excitation maniaque et à la mélancolie simple dépressive et sans délire.
- 10^o Mes notes sur M^r Grangier et sur M^{me} Mathilde Busche.
- 11^o Les notes prises en 1884 pour faire le mémoire de mon père.

Fréquence relative de la Folie
circulaire dans le monde et dans
les asiles. Causes d'erreur nom-
breuses qui font croire à sa rareté

16. 9^{te} 78.

Lorsqu'on fait des recherches dans les
asiles d'aliénés, surtout parmi les hommes
on trouve rarement des exemples bien ca-
ractérisés de folie circulaire et l'on pour-
rait en conclure que cette forme de
maladie mentale est relativement très
rare et mérite peu, par conséquent
d'être étudiée. Elle est plus fréquente
il est vrai, chez la femme, mais
lorsqu'on en découvre 4 ou 5 exemples

très caractérisés et très certains, dans le service des femmes d'un asile d'aliénés, c'est certainement la moyenne de ce que l'on peut y rencontrer habituellement.

Aussi, comprend-on très bien que cette forme de maladie mentale ait passé si longtemps inaperçue, d'autant plus que, pour l'observer convenablement, il faut suivre les mêmes malades pendant de longues années et être très attentif à la marche et à la succession des diverses périodes, ce que peu de médecins ont l'habitude de faire, surtout dans les maladies très longues et très chroniques. On observe ordinairement les aliénés

que dans les 15 premiers jours de leur
entrée et on les laisse ensuite confondus
pêle-mêle avec les autres malades
chroniques, comme s'ils devaient conser-
ver toujours les mêmes caractères de
maladie et sans tenir aucun compte
des transformations successives que
peut présenter leur maladie. De plus
ces malades guérissent de l'accès de
manie ou de mélancolie et on les renvoie
des asiles comme guéris d'un accès
ordinaire de maladie mentale, sans
savoir qu'ils ont présenté l'alternance
des 2 formes et sans prévoir que
cette alternance continuera à se produire

dans l'avenir. Plus tard, lorsque le même
 malade revient dans l'asile, on ne relie pas
 le présent au passé. On croit à une simple
 rechute de la maladie dans la même forme
 ou bien dans une ~~f~~ autre et l'on se borne
 à constater que le même malade entre une
 1^{re} fois dans l'asile atteint d'un accès
 de manie, y rentre une 2^{me} fois avec
 un accès de mélancolie. On croit encore
 à l'époque actuelle à ces transformations
 accidentelles possibles des maladies
 mentales et on ne croit pas encore assez
 à la marche fatale des maladies com-
 munes par les lois générales qui
 dominent la vie des aliénés depuis
 leur naissance jusqu'à leur mort.

De plus, on n'a pas le soin de s'enquie-
rir exactement de ce qu'a été la vie
du malade depuis pendant son séjour
dans la famille ou dans la société.
Si l'on faisait cette recherche avec exac-
titude, l'on découvrirait qu'au lieu
d'être resté réellement guéri et dans
un état normal pendant son séjour
hors de l'asile, le malade a conti-
nué à présenter des phases succes-
sives d'affaissement et d'exalta-
tion, plus modérées, plus atténuées
que celles qu'on observait pendant
son séjour à l'asile, mais cependant
évidentes pour un véritable observateur
et que le cercle des états morbides,

ou lieu d'avoir été brusquement interrompu
 comme on l'avait cru, s'était continué,
 au contraire, sans interruption. Une au-
 tre cause d'erreur très fréquente aussi,
 c'est que l'un des deux états opposés
 de cette maladie peut passer inaperçu
 et être considéré comme l'état normal
 du malade. On prend ainsi pour des
 accès de manie intermittente ou de
 mélancolie intermittente de véritables
 accès de folie à formes alternes.
 Tantôt l'accès de mélancolie et tantôt
 l'accès d'excitation passe inaperçu
 et est pris pour l'état normal du
 malade. Et bien, si toutes ces cau-
 ses d'erreur existent pour les ma-

lades qui ont été enfermés dans les
asiles, combien les rencontre-t-on plus
souvent encore dans les cas bien plus
nombreux de folie à double forme qui
existent bien plus fréquemment dans
les familles ou dans la pratique privée
et que l'on n'a jamais songé à consi-
dérer comme des cas d'aliénation men-
tale. C'est là, dans la pratique
cirile, qu'il faut étudier réellement
cette forme de maladie mentale dans
ses degrés les moins accusés et l'on
découvrira alors que cette espèce qui paraît
très peu fréquente dans les asiles, l'est
beaucoup plus qu'on ne l'imagine et
que sa description acquiert ainsi une vé-
ritable importance.

Marche de la Folie Circulaire

76 N^{bre} 28.

La marche de cette maladie, envisagée d'une manière générale, consiste dans la succession de périodes de mélancolie et de périodes d'excitation, séparées ou non par un intervalle de lucidité plus ou moins prolongé.

Mais cette donnée qui indique sous une forme très générale, la marche de cette maladie, a besoin d'être complétée par l'étude des nombreuses variétés de marche qu'elle présente selon les cas et qui n'ont pas encore été assez étudiées par les derniers observateurs.

Il y a d'abord, à cet égard, une 1^{re}

distinction importante à faire, c'est celle de la succession des deux états à courts ou à très longue échéance qui représente 2 catégories distinctes de faits, méritant d'être séparés avec soin au point de vue de la description et à celui des conséquences pratiques très différentes, qu'elles entraînent.

Depuis l'époque où cette maladie a été décrite pour la 1^{re} fois, c'est à dire depuis 1854, des observations assez nombreuses ont été publiées, non seulement en France mais à l'étranger, et parmi elles on doit distinguer avec soin celles qui portent sur des alternances à courts ou à longue échéance entre les deux

états opposés de manie et de mélancolie. On a cité des cas dans lesquels cette alternance avait lieu de deux jours l'un, et d'autres dans lesquels chaque état n'avait qu'une durée de quelques jours (de 3 à 10 jours) et était régulièrement remplacé par l'état inverse, d'une durée à peu près égale ou un peu plus courte ou un peu plus longue, mais, en somme, d'une durée également très courte. Ces cas de courte durée des deux accès ont été, jusqu'à présent, peu étudiés cliniquement et ne sont qu'incomplètement connus.

La plupart des cas qui ont servi de base à la description de cette ma-

La dié appartient à la 3^{me} catégorie, c'est à dire aux cas de plus longue durée qui sont les cas les plus habituels. La durée des accès peut être alors de 15 jours ou 3 semaines au moins et peut s'étendre à plusieurs mois et même à plusieurs années. Plusieurs malades éprouvent un changement d'état environ tous les six mois, au printemps et à l'automne mais il n'y a aucune règle absolue relativement à ce rapport que l'on a admis, en thèse générale, entre les époques des transformations morbides et les changements des saisons.

Certains malades, en effet, sont excités pendant l'été et déprimés pendant l'hiver, mais chez d'autres, c'est précisément le fait inverse qui se produit, l'excitation étant en rapport avec la saison d'hiver et la dépression avec les chaleurs de l'été. Chez d'autres encore, la dépression et l'excitation au lieu de ne se produire qu'une fois par an, se reproduisent plusieurs fois dans le cours de la même année. Chez d'autres enfin, la dépression peut se prolonger pendant plusieurs années et l'excitation, quoiqu'en général plus courte que la période mélancolique, peut également durer pendant plusieurs années. Il existe donc, sous le rapport de la

marque de très grandes différences de
durée soit relativement à la longueur
de chaque accès double, soit sous le
rapport de la longueur comparative
de chacune des deux périodes

Mais les différences sont encore plus
considérables non seulement entre les
divers malades, mais même chez le
même malade au point de vue de
l'intensité de chacun des accès de
mélancolie et d'excitation dans les
différents cercles successifs que parcourt
la maladie envisagée dans son en-
semble.

L'intensité de chaque accès varie
beaucoup, non seulement les différents

malades que l'on observe mais même chez chaque malade, à chaque nouvel accès.

Les accès présentent habituellement les mêmes caractères fondamentaux chez le même malade, mais sans différer de nature; ils peuvent varier beaucoup quant au degré d'intensité.

Ainsi, il est des accès qui par leur intensité inaccoutumée, obligent à placer les malades dans des asiles d'aliénés, tandis que pendant les autres accès moins violents, ces mêmes malades ont pu être conservés dans leurs familles et même continuer à circuler et à remplir leurs fonctions dans

le monde, sans que personne, excepté les
intimes, s'aperçoive du caractère mala-
dif de leur état, soit par comparai-
son avec eux-mêmes, soit relativement
à la majorité des autres hommes.

Dans certains cas, l'accès d'excitation
est très intense, tandis que la période
mélancolique est peu accusée; dans
d'autres cas, au contraire, c'est la période
mélancolique qui est très prononcée tan-
dis que l'excitation maniaque passe
pour un simple travers de caractère
et n'est pas considérée comme de
nature malade. (Il en est de mê-
me de la durée totale du cycle qui

peut varier beaucoup d'un cercle à l'autre chez le même malade. On a même observé en général que les accès perdent de leur durée et se renouvellent plus fréquemment, à de plus courts intervalles, à mesure que les malades avancent en âge.

Cette diversité dans l'intensité des accès que l'on observe souvent chez le même malade malgré l'uniformité habituelle des différents accès successifs, est encore bien plus marquée quand on compare un malade à un autre.

On peut établir sous ce rapport 3 degrés principaux. Dans le 1^{er} degré, les malades restent dans le monde et dans la famille pendant les 2 phases de la maladie

et personne ne songe à les enfermer dans
les asiles ni même à les considérer com-
aliénés. La maladie se manifeste alors
presqu'exclusivement par des modifi-
cations très sensibles mais toujours sup-
portables, dans l'humeur et le caractère
des malades. Leur vie se passe entière-
ment dans le roulement successif de 2 phases
distinctes : celle d'affaîssement et celle
de légère excitation. Pendant la 1^{re}
période, les malades sont très abattus,
inactifs, n'ont de courage à rien et voient
tout en noir ; ils n'ont pas d'impul-
sion, sortent peu de chez eux, ils ont
de la tendance au repos et se désolent
de leur inertie ; mais ils n'ont pas

42

de conceptions délirantes et apprécient assez
sainement toutes les choses de la vie,
tout en les voyant à travers le prisme
de leur tristesse et du pessimisme.
En un mot, ils sont tristes et abattus
mais ils ne délirent pas. Il en est de
même pour la période d'excitation
qui consiste dans une simple suractivité
de toutes les facultés, un grand besoin
de parler et de se mouvoir, une plus
grande fermentation d'idées et de sen-
timents contraires. Dans ce 1^{er} degré de
la maladie les malades sont très dif-
férents d'eux-mêmes d'une phase
à l'autre et ont ainsi comme deux
caractères différents, alternativement

dans le même corps. Les représentent en quelque sorte 2 personnalités différentes dans une seule, mais chacune d'elle ne dépasse pas beaucoup la mesure de ce qui existe normalement, d'une manière continue chez certains hommes dont les uns ont une tendance très prononcée à la tristesse, à l'inaction au découragement, et les autres, au contraire, sont remuants, loquaces, d'une activité exagérée, entreprenants même et optimistes à l'excès.

Le 2^{me} degré de la maladie est le plus habituel, le plus fréquent. Celui qui doit servir de base à sa description et d'être décrit longuement

dans la symptomatologie de l'affection.
 C'est le degré de la mélancolie délirante,
 mais plutôt caractérisée par le froid que par
 le relief et le degré de l'excitation mania-
 que simple, mais non seulement avec
 suractivité des facultés intellectuelles mais
 avec fermentation de toutes les mauvaises
 passions et avec un très grand désordre
 des . . .

Nous renvoyons à la symptomatologie pour
 la description détaillée de ce degré de
 maladie sous ces 2 aspects différents,
 la dépression mélancolique et l'excita-
 tion maniaque simple. Ce 2^{me} degré,
 le plus fréquent de tous, présente du
 reste lui-même plusieurs degrés d'in-
 tensité, selon les malades et selon les .

accès chez le même malade. Cantet, en effet, il oblige à placer le malade dans une maison d'aliénés, tandis qu'au contraire, il permet son séjour dans la famille ou dans la société, malgré les inconvénients de tout ordre que présente ce séjour, aussi bien pendant la période d'affaiblissement mélancolique ou le dégoût de la vie et la disposition au suicide peuvent s'ajouter à l'affaiblissement mélancolique, que pendant la période d'excitation ou le désordre extrême des actes peut devenir, malgré le caractère raisonnant du délire, un danger évident pour le malade, pour son entourage et pour

la gestion de ses intérêts et l'exercice
de sa profession.

Enfin, le 3^{me} degré de la maladie qui
peut exister à tous les accès chez le
même malade ou ne se produire qu'à
certains accès et alterner chez le même
malade d'un accès à l'autre avec le
degré précédent, est le degré de vérita-
ble degré folie complètement caractérisée
et indubitable pour tous, c'est celui où
les malades éprouvent, non plus de
simples accès de dépression mélancoli-
que ou d'excitation maniaque simples,
mais de véritables accès complets de
manie ou de mélancolie avec conceptions
déliantes, multiples, et trouble mental

très intense, comme dans les accès ordi-
naire de maladie mentale. Dans ces cas,
le placement dans un asile devient indis-
pensable et ce sont ceux qu'observent le
plus souvent alors les médecins aliénistes.

Trois modes de transition entre les
deux états de dépression et d'excitation

12^g 28.

Un des points intéressants dans l'histoire
de la Folie circulaire, c'est la manière
dont s'effectue le passage d'une forme
à une autre. Cette transition peut
avoir lieu de 3 manières différentes.

Le plus habituellement le passage a lieu d'une manière successive et par transitions insensibles. L'état mélancolique diminue peu à peu par nuances successives. Le malade se sent de moins en moins triste et affaibli, il sent qu'il commence à renâitre à la vie, il commence à reconnaître qu'il peut guérir et que son état n'est pas nécessairement incurable. Il se remet peu à peu à ses occupations habituelles, recommence à prendre goût aux choses de la vie réelle et voit renâitre en lui les affections de famille qui semblaient éteintes dans son cœur. Il recommence à s'occuper des choses de la vie réelle et se sent renâitre à l'espérance et à la vie. Le malade

lui-même, la famille, les médecins, croient à un commencement de guérison et, en effet, pendant quelque temps, quelquefois même pendant quelques semaines, le malade semble complètement revenu à son état normal, à un état d'équilibre entre toutes les facultés, en un mot à un état intermédiaire entre la tristesse et la gaieté entre l'affaissement et l'excitation qui constitue ce qu'on peut appeler un véritable intervalle lucide.

Mais bientôt malheureusement cet état d'équilibre instable entre les deux états opposés, ne tarde pas à

Le trouble à son tour et à pencher de
 nouveau du côté de l'excitation. Le ma-
 lade, non seulement se croit guéri, mais
 éprouve un sentiment de bien être exagéré.
 Il ne s'est jamais si bien porté, dit-il.
 Tous les maux qu'il éprouvait pendant
 la période mélancolique, ont disparu
 comme par enchantement, il se sent
 plus dispos et plus actif que jamais.
 Il commence à éprouver un besoin exa-
 géré de mouvement et d'activité; celui
 de parler, de faire des visites, d'entre-
 prendre des voyages, en un mot le flot
 de l'excitation monte de jour en jour
 et l'on voit bientôt se reproduire sous
 les phénomènes qui caractérisent l'exci-

l'excitation à son début. Le même phénomène de décroissance progressive et de transition successive se reproduit en sens inverse dans le passage de l'excitation à la période de mélancolie et là aussi on constate assez fréquemment chez certains malades une dégradation successive des caractères de la période d'excitation, puis un état ordinairement assez court d'équilibre instable ou d'inter valle lucide entre les 2 états et enfin l'apparition progressive des phénomènes qui caractérisent la phase mélancolique de cette affection.

C'est là le mode de transition le plus habituel entre les deux états et

52

enfin l'apparition progressive des phénomènes qui caractérisent la phase mélancolique de cette maladie.

C'est là le mode de transition le plus habituel entre les deux états et celui qui a été le plus souvent noté jusqu'à présent par les observateurs. Mais pour rester dans la voie de l'observation, il importe beaucoup de constater qu'il existe encore d'autres modes de transition d'une forme à l'autre, qui méritent d'être signalés. Le 1^{er} consiste dans une transformation brusque et presque subite qui se produit aussi assez fréquemment et qui peut avoir lieu dans l'espace de 24 h^{es}, quelquefois même dans une seule nuit. Ce fait a été cons.

été assez fréquemment chez certains malades atteints de cette forme de maladie mentale. Du jour au lendemain, d'autres fois, dans l'espace de 3 à 4 jours, on voit le malade passer d'un état de mélancolie très caractérisé, à un état de grande excitation. C'est comme un changement à vue qui arrive du jour au lendemain; un malade muet et immobile la veille, se mettra à parler avec volubilité, à se remuer sans cesse et étonnera sous les assistants par un changement si brusque de toute sa nature physique, intellectuelle et morale. Le même fait peut se produire dans le passage de la manie à la mélancolie.

comme il a lieu pour le passage de la
 mélancolie à la manie. Enfin, il y a
 un 3^{me} mode de transition également
 assez fréquent et qui, je crois, n'a pas
 encore été signalé. Je veux parler des
 cas dans lesquels ce passage d'une
 forme à l'autre s'effectue par des oscil-
 lations successives que l'on peut com-
 parer au flux et au reflux de la
 mer. Les malades, avant d'arri-
 ver définitivement à rester immobilisés
 pour quelque temps dans l'un ou
 l'autre des deux états, présentent suc-
 cessivement plusieurs oscillations suc-
 cessivement alternantes entre les deux états.
 Ils sont ainsi successivement pendant

plusieurs jours et quelquefois de deux jours.
L'un, tantôt mélancoliques et tantôt
exaltés, passant ainsi rapidement
et alternativement d'une forme à
l'autre, avant d'arriver définitive-
ment à se fixer dans l'une ou dans
l'autre. Ce mode de transition est
plus fréquent qu'on ne le croit et
mérite d'être signalé à l'attention
des observateurs.

Intervalle lucide

son existence et ses caractères.

On peut se demander s'il existe toujours une période d'intervalle lucide dans la folie circulaire, ainsi que mon père l'a décrit s'il n'en existe pas quelquefois deux dans chaque cercle et si cet intervalle lucide ne peut pas être quelquefois très prolongé au point de représenter une véritable guérison de l'accès comme dans les folies intermittentes, ainsi que l'a admis M^r Baillarger.

En d'abord, il est certain qu'il y a des folies cas de folie circulaire ou l'existence de cette période d'intervalle lucide n'est pas contestable. Ce sont surtout les cas

de folie circulaire de longue durée, dans
lesquels les périodes de dépression et
d'excitation sont très prolongées et du-
rent, par Ex. plusieurs années. Dans
ces cas il est habituel de constater, sur-
tout après la période de dépression,
mais quelquefois aussi après la période
d'excitation, une période plus ou moins
longue, de quelques jours à quelques
mois pendant laquelle le malade
semble réellement revenu à l'état nor-
mal et paraît guéri. On arrive ordi-
nairement à cet état d'équilibre
presque normal par degrés successifs
et par nuances insensibles, ainsi que

nous l'avons décrit à l'occasion de la marche de la maladie. Mais, après une période décroissante pendant laquelle on voit diminuer peu à peu tous les symptômes de la période mélancolique ou de la période maniaque, le malade arrive enfin à un état mental vraiment satisfaisant, intermédiaire entre la dépression et l'excitation qui n'offre d'exagération ni dans un sens ni dans l'autre et qui serait pris pour un véritable état de guérison, si l'on n'avait pas la connaissance de la marche des accès antérieurs chez le même malade et celle de la marche

de la folie circulaire en général.
Aussi, beaucoup de médecins y sont.
ils trompés et renvoient les ces
malades des malades des asiles
comme guéris, au moment même où
commence à se préparer un nouvel
accès qui éclate bientôt après la rentrée
du malade dans la société. Nous
avons tous été trompés par des cas
de ce genre, soit avant de bien con-
naître cette maladie, soit à l'occa-
sion d'un 1^{er} accès de folie à
double forme, lorsque l'on n'a pas encore
été éclairé par la reproduction de
plusieurs accès successifs chez le même

malade, dans cet état de guérison apparente les malades ont recouvré momentanément leur état de raison. Ils ne voient les choses ni trop en noir ni trop en beau, ils les apprécient sainement, telles qu'elles sont, sans les voir à travers le prisme de l'optimisme ou du pessimisme. Ils reconnaissent très bien qu'ils ont été malades, admettent qu'ils ont été dupes d'idées fausses ou dominés par des craintes Chimériques, se sentent revenus à l'état normal, sans avoir pourtant ce sentiment d'exubérance de santé et de bien être exagéré qu'ils éprouvent un peu plus tard; ils ont retrouvé leurs sentiments d'affec-

Ainsi, ils sont capables de s'occuper et de se distraire comme des personnes raisonnables, ils n'ont même pas ce désir immodéré de sortie des asiles qu'ils auront un peu plus tard, quand commencera à se produire la période d'excitation ou qu'ils avaient quand elle existait encore mais en en voie de guérison diminution. On peut donc dire que pendant cet intervalle lucide, les malades se trouvent dans cet état de calme et de raison que les philosophes ont recherché comme l'idéal de la perfection de l'homme moral et intellectuel, à l'abri de tous les extrêmes.

et dans un juste milieu entre tous les excès. Malheureusement, cet état mental si satisfaisant, est ordinairement très temporaire et de courte durée, excepté dans les cas rares signalés par M^r Baillarger, dans lesquels cet intervalle lucide se prolonge plus longtemps et devient une véritable période de guérison intercalée entre deux accès de folie à double forme, comparables à deux accès de folie intermittente.

Mais si cet intervalle lucide se produit fréquemment dans les cas de folie circulaire et s'il doit, par conséquent, figurer comme période possible dans la description générale, dans la des-

cription type de la folie circulaire et
si même on peut ajouter avec vérité
que dans quelques cas plus rares,
il peut exister réellement 2 intervalles
lucides dans un même cercle, c'est
à dire l'un après la période dépressive
et l'autre après la période d'excita-
tion comme mon père l'avait déjà
signalé dans son mémoire, il n'en
n'est pas moins vrai que pour se
conformer à la vérité de l'observation
on doit dire que l'existence de cet
intervalle lucide ou de ces intervalles
lucides n'est pas constante et qu'il
est un certain nombre de cas dans

lesquels on ne peut pas démontrer avec
 certitude une existence dans l'intervalle
 des deux phases principales de la
 folie circulaire. Cet intervalle n'existe
 pas par ex. dans les cas où le pas-
 sage d'une forme à l'autre a lieu
 d'une manière brusque et subite,
 par ex. dans l'espace d'une nuit,
 comme on en a observé d'assez fré-
 quents Ex. Il n'existe pas non plus,
 ou du moins il serait difficile d'en
 démontrer l'existence avec certitude
 dans les cas où le changement d'une
 forme à l'autre se fait par oscilla-
 tions successives et très rapprochées
 alternant plusieurs fois l'une avec

l'autre à courts intervalles, jusqu'à ce que l'une des deux formes prenne enfin le dessus d'une manière définitive. Enfin, on ne peut même pas toujours démontrer l'existence de cet intervalle d'équilibre et de raison dans tous les cas où le passage d'une forme à l'autre se manifeste soit par gradations successives et par nuances insensibles, car dans plusieurs des cas, la dégradation successive des ténets se fait d'une manière tellement progressive que les dernières traces de la mélancolie sont à peine effacées.

81

qui apparaissent déjà les premières périodes d'excitation comparables aux rayons du soleil levant qui effacent rapidement les dernières ombres de la nuit.

Notes sur la Folie circulaire

3 décembre 78.

- 1^o Signaler les tentatives de suicide dans la période mélancolique comme motivant l'internement dans un asile.
- 2^o Dire qu'il y a beaucoup d'observations de folie circulaire prises à tort pour des folies raisonnantes (plusieurs observations dans le livre de Brelat)

3^o Etablir le diagnostic différentiel
de la période mélancolique avec les
diverses variétés de la mélancolie et,
surtout la mélancolie avec stupeur
et de la période d'excitation avec
la manie ordinaire avec la folie rai-
sonnante et avec la folie hystérique
4^o Indiquer les causes d'erreur du
diagnostic différentiel, résultant de
ce que l'un des stades est très at-
tenu et passe inaperçu. On croit
alors à une manie simple ou à
une mélancolie simple, l'autre
état passant pour de l'état
normal.

5^e Etude comparative de la période d'excitation, de la paralysie générale au début ou manie congestive et de la période d'excitation de la folie circulaire, diagnostique souvent très difficile.

Diviser le diagnostic en 3 parties

1^o Diagnostic de l'état de folie et de l'état de raison, dans le stade mélancolique comme dans le stade d'excitation. Il y a, sous ce rapport, des cas très difficiles, où il est presque impossible de décider s'il y a raison ou folie et, par conséquent,

responsabilité civile et criminelle ou impossibilité de séquestration. (1)

2.^e Diagnostic de l'état dépressif et
des diverses variétés de Mélancolie
ordinaire, surtout la stupeur et
de l'état d'excitation, avec la
Manie, la Folie raisonnée et la
folie hystérique. Pour cette dernière,
il y a, dans les deux cas, dispo-
sition à la malveillance et inven-
tions mensongères, mais dans
l'excitation de la Folie circulaire
il y a réellement plus d'excita-
tion maniaque vraie, de désordre
des actes et de bizarrerie de con-

lunes, avec action de ramasser dans
 ses poches et dans ses tiroirs, que
 dans la folie hystérique où les mala-
 des conservent plus d'apparence de
 raison, posent davantage, sont plus
 comédiens tout en étant très dispo-
 sés aux actes violents, instantanés,
 mais de courte durée, avec plus de
 calme habituel.

Diagnostic différentiel entre l'excita-
 tion et la Folie circulaire et la
 période expansive ou congestive de
 la paralysie au début.

Dans les deux cas, il y a sentiment
 de bien être et exubérance de santé

et disposition générale à la satisfaction, mais les idées délirantes sont plus multiples, absurdes et contradictoires et il y a dans toutes un fond de démence

(1) La malade de Charenton dont m'a parlé le Dr Faure, et pour laquelle l'état de folie, malgré l'excitation évidente, paraissait douteux aux magistrats et même à lui, médecin!

À propos de la Folie circulaire

4^e Rép. 78.

1^o Dire que l'on est vraiment stupéfait quand on voit dans la famille ou dans la société, à quelques mois de distance, la même personne changer de caractère du tout au tout et représenter comme deux personnes absolument différents dans le même corps ! Il semblerait que, par l'effet d'une sorte de baguette magique, il y aurait eu subitement transformation de la personnalité tout entière et une autre âme entrée dans le même corps !

8 H^{bre} 78.

Ecrire une note.

1^o Sur M^{me} Maria.

2^o Sur M^{me} Gautherin.

3^o Sur M^{me} Strocklin.

4^o Sur M^{me} Grangier.

5^o Sur M^{me} Arnould, femme
du député du Finistère

6^o Sur M^{me} Deltheil.

7^o id M^{me} de Mancy.

8^o id M^{me} Mathilde

9^o id M^{me} Hélène

10^o id M^{me} Boilleau

11^o id M^{me} Augustine

13^o No^{me} Lée.

14^o No^{me} Aime.

15^o No^{me} Balthazar

16^o No^{me} Elias

17^o No^{me} Prosper de Rocheplatte

18^o No^{me} Emma.

19^o La malade grecque qui a été
à Troy, vue avec M. M. Baillarger,
Lasegue, Legrand du Saulle.

20^o La chanoinesse

21^o La princesse Bibesco.

12 Ab^{bre} 78.

Les noms de Folie circulaire, Folie à
double forme, ou Folie à formes alternées
conviennent mieux à chacun à des va-

riétés différentes de la marche et de la
maladie.

Pour rester dans la vérité de l'observation de tous les faits, on doit dire que les 3 mots de Folie circulaire, de Folie à double forme, et de Folie à formes alternées, s'appliquent chacun avec plus d'exactitude à 3 variétés différentes de la marche de la maladie. Le mot de circulaire est surtout vrai pour les cas où les cercles se succèdent pendant toute la vie sans aucune incertitude d'interruption avec un intervalle lucide interscable. Celui de double forme convient mieux

pour ceux où des accès doubles ne se reproduisent qu'à de longs intervalles et plusieurs fois dans le cours de l'existence des individus et enfin le nom de Folie à formes alternes s'applique surtout avec vérité aux cas dans lesquels il se produit comme un balancement régulier entre les deux états alternant l'un avec l'autre, presque sans interruption et sans intervalle lucide appréciable se succédant brusquement l'un à l'autre.

Formes alternes de la maladie observée
dans la clientèle privée et augmentant
notablement le degré de fréquence de

la maladie .

Insister sur la fréquence des formes atténuées de la maladie qui existent dans le monde, dans la famille et dans la société, et qui ne passent pas pour de véritables maladies mentales mais pour de simples variations d'humeur ou de caractère. Ce sont des états de trouble mental très fréquents, que l'on rencontre dans la clientèle privée, en dehors des asiles et d'aliénés, et qui sont bien plus fréquents qu'on ne pense et qui augmentent ainsi singulièrement la fré-

quence réelle de cette forme de maladie qui, observée simplement dans les asiles et aliénés, paraît, au premier abord, bien plus rare qu'elle ne l'est en réalité en tenant compte de la totalité des faits observés dans toutes les conditions.

73 D^{re} 78.

La Folie circulaire appartient évidemment à la classe des Folies périodiques et s'y rattache étroitement par la plupart de ses caractères symptomatiques et par sa marche. Elle est, d'abord, essentiellement héréditaire et sous

une forme similaire comme toutes les Folies intermittentes.

De plus, il est admis que la plupart des Manies intermittentes débute par un stade mélancolique, ordinairement assez court (comme Groulart l'a dit de toutes les folies), et que plusieurs accès de manie présentent, au moment de leur convalescence, une légère période de dépression qui est, en quelque sorte, le résultat naturel du grand épuisement nerveux causé par une excitation prolongée, quand cette excitation vient à cesser, état de dépression

85

qui va en diminuant progressivement et
rapidement jusqu'à complète guérison et
jusqu'au retour complet à l'état normal.
Et bien, au point de vue psychologique,
il suffit de supposer par la pensée
une extension plus prolongée du stade
mélancolique du début ou de celui
du déclin d'un accès de Manie pé-
riodique pour le transformer en un
véritable accès à double forme de
Folie circulaire. Mais, au point de
vue clinique, cette comparaison cesse
d'être exacte, car ce n'est pas seule-
ment la brièveté ou la plus longue
durée du stade mélancolique qui dis-
tingue l'accès de la Folie circulaire.

de la période prodromique ou
de l'accès de Manie, mais ce sont les
caractères même de cet état mélancolique
bien plus prononcés et à traits
bien plus accusés, qui permettent
de les distinguer, non seulement par
la durée, mais encore par l'intensité
et par la nature propre des symptômes
spéciaux. Ce sont là des faits
sur lesquels il conviendrait d'insister
au point de vue du diagnostic différentiel
de la Folie circulaire et de
la Folie périodique. Non seulement
la folie circulaire se rapproche sous
ce rapport de la Folie simplement

périodique, mais elle a, avec elle, plusieurs autres caractères communs liés de la marche.

Les caractères sont les suivants :

1^o L'invasion de l'accès est ordinairement brusque, comme sa cessation et arrive promptement à un degré prononcé d'intensité, de même qu'elle cesse brusquement.

2^o Tous les accès se ressemblent, non seulement chez un même malade, non seulement par l'ensemble de leurs phénomènes, je veux dire par l'ensemble de leurs caractères, mais dans les plus petits détails et, quand

on a observé avec soin l'un des accès, on retrouve presque tous les mêmes phénomènes aux accès suivants et se succédant toujours dans le même ordre.

3^e Les accès se reproduisent avec une sorte de fatalité morbide, à des époques à peu près déterminées et les causes occasionnelles ne jouent aucun rôle dans leur production.

14 9^{bre} 78.

Faire une petite note sur la malade
Dupetit 14 (M^{me} Proussel) que
j'ai revue il y a un mois, rue du
Bac, que nous avions considérée comme
étant atteinte de Melancolie intermittente
dont j'avais annoncé la guérison su-
bite (ce qui a eu lieu, en effet, le 4
avril dernier) mais qui est mainte-
nant dans un véritable état d'ex-
citation, avec loquacité et besoin de
mouvement, mais qui se considère
comme guérie et que son mari regarde
également comme revenue à son

état normal ou du moins à l'état qu'il
a connu, c'est à dire à celui qui exis-
tait entre les deux accès de Mélan-
colie qui se sont produits je crois à
10 ans de distance.

Dans ces cas évidemment, il est très
difficile, au moins avec nos connais-
sances actuelles, d'établir un diagnos-
tic certain entre les Folies périodiques
(Mélancoliques ou maniaques) et
la Folie circulaire.

Faire une note abrégée sur le jeune
avocat à cheveux blancs qui avait
placé sa mère à la maison et qui

a été placé lui-même un grand nombre de fois à Troy ou dans d'autres asiles, dont l'intelligence était si brillante, en même temps si exaltée, qui a eu un grand nombre d'accès d'excitation ou ~~accès~~ de Mélancolie, et qui, pendant l'excitation, malgré le grand désordre de ses actes, avait tant d'intelligence, tant d'esprit, tant de facilité d'élocution, que beaucoup de personnes ne voulaient pas croire à son état de Folie et qu'il est parvenu à convaincre beaucoup de personnes qu'il avait été enfermé illégalement. C'est lui qui, le jour du placement de sa mère

a cassé un parapluie en présence
de mon père, après l'avoir menacé
de sa colère et de sa vengeance. Je
crois que c'est également lui qui est
devenu l'objet d'un communiqué
adressé sous l'empire, par le mi-
nistère de l'intérieur au Journal
des débats, répondant à un article
où on l'avait représenté comme
enfermé illégalement à Pau, ou
relatait qu'il avait été déjà en-
fermé cinq ou six fois dans di-
vers asiles et en particulier à
Tory.

Il serait intéressant de savoir

aujourd'hui ce que ce malade est devenu
 et s'il a continué à présenter des accès
 de même forme, ou bien si son état s'est
 transformé, car son état pouvait être
 considéré soit comme une ^{simple} ~~faible~~ folie
 raisonnée, soit comme une exalta-
 tion maniaque périodique avec une
 courte période de mélancolie terminale.
 Mais, pour ma part, je suis convaincu
 qu'il était réellement atteint de folie
 circulaire, dont les accès courts étaient
 séparés par de longs intervalles de
 raison, c'est à dire de la variété de
 folie intermittente, à double forme et
 à longue échéance, de Monsieur

Baillarger

Dans ce cas, le diagnostic pouvait être incertain, mais, pour ma part, j'ai cru à une véritable folie circulaire

12. 14 26^{re} 28.

De la Folie Cyclique

par

Le D^r Hirn, professeur de
psychiatrie à Tribourg.

La Folie Cyclique à longs accès (Folie
Circulaire, Falret; Folie à double forme
Baillarger; Mélancolie avec manie)

Ligges) est caractérisée par le retour
périodique et l'accès avec trouble pen-
 profond de la conscience, qui ne présen-
 tent pas un trouble uniforme et uni-
 que fondamental, mais dans lesquels,
 au contraire, des états de Mélancolie
 et de manie, ou bien de Manie et
 de mélancolie, se succèdent réguliè-
 rement avec une durée à peu près
 égale et entre les accès existent des
 états de lucidité à peu près complète.
 Cette folie se rattache par des formes
 de transition qui indiquent leur
 parenté très rapprochée, à la ma-
 nie périodique, puisque l'un des

états, le stade maniaque, y ressemble
complètement, et l'autre, le stade
mélancolique, se trouve habituellement
indiqué dans la manie périodique
elle-même.

Ces deux formes de maladie men-
tale ont également pour caractères
communs la prédisposition héréditaire
saire prédominante [Faber a déjà
mentionné l'hérédité comme cause
dominante et Dittmar (Bonn 1877)
a démontré sur 10 cas, l'hérédité
psychique 7 fois, et l'imbecillité
1 fois,] le début à une période
peu avancée de la vie, la durée

moyenne de plusieurs mois, et souvent d'un
 grand nombre de mois et la prédomi-
 nance d'un trouble de la conscience
 principalement portant sur la forme
plutôt que sur le fond des idées.
 Comme différence entre les deux états
 il convient toutefois de signaler que,
 d'après nos observations, la manie
 intermittente chez les hommes que chez
 les femmes, tandis que la folie cyclo-
 que serait à peu près égale chez les
 deux sexes; dans les cas de Tabet
 et de L. Meyck, les femmes
 prédominent et dans ceux de Dittmar
 ce sont les hommes.
 Les accès durent habituellement une

série de mois. Les états de Manie et de Mélancolie qui se succèdent ne forment qu'un seul et même tout, et constituent deux périodes d'un même accès, qui sont en rapport étroit l'une avec l'autre, dont la durée et l'intensité sont égales ou, du moins, dans un certain rapport de proportion l'un avec l'autre, de telle sorte que l'augmentation ou la diminution de l'un, est en rapport avec l'augmentation ou la diminution de l'autre. Les stades qui se succèdent l'un à l'autre, ne sont,

en général, séparés entr'eux que par un
 court espace de temps intermédiaire,
 qui peut quelquefois cependant s'allon-
 ger beaucoup dans les accès de lon-
 gue durée, mais, même pendant
 cet intervalle la liberté d'esprit n'
 est jamais complète puisque l'on
 peut toujours y démontrer les élé-
 ments de la Folie manie ou de la
 Mélancolie descendante. Habituellement
 succède à l'accès terminé un inter-
 valle lucide plus long, pouvant
 durer plusieurs mois, dans lequel,
 du moins, dans les cas où la ma-
 ladie est de date récente, la persis-

Avance de l'état pathologique est
difficile à démontrer.

Plus rarement on observe des cas
dans lesquels cet intervalle lucide
lui-même est très court, à tel
point qu'à peine un accès terminé,
un nouvel accès recommence.

Tandis que les premiers observateurs,
comme Bayllarger (Ann. médico-
psychologique 1854) et Faget, ont
considéré la manie comme la 1^{re}
étape et la mélancolie comme la
2^{me} période de l'accès, L. Meyer
au contraire, (Archives de psych.
chirurgie, vol. 4. p. 139) est arrivé

d'après ses observations, à une conclusion
inverse : à savoir que l'accès commen-
çait toujours par un stade mélancoli-
que, tandis que l'accès maniaque
constituait la 2^e période. Nos obser-
vations concordent à la fois avec les
deux opinions, attendu que nous avons
observé des faits des deux ordres,
les uns désignés par nous sous le
titre de manie mélancolique et les
autres sous la formule de mélancolie
maniaque. Nous n'avons pas
pu constater la prédominance de
l'une des formes sur l'autre.
Nous devons, au contraire, avouer

que, dans les relations des stades
l'un par rapport à l'autre, de
même que dans les suspensions et
dans leur durée, dans chaque cas
particulier, il existe de nombreuses
diversités

Nous pouvons, au contraire, nous ral-
lier, d'après nos propres observa-
tions, à la thèse de L. Meyer,
à savoir que le trouble mental
circulaire ne survient pas, en géné-
ral, dès son début, dans sa
forme tout à fait caractéristique,
et que souvent de courts accès,

103
d'autres fois de longs accès de mé-
lancolie, et, plus rarement, de ma-
nie, ont précédé d'après Meyer, e
ces accès de Mélancolie initiale, ne
manquant pas de traits communs
avec les accès ultérieurs, mais ne
sont pas cependant assez caractéris-
tiques pour que l'on puisse les
prévoir avec certitude, tels que la
perte de l'appétit, la diminution
rapide et très frappante du poids
du corps, de l'enbonpoint et des
forces, l'expression soucieuse de
la figure couverte de rides. Il est e

des cas également où surgissent
d'abord de courts accès d'excitation
maniaque, avec vivacité
de mouvements, gesticulations, rires,
parler à haute voix en contraste
frappant avec les traits profondé-
ment creusés par les rides.

L'accès de trouble circulaire (quand
il commence par le stade mania-
que) commence en général ainsi:
La plupart du temps, les premiers
symptômes éclatent brusquement
et sans préparation.

Peut-être après de courts prodromes.

névralgiques en même temps qu'une congestion sanguine intense vers la tête et une activité accrue, quelquefois irrégulière du poulx, survient une transformation complète de tout l'aspect extérieur de l'individu, surgescence vive de la face, physionomie animée, traits expressifs du visage. L'appétit et le désir de boire sont augmentés, la digestion activée et le besoin de sommeil diminué.

En même temps l'humeur devient plus gaie, le sentiment de satisfaction de soi-même augmenté et souvent même une conscience exagérée.

en soi, qui se manifeste par des
dispositions impératives et le besoin
du commandement. La vie intel-
lectuelle est augmentée et se mani-
feste par un riche mouvement
d'idées qui se succèdent et se
remplacent et par un réveil de
souvenirs qui sommeillaient dans
la mémoire. Par suite de ce réveil
des idées et des souvenirs, l'éten-
due de la capacité intellectuelle
semble augmentée, la conversation
devient animée et variée par des
exhibitions de discours, de poésies
ou de morceaux de musique.

Il se produit un plus grand besoin
 d'agir, souvent une activité sans
 but, une grande disposition à
 faire de l'esprit ou à manier
 l'ironie, à calomnier, à rire, à se
 moquer. On observe alors le tableau
 d'une véritable folie raisonnée.
 Quelquefois l'excitabilité reste un peu
 sur le second plan et la disposi-
 tion fondamentale est l'aigreur,
 le mécontentement. Le sentiment exa-
 géré du moi ne trouve que des con-
 tradictions dans le monde extérieur
 et elles sont alors combattues par
 lui de la belle façon; le malade
 s'abandonne alors à de violentes

injures et à des éclats de colère.
De même que dans la manie py-
riodique, il se produit alors, dans
un certain nombre de cas, au sum-
mum de l'accès, un plus grand
grand trouble de l'intelligence avec
des signes d'irritation directe du cer-
veau, la tête chaude et une accéléra-
tion de la circulation capillaire; il
survient des hallucinations de l'ouïe
et de la vue, des conceptions délirantes
qui traversent l'esprit et l'excita-
tion maniaque acquiert un plus
haut degré d'intensité et s'abaisse
de nouveau. Ensuite suit un stade

avec trouble purement formel, et, dans
ces cas plus compliqués comme dans
les cas plus simples, une cessation rapide
et très peu motivée de l'accès de
Manie.

Nous avons encore à mentionner l'ob-
servation intéressante de L. Meyer,
à savoir que, dans le stade mania-
que de la folie circulaire, non seulement
les malades paraissent resplendissants,
flouissants de santé, semblent plus
jeunes, ont une peau plus souple
avec disparition des rides et des
plis qui existaient dans l'état mé-

lancolique, symptômes qui peuvent
être rattachés surtout à une modi-
fication complète profonde de l'insen-
sation, mais, tandis que dans les
accès ordinaires de Manie, la
nutrition semble souffrir et baisser,
il y a ici, au contraire, augmen-
tation de l'embonpoint et du poids
du corps, qui, non seulement est ap-
préciable mais encore qui peut, dans
quelques cas, s'élever à un degré
considérable, (de 35 à 54 livres dans
l'espace de trois mois) poids du
corps qui diminue lentement lors-

que le calme revient. Meyer est disposé
en se basant sur ce fait, à consi-
dérer les accès maniaques de la
folie circulaire, comme une névrose
trophique embrassant l'organisme tout
entier, tandis que Fluppert (Schmidt's
Jahrbuch 1872 N° 3) s'opposant à
cette manière de voir, fait remar-
quer que d'après les derniers ensei-
gnements de la physiologie de la
nutrition, l'emboupoint pas plus
que le sentiment subjectif de bien
être, ne sont une mesure exacte
de l'état de la nutrition et que
celle-ci ne peut être trouvée avec

certitude que dans l'examen direct
des aliments introduits et des sé-
crétions rejetées au dehors.

Disman (ouvr. cité) a observé l'aug-
mentation et la diminution du
poids du corps, aussi bien dans
le stade mélancolique que dans
le stade maniaque et ne peut,
par conséquent, se ranger à l'opinion
de Meyer. Il rapporte, au con-
traire, l'état de diminution de la
nutrition à la petite quantité de
nourriture introduite, liée à un af-
faiblissement ou à une paresse de

la digestion, au manque de sommeil
 et au grand degré d'agitation mus-
 culaire, symptômes qui peuvent se pro-
 duire également dans l'état mania-
 que, tandis que, dans certaines circons-
 tances, il peut arriver, par Ex.
 dans la mélancolie apathique, que
 l'on parvienne à introduire une quan-
 tité de nourriture suffisante, qu'elle
 peut être assimilée, que le sommeil
 peut être suffisant et que même
 dans la mélancolie on peut consta-
 ter l'augmentation du poids du
 corps.

Mais revenons à la description de

L'accès.

Et la Mélancolie vient se joindre la Manie après un intervalle ordinairement assez court d'un état relativement normal, mais contenant presque toujours des éléments de l'un ou l'autre état. L'invasion de la Mélancolie peut être très rapide (Meyer) et elle peut arriver promptement à son summum, mais dans d'autres cas la dépression ne s'établit que très lentement et progressivement. Souvent il existe un profond sentiment de maladie pouvant s'élever jusqu'au degré

d'une hypochondrie très caractérisée

La Mélancolie peut rester tout le temps apathique avec une disposition invincible au repos; les malades s'éloignent de toutes leurs relations, ne prononçant aucune parole, ne pouvant être incités à aucune action, refusant les aliments, arrivant ainsi à l'amaigrissement et passant des semaines et des mois presque sans mouvements dans leur lit.

Ou bien la Mélancolie se manifeste sous la forme de l'anxiété, principalement localisée à la région pré-

cordiale, et tantôt restant sans objet, tantôt, au contraire, conduisant à des tentatives d'explication; dans ce dernier cas, surviennent des reproches que les malades s'adressent à eux-mêmes relativement à leur passé, ou des craintes anciennes relativement à leur avenir. Quelquefois aussi la Mélancolie peut se présenter sous la forme agitée; il se forme alors une multitude d'idées pénibles que les malades expriment en pleurant et en se lamentant à haute voix. Le sentiment de malaise et de souffrance s'élève

115

souvent alors jusqu'au Tedium vite
(ils veulent mourir) Plusieurs de nos
malades ont porté la main sur eux-
mêmes et cela fréquemment pendant
plusieurs de leurs accès.

Ce qui est caractéristique dans ces ac-
cès de Melancolie, c'est le trouble ordi-
nairement peu profond de la conscience
et l'apparition très rare du délire des
sens et de conceptions délirantes.

D'importantes manifestations soma-
tiques viennent ordinairement se join-
dre à ces paroxysmes. Au premier
rang nous trouvons des troubles
sensitifs : Chaleur, pression et douleur

à l'épigastre, névralgie intercostale,
mammaire ou de la 9^{me} paire,
céphalalgie, douleur des membres.
La circulation (à l'exception de la
forme agitée) est généralement ralentie,
avec des extrémités froides et bleuâtres;
le mouvement artériel a diminué et
les bruits du cœur sont faibles, la
respiration superficielle, la peau sèche,
les pupilles quelquefois dilatées.
Il existe ordinairement de la fatigue
et de l'affaissement, perte de l'appétit
avec langue chargée, quel-
quefois des vomissements et de la
diarrhée, fétidité de l'haleine, symp.

foires qui manquent dans la période maniaque.

La dépression se maintient ordinairement, dans chaque cas particulier, pendant un temps déterminé, au même degré, pour diminuer ensuite rapidement et pour passer à l'intervalle de lucidité.

Les variétés de Folie Circulaire qui se présentent sous la forme de Mélancolie ou de Manie, présentent en intermettant les termes, le même tableau pathologique.

La Mélancolie initiale survient ordinairement brusquement et arrive

rapidement à son summum, tandis
que dans le court intervalle qui suit
la dépression la réaction psychique
est affaiblie par suite des résidus
de l'état mélancolique et les ma-
lades restent paresseux, obtus, réver-
sés et irrésolus.

Les intervalles lucides qui surviennent
entre les accès se comportent comme
il a été indiqué précédemment,
et ils sont, en général, plus ou
moins en rapport avec la durée
des accès et ordinairement d'une
durée de plusieurs mois. Néanmoins
il se présente de temps en temps

à l'observation des cas dans lesquels ces intervalles de santé relative sont de très courte durée et bientôt remplacés par une nouvelle explosion de l'accès.

Tous cette forme, les accès ci-dessus décrits se renouvellent pendant un très long temps dans le même ordre de succession. Les mêmes stades des accès se reproduisent de nouveau à la manière ancienne. Nous observons, chez le même individu les mêmes symptômes mélancoliques et les mêmes symptômes maniaques, les mêmes sensations, les mêmes idées, les mêmes manifestations et les mêmes symptômes

physiques. Il se produit seulement
des oscillations, quant à la durée et
à l'intensité des manifestations

Dans les deux phases de la
maladie il se manifeste comme une
double vue. Deux personnalités abso-
lument différentes se remplacent indi-
finiment dans chacune, reprend son
existence propre dans chaque nou-
veau stade du même nom et la
continue jusqu'à la fin de cette pé-
riode. Le même contraste diamé-
tralement opposé se montre dans
les fonctions organiques et psychi-
ques, ici pouls lent, là pouls rapide

ici surgescence, la pâleur, d'un côté sentiment de bien être, de l'autre sensations somatiques, pénibles. Ici encore muse animée, la traits tirés anxieusement; enfin d'un côté disposition à l'activité avec impulsion constante à agir, et d'autre part sentiment de la personnalité amoindrie et passivité prédominante « Deux âmes, selon l'expression du poète, sommeillent ainsi dans la même poitrine »

Il serait difficile de donner une explication satisfaisante de cette métamorphose. On ne peut se ranger absolument à l'opinion de Dittmar

sans cependant vouloir déprécier les
tentatives et l'explication intéressantes.
Il refuse, en effet, à la Folie Circulaire,
toute existence indépendante et ne
veut y voir que l'application conti-
nuée indéfiniment de la loi générale
de toutes les maladies nerveuses qui
neut que toute action dans un
sens soit suivie d'une réaction
dans le sens opposé. C'est, en effet,
un développement rationnel de la
théorie intelligente de Gueslain qui
a beaucoup de faits en sa faveur,
et admettre que les états de légère
dépression qui suivent les accès

de Manie et les états d'excitation qui succèdent souvent aux accès mélancoliques doivent être considérés comme le résultat de la loi générale de la réaction psychique. Mais d'abord il n'est pas prouvé que toutes les formes de la folie passent nécessairement par ces phases de réaction pour aboutir à la guérison et plus même en admettant ce fait général, il resterait encore à démontrer pourquoi ces états de réaction très faible par rapport à l'intensité et à la durée de la maladie, dans la plupart des folies, deviennent, dans le cas qui nous occupe,

aussi intense que la maladie elle-même, arriveraient à la même hauteur pour être ensuite suivis d'une réaction en sens inverse d'une même intensité et d'une même durée!

Enfin, il serait bien difficile de comprendre que dans les cas avec intervalles de raison très prolongés, la réaction ne s'établisse qu'après une longue suspension de la maladie.

Nous devons donc, avec les premiers auteurs, considérer la Folie Circulaire comme constituant réellement une forme spéciale de maladie

mentale, qui possède des caractères vraiment bien déterminés. S'il est vrai qu'il n'existe pas, entre tous ces faits, une ressemblance absolue, au point de vue de la durée et de l'intensité des accès, et si les modifications dans la marche peuvent être influencées par des circonstances extérieures, néanmoins le caractère fondamental des accès, leur marche et leur tableau symptomatique chez le même individu, est tout à fait analogue.

Dans beaucoup de cas même, nous

avons pu constater pendant des an-
nées, une reproduction identique
et une marche absolument régulière
des mêmes accès.

Observation VI74. Age 28.

Folie circulaire . Période d' une demi
année de Melancolie et de Manie,
d' égale intensité . Intervalles très
courts entre les deux états

Ursule Gl. . Veuve de journalier.
 Héritée directe du côté du père .
 Née en 1810, mariée en 1837, accouchée
 6 fois (une fois 3 enfants, une fois
 2 jumeaux), le dernier seul a vécu
 Personne intelligente, mais légère et
 désireuse de plaisirs . Autrefois en bonne
 santé et bien réglée .

En 1890, Mélancolie (Dépression violente,
angoisse pour elle-même inexplicable,
absence de repos de jour et de nuit,
incapacité de prier, *trædum intus*) qui
ne se dissipe pas sous l'influence
de circonstances défavorables; au con-
traire, il resta une grande exaltabilité
un état de mauvaise humeur et
de mécontentement général qui se
déversait sur tout l'entourage. A
cela vient s'ajouter ensuite la perte
d'idées religieuses, d'idées morales
et d'idées de droit, de sorte que
dans le reste de son évolution, l'état

mental ressemblait beaucoup à celui de
 la folie morale de forme mélancolique.
 Depuis cette époque, chaque année,
 depuis Noël jusqu'à février, un ac-
cès de Mélancolie (avec brulures,
 pression à l'épigastre, céphalagie, etc.)
 Dans les intervalles, grande irritabilité
 et excitabilité, besoin d'agir et, de
 temps en temps, absence de repos.
 Dans le cours des années suivantes,
 il s'établit chez la malade un état
 de véritable Folie circulaire, dont
 les stades mélancoliques se mani-
 festaient par une disposition dépres-

line, une absence de repos, des sentiments d'angoisse, et étaient remplacés par des états d'exaltation grande avec grand besoin de mouvement, loquacité intarissable, besoin incessant d'agir et de se mouvoir, et grande fermentation d'idées, tous jours de la même nature.

En 1856, elle fut admise dans l'asile de Buz, par un stade mélancolique (parce que la maladie s'est développée à la suite de la mélancolie), Abattement général de l'être tout entier, se produisant rapidement, tendance à se retirer dans

la solitude, concentration en soi-même, grande irritabilité douloureuse. Bientôt accès violent d'anxiété se localisant à l'épigastre.

La disposition générale à l'anxiété se transforme bientôt en conceptions délirantes; la malade se reproche de n'avoir pas vécu chrétiennement, d'avoir été avare, et croit, dès lors, qu'elle ne pourra pas aller au ciel. Elle se plaint de ne pas pouvoir prier, d'être damnée, qu'elle ne peut plus trouver de consolation dans la prière, et rumine, de temps en temps, des idées de suicide.

Elle s'établit parfois dans sa tête comme
une succession involontaire d'idées
pénibles, ainsi qu'une disposition hos-
tile contre tout l'entourage. En géné-
ral, cependant, elle est tranquille
et abattue, regarde tristement devant
elle ou bien s'occupe de travail mé-
canique et complètement plongée
dans ses tristes pensées. Le stade
mélancolique est régulièrement accom-
pagné de troubles nerveux qui man-
quent absolument dans le stade
maniaque, et surtout des névralgies
(douleur à l'épigastre, névralgie
de la 5^{me} paire et intercostale, dou-

leur persistante dans les seins) abatement général et sentiment de fatigue, sensations de froid etc. Symptômes qui élèvent la disposition pénible du moral à sa suprême puissance. D'autres symptômes, à l'exception de la menstruation abondante, à l'époque de la mélancolie, manquaient. Après le ~~déclin~~ de la dépression, il n'y avait pas de véritable inter. valle de liberté d'esprit, mais le stade maniaque commençait à se développer. Il s'annonçait régulièrement par une irritabilité, augmentée, rapidement survenait l'augmentation

du sentiment de satisfaction de soi-même, disposition à ranger toutes choses, à travailler à tout dans sa maison, à se parer de fleurs, de rubans et loquacité incessante témoignant d'une véritable fermentation croissante des idées. Elle devenait aimable, faisait des projets et des plans, demandait sa sortie avec violence et s'emportait sans réserve quand on refusait d'accéder immédiatement à ses desirs. L'établissement n'était qu'une prison ou une maison de prostitution, la nourriture et le traitement affreux! Elle s'a-

abandonnait à de grands accès de colère,
 et se laissait entraîner à des menaces
 et même à des actes violents. D'une
 manière temporaire seulement la ma-
 lade détruisait ou était malpropre
 avec l'intention bien évidente de saqui-
 ner et de contrarier le personnel. Lors-
 que l'accès, au bout de quelque temps,
 arrivait à son summum il s'établissait
 indépendamment d'une grande frivolité
 et d'une obscénité sans bornes avec dis-
 position à vagabonder pendant la
 nuit, des hallucinations de l'ouïe et
 de la vue.

Dans le déclin de l'accès, il survenait

un grand nombre de desirs, dont l'objet variait très rapidement, à l'arrière plan des manifestations et qui contrastait singulièrement avec la profonde dépréciation de soi-même et la disposition à se contenter de tout, sans rien réclamer, qui existait dans la période mélancolique. Les troubles sensitifs de la première période disparaissaient complètement pendant le stade maniaque.

Egalement à la suite de ce second stade, il n'existait pas de long intervalle de lucidité. Aussitôt

que l'excitation avait complètement cessé et que l'équilibre psychique était rétabli ou commençait à voir poindre très rapidement les premiers symptômes de la mélancolie commençante. Ainsi se reproduisaient la mélancolie et la Manie, durant chacune environ une demi année, se succédant régulièrement; un accès étant absolument semblable au précédent, jusqu'à la mort, qui eut lieu en 1871, à la suite d'un cancer du sein.

Observation VII

14 Oct 28.

Folie circulaire. Manie sans délire
Melancolie hypochondriaque.

Charles G. né en 1805, fils de gens
d'affaires aisés, très chargé d'hérédité,
(La mère et un grand nombre de
parents ont été aliénés; un fils et une
nièce sont atteints de formes périodi-
ques de la folie) bonne santé physique
et qualités intellectuelles remarquables,
tempérament vif et irritable, dès
l'enfance extrêmement prononcé.

Dans la dix-septième année (1822) G.
fut atteint, sans cause occasionnelle,
comme d'une manière subite, d'une
maladie mentale avec le caractère de
l'excitation et qui, après une durée
de deux mois, se transforma en dépres-
sion psychique dont le malade ne se
releva complètement qu'après six mois
environ. Depuis cette époque, il eut
tous, les deux ou trois ans, des ac-
cès analogues d'excitation maniaque,
suivie de mélancolie dont il guérit
chaque fois après une durée de 3 à
6 mois. Pendant les premiers accès,
il fut traité, soit dans la maison
paternelle, soit dans l'hôpital de la

ville, ou dans divers établissements d'aliénés, étrangers.

Dans l'intervalle, il avait pu suivre les cours de l'université, étudier le droit, subir les examens et pratiquer pendant plusieurs années.

À l'explosion du 8^{me} accès (1832) il fut transporté à l'asile de Heidelberg et, dans les accès suivants, à l'asile d'Helmstedt.

Dans le compte-rendu médical de cet asile, on constate comme caractère prédominant de l'accès, une grande exagération dans

l'estime de ses forces intellectuelles et de son jugement, un vif besoin de disputes et le besoin d'avoir

141

raison. Dans beaucoup de ses manifestations, il montre de la finesse d'esprit et une très bonne mémoire. Il manifeste actuellement de mauvaises tendances à exciter ses parents ainsi que les personnes qui l'entourent par une opposition incessante, par de grossières accusations et par des reproches. Il cherche à les blesser, à les exciter les uns contre les autres, à troubler par tous les moyens, l'ordre et le repos de la maison. Il ne supporte aucune contradiction sans devenir très violent. Il néglige ses affaires, sa maison, et a une grande tendance à vagabonder, à visiter des brasseries, des lieux

de plaisirs, de distractions. Bête rouge
et congestionnée, activité circulatoire aug-
mentée, grand appétit, soif exagérée,
peu de sommeil.

Après l'admission dans l'établissement
surviennent les phénomènes suivants:
Le sentiment du Moi était très sus-
cité, la disposition sentimentale plus
ou moins excitée, éclatant pour des
motifs futiles et s'apaisant, d'ailleurs,
facilement. La vie intellectuelle se
développait rapidement et sans limite,
la volonté ne connaissait pas d'ob-
stacles. Un grand besoin de mou-
vement s'emparait du malade,
se trouvant partout à l'étroit, il ne

pouvait rester en place nulle part. Depuis le matin, de bonne heure, jusqu'au soir il marchait d'un pas rapide dans toute l'enceinte de l'établissement, donnant des ordres et blâmant tout. La nuit, il n'avait qu'un sommeil rare et interrompu, se levait souvent, éveillait ses voisins pour causer avec eux, faisait du bruit, frappait à la porte, cherchait ensuite à s'excuser par un prétexte sans valeur. La grande fermentation incessante d'idées ne pouvait être satisfaite ni par une loquacité intarissable, ni par l'action d'écrire un grand nombre de lettres. Il éprouvait

une foule de besoins et était excité généralement. Le besoin de manger était lui-même très augmenté ainsi que la soif, de sorte que ce malade extraordinairement très modéré, demandait du vin et consommait une grande quantité d'eau. Du reste, la digestion était réglée. Après que le paroxysme avait atteint son summum en quelques semaines, il y restait jusque vers la fin du second mois pour diminuer ensuite progressivement et descendre peu à peu au niveau normal. Celui-ci se maintenait peu de temps et encore avec une disposition exagérée.

148

rie au sommeil, pour tomber bientôt
dans un état de dépression.

Le tableau complet de la mélancolie s'é-
tablissait rapidement; le malade fuyait
maintenant la société qu'il recherchait
tant autrefois, dans sa disposition
fruste et son esprit amoindri, ses con-
ceptions devenaient monotones et tour-
naient toutes autour de son état de
santé personnelle. Il se plaignait de
sa tristesse, se faisait des reproches
sur son incapacité et sur sa vie inac-
tive. L'appétit était diminué et
l'aspect de la physionomie relâché.
Cet état de dépression durait de
2 à 3 mois, et après cet espace

de temps, il s'établissait de nouveau un état d'équilibre psychique.

Les accès de folie circulaire se reproduisent par la suite un grand nombre de fois, en commençant toujours par la manie, après laquelle survenait un intervalle d'abord de quelques semaines, puis de quelques mois, relativement sain, et enfin revenait le stade mélancolique, après lequel survenait la grande suspension mélancolique morbide durant pendant longtemps.

Les accès présentaient toujours ensuite le même tableau morbide.

Troubles de l'estomac prodromiques

de nature spasmodique, mais sans mélancolie prodromique. Ensuite afflux du sang vers la tête (visage coloré, conjonctives injectées), augmentation de l'activité de la circulation (pouls fréquent, pulsations de la carotide, pleines). Aussitôt après exaltation montant rapidement, augmentation du sentiment de la personnalité, estime exagérée de lui-même, attitudes de commandement, excitable, desirs nombreux, mécontentement avec attaques correspondantes, grande production d'idées répondant par leur contenu, à l'exagération du sentiment du moi, projetée au dehors à très haute voix, instabilité crues-

culaire avec mouvement de va et
vient continuels. Au summum de
l'accès, tapage et cris. Beaucoup
de désordre dans les actes avec
tentatives ultérieures pour les justi-
fier et les expliquer. Augmentation
de l'appétit et de la soif, augmen-
tation de la sécrétion de salive.
Pas de conceptions délirantes et
pas d'hallucinations.

Pendant quelque temps la maladie
restait à la même hauteur, puis
descendait peu à peu jusqu'à un
degré à peu près normal.

Après quelques mois de calme et
de raison, commençait la mélancolie.

749

Rapide apparition d'une profonde
dépression avec pression précordiale,
disposition hypochondriaque, disposi-
tion hypochondriaque, désespoir de
la guérison, sentiment d'incapacité,
perte de la confiance en soi, grande
impressionnabilité aux influences
extérieures, *foedum vitæ*, avec ten-
sations de suicide, diminution de
l'activité circulatoire et amoindris-
sement de l'activité musculaire.

Après plusieurs mois, dimi-
nution de la mélancolie et pas-
sage à un intervalle lucide plus
prolongé. Les stades managés du
raient, dans la dernière période,

de l'observation, environ 5 mois; après
venait un état intermédiaire de
2 à mois auquel succédait un
état mélancolique durant de 4
à 6 mois et auquel succédait à
son tour, une période d'intervalle
lucide d'un an $\frac{1}{2}$ à 3 ans. Une
fois même, à moins qu'un ac-
cès avorté ait passé inaperçu pen-
dant son séjour chez lui, l'inter-
valle lucide a duré plus de 4 ans.

L'état psychique, pendant cet
intervalle, représentait une faiblesse
intellectuelle qui augmentait lente-
ment d'une suspension de la mala-
die à la suspension suivante.

Description de la Folie Circulaire
par Schüle.

p. 432.

14 28^{re} 28.

Le mode d'évolution de la Folie circulaire présente de nombreuses variétés, soit au point de vue de la forme de chacune des phases, qu'au point de vue de leur succession dans le temps. L'intensité de la maladie est également très variable. Tandis que certains cas de cette maladie, cependant d'un caractère typique, s'écoulent au dehors, au milieu de

la vie calme de la famille (paresse
d'esprit périodique, alternant avec
la vivacité intellectuelle se produi-
sant également par périodes, avec
esprit et grande production d'idées
quelquefois accompagnée de disposi-
tions à la boisson etc) et d'autres formes
plus graves au contraire, appartiennent
à la catégorie de celles qu'un
asile d'aliénés seul peut renfermer.
Les caractères de cette forme, sont
comme pour toutes les folies périodi-
ques :

1^o La lucidité partielle, aussi bien
dans l'état mélancolique que dans

la manie (et, par conséquent, dans les états types, la folie raisonnante qui ne manque jamais.)

2^e: La ressemblance photographique des paroxysmes correspondants.

3^e: La continuation du trouble mental, même dans les moments les plus favorables des intervalles lucides, de sorte que, de même que dans les folies périodiques, chacun des stades séparés doit être considéré comme des actes coordonnés d'une même maladie fondamentale.

L. Meyer, décrit d'une manière aussi fine qu'exacte, l'état men-

est observé dans l'intervalle, en disant que le changement observé est semblable à celui que l'on constaterait chez une personne que l'on aurait connue jeune et que l'on reverrait, pour la première fois, après de longues années. La réaction psychique générale paraît affaiblie et beaucoup moins individualisée. Les anciennes idées et leur rapport entre elles ne paraissent pas changés, de même que la sensibilité des malades, leurs sympathies et leurs antipathies subsistent comme autrefois. Mais sous ces faits

psychiques ne se produisent plus avec la même vivacité qu'autrefois ni avec la même étendue. Les malades semblent paresseux, rêveurs, les conversations avec eux fatiguent énormément. C'est un reste d'humeur mélancolique plutôt qu'une véritable obdusion intellectuelle. Chaque excitation à un acte semble revêtir chez le malade d'une responsabilité et un souci exagéré, et vaguement senti des suites que ces actes pourraient entraîner. "Falret parle (p. 465) de cas dans lesquels l'intervalle présente un tel contraste avec l'état observé, une

tel contraste avec l'état observé pen-
dant les paroxysmes que l'on aurait
pu croire à une véritable guérison.
Pour quelques cas exceptionnels il veut
bien admettre en passant un état où
la raison paraît redevenue ce qu'elle
était anciennement » D'autres fois,
j'ai observé dans toute la période
intermédiaire, comme un sentiment
persistant et pénible de honte rela-
tivement aux actions perverses ac-
complies pendant la phase d'excit-
ation dont les malades bien élevés
se rappellent bien exactement tous
les détails, sentiment de honte qui

152

les porte à une manière d'être, ressassée,
et, comme exigent une réparation.
Cette disposition se maintenait en di-
minuant de plus en plus jusqu'
au début de l'état maniaque.
En ce qui concerne la description cli-
nique plus exacte des phases mé-
lancoliques et maniaques, Falret
leur assigne à toutes deux un
caractère typique en ce sens que ces
deux états ne se manifestent que
par leurs traits généraux, dans
la mélancolie, la passivité, dans
la manie, l'exaltation et l'activité.
« L'excitation, dit Falret, est une

simple surexcitation de toutes les fa-
cultés, et par exception et temporai-
rement seulement, le délire maniaque.

La succession incohérente des idées et
les conceptions délirantes ne survien-
nent que dans un petit nombre de
cas (Tabret, p.) D'un autre
côté cependant, L. Meyer constate
l'existence des conceptions délirantes
et des hallucinations, dans un cer-
tain nombre de cas, aussi bien
dans la période maniaque que dans
la période mélancolique et surtout
dans la première.

En réalité, d'après mon observation,

je crois qu'il existe des cas des deux espèces. Il est des faits qui correspondent parfaitement à la description faite par Falret, et je puis ajouter que ces faits ne paraissent pas être ceux qui présentent la nature la plus grave, attendu qu'ils sont liés à la plus grande prédisposition héréditaire (Folie circulaire de la mère)

D'après la simplicité ou la plus grande richesse des manifestations, les divers cas particuliers se subdivisent ainsi :

- 1^o. Chez une partie des malades, la phase mélancolique ne dépasse pas la forme la plus élémentaire. On peut dire, en effet, que toutes les

variétés de la mélancolie qui peuvent
se présenter à l'observation, il n'en
est aucune qui soit plus pure et
plus conforme au type classique, sous
sa forme la plus adoucie, que le
stade dépressif de la folie circulaire.
L'échelle élève depuis le simple senti-
ment de la douleur, de l'impuis-
sance de vouloir, de l'Abulie dont
a péniblement conscience, avec passi-
vité, torpide (le malade est comme
transformé en une statue) jusqu'à
l'instabilité anxieuse et à l'hypé-
resthésie morale pour toute pensée

161

question et tout bruit. Avec cela, il reste ordinairement au malade une portion du terrain de la conscience, tellement intacte qu'il reste capable d'apprécier la réalité autant que la concentration pénible le permet, et de se manifester d'une manière très convenable.

(Ordinairement, il se manifeste corporellement un grand amaigrissement, avec pâleur, absence de mobilité des traits, troubles de la digestion, constipation opiniâtre, fétidité de l'haleine.) La circulation est ralentie, le pouls petit, mou. Le sommeil seul, est meilleur qu'à l'époque de l'excitation.

2.^o L'autre catégorie de faits marche vers le type des mélancolies avec

idées délirantes et principalement avec
idées de culpabilité et d'accusations
pour sa propre personne, et des paroxysmes
de grande anxiété, relativement
à un malheur imminent sont également
très fréquents; il en est quelques-uns
enfin qui se dirigent dans la
voie des idées de persécution même
avec quelques tendances érotiques et
lascives, surtout chez les femmes.

L'état maniaque revêt également
des formes diverses.

Il peut parcourir tous les degrés de
l'échelle de la manie.

Le plus grand nombre des faits revêt
le type de l'exaltation simple, généra-

générale et indéterminée. Elle se reconnaît dans ce sens que la manie se met surtout dans la sphère de la conscience et de la volonté. On n'observe pas, en général, ces mouvements luxuriants, cette succession rapide d'idées incohérentes et ce trouble du moi et de la personnalité qui caractérisent la manie proprement dite. L'excitation cérébrale semble simplement s'être élevée de niveau sans être arrivée à la tempête. C'est la propulsion malade de l'être humain tout entier mais avec conservation de la personnalité. Le malade se répand au dehors en besoin d'agir, besoins d'acheter, projets de mariage,

dans un sentiment de force et de bien être exagéré; avec le Mephistophèles de la folie raisonnante caché par derrière. Ce sont là des états bien importants à connaître et bien difficiles à apprécier au point de vue médico-légal. Chacune de ces dispositions expansives, a son corollaire obligé; le désir de mariage s'accompagne de coquetterie et de disposition à s'habiller d'une manière originale et peut aller jusqu'à l'indécence la plus éhontée, et le sentiment de bien être exagéré se manifeste par un désir de sociabilité et une disposition à causer avec malice qui peut arriver jusqu'à un

165

bavardage sans valeur et une désagréable
insistance pour se faire écouter.
Ordinairement on voit bientôt se produire
(et quelquefois même dès le commence-
ment) le signe clinique, caractéristique
de la vie cérébrale dégénérative: des actes
violents et instructifs s'introduisent au
milieu de l'état maniaque jusqu'à
l'insolent et, surtout chez les femmes,
gracieux et bienveillant. Le penchant
à la destruction et à salir, l'indiffé-
rence pour les vêtements et les vêtements,
des allusions frivoles pouvant aller
jusqu'au cynisme effronté, le désir
de scandale, le besoin de quereller, de
mentir, de tromper et de calomnier

changent rapidement le coloris de cet état maniaque à un degré que la manie ordinaire atteint rarement.

L'autre forme de l'excitation circulaire se présente sous un double aspect : ou bien l'excitation cérébrale s'élève jusqu'à l'intensité de la manie par cause organique (manie par cérébra-psychose) ; ou bien la surexcitation centrale se maintient encore dans la sphère psychique, mais prend les signes de la dégénérescence intellectuelle, comme dans le délire chronique exalté, avec exagération du sentiment du moi, idées fixes déterminées relativement intactes.

Chez un de mes malades hommes, c'était un délire de grandeur politique religieuse, avec toute une histoire religieuse romanesque sur sa propre existence qui surnageait au milieu de la période d'excitation. Dans un second cas, chez une femme, le stade magique était rempli par une espèce d'hyperesthésie fantastique et poétique, qui animait tout dans la nature, dans lequel les plantes s'animaient et sentaient et ou tous les actes et toutes les pensées des malades devenaient des symboles directeurs. Dans d'autres cas, il se mêlait à cet

état maniaque des paroxysmes de folie
hypocondriaque chronique.

En ce qui concerne la succession des phases
séparées l'une par rapport à l'autre et
relativement à l'intervalle lucide, la
variété des formes n'est pas moins
grande.

D'abord, il faut d'accord avec L.
Meyer, et, contrairement à l'assertion
de Faber et de Baillarger, admettre
qu'en général, la mélancolie constitue
le stade initial. Seulement, on peut
se ranger à la seconde partie de l'opini-
on de L. Meyer, à savoir que cette
mélancolie à sa première apparition a
la plus grande intensité et est suivie

de l'intervalle lucide le plus long et le plus complet au point de vue du retour de la santé raison. Après la mélancolie vient ordinairement l'intervalle lucide mais pas toujours. D'autres fois l'accès maniaque se lie d'une manière très étroite à l'accès mélancolique ou bien se produit après une suspension lucide de très courte durée. Après l'accès maniaque, revient ensuite l'accès mélancolique. Le mode de développement est également très variable. Falret soutient que, (à l'exception de quelques faits) la période de dépression se produit avec une grande lenteur. L. Meyer, au contraire, admet que sa production est très rapide.

La vérité pourrait se trouver là, entre
les deux opinions, quoique, d'après
ma propre observation, le caractère fon-
damental de la Folie Circulaire soit,
en général, un changement brusque
d'état, avec ce caractère toute fois, que
dans plusieurs cas, cette explosion brus-
que provient après une lente prépa-
ration, ce qui se trouve de nouveau
d'accord avec l'opinion de Falret.
Ce qui prouve combien ces variations
sont individuelles et combien, en somme,
la Folie Circulaire se rapproche singu-
lièrement de la Folie périodique, c'est
le résumé du cas suivant observé
par moi chez un homme :

En 1851, 1^{er} accès de mélancolie, en hiver, causé par de grands soucis d'affaires et par beaucoup d'efforts de travail. En été, rétablissement sans aucun stade maniaque intercalé; l'hiver suivant reproduction de la mélancolie qui dura encore jusqu'à l'été. La mélancolie périodique se reproduisit ainsi sous les hivers jusqu'en 1854, où le malade fit, vers la fin de son accès, une cure d'eau à Fissingen. Pendant l'emploi de cette eau, survint le premier accès de manie; il coquetait, se croyait de plusieurs années plus jeune, il faisait des projets de mariage et voulait entreprendre des voyages. Vers l'automne, il reprit

ses affaires et devint de nouveau mélancolique en hiver jusqu'en été. Depuis cette époque, il s'est établi régulièrement, après la diminution progressive de l'état mélancolique, un état de Manie, d'abord léger mais bientôt appréciable pour tout l'entourage, le cercle fut ainsi établi régulièrement et dure encore aujourd'hui, avec cette seule différence que les accès ne se terminent plus avec l'hiver et durent maintenant plus longtemps. Relativement à la durée des différentes phases, on ne peut établir aucune règle absolue. Elle aussi, comme tous les autres caractères cliniques, est sujette à beaucoup

de variations. Ordinairement les accès s'étendent peu à peu à un espace de temps de plus en plus long, à des mois, à des années, tandis qu'au début les accès étaient courts et se déroulaient en un cercle de quelques semaines. Le stade de dépression dure ordinairement plus longtemps que celui d'excitation.

D'après cela, plus les deux états durent longtemps, plus long aussi est l'intervalle lucide. Ce qu'il y a de plus remarquable, ce sont des cas, et d'ailleurs assez rares, dans lesquels la maladie circulaire se borne à la durée bien courte de quelques jours et arrive ainsi à constituer une véritable forme alter-

nante de Manie et de Mélancolie.
Cependant ce type n'est pas toujours
régulièrement exact au point de vue
astronomique, mais seulement par
approximation, quoiqu'il y ait cepen-
dant des faits où cette alternance
acquiert une précision presque mathé-
matique.

Lorsque la folie circulaire s'est une fois
nettement établie avec ses longues pé-
riodes, elle s'étend pendant toute
la vie de l'individu qui devient
ainsi le théâtre de ce triste change-
ment à vue organo-psychique, et,
malgré une certaine faiblesse intellec-
tuelle progressive, cet état n'aboutit

Jamais à une véritable démence.

Pour la Pathogénèse des cas classiques de Folie circulaire à longues périodes, L. Meyer a, comme il a déjà été dit précédemment, cherché à en faire une trophonévrose et, d'ailleurs, l'explication des modifications trophiques par l'influence des vasomoteurs est rendue difficile par ce fait que l'état de la circulation ne présente pas la même opposition.

Nous avons déjà fait remarquer que cette hypothèse qui repose surtout sur les changements du poids du corps et de la surgescence générale de la mine et de la peau, ne repose pas sur tous les faits, puis-

qu'il existe des déviations à la règle
générale qui veut qu'il y ait aug-
mentation du poids du corps dans
la période maniaque de la folie
circulaire.

Extrait de la Pathologie générale
du Dr Emminghaus.

p. 280.

14 Apr 88.

Une modification importante dans la marche périodique des maladies mentales, consiste dans ce que l'on a appelé la forme cyclique ou circulaire. — Les accès isolés, séparés par des intermissions, consistent tantôt dans des états opposés qui se succèdent sans interruption (Manie, Mélancolie ou vice versa) ou bien, il survient entre chaque accès une intermission et le malade est d'abord mélancolique, puis libre de tout trouble intellectuel, puis ma-

maques et de nouveau libre; puis survient un nouvel accès mélancolique et ainsi desuite.

Conformément à cette donnée, on doit distinguer deux formes principales de folie circulaire, selon que l'intervalle lucide survient entre les deux formes ou bien tombe après un accès double. De plus, il importe de distinguer surtout dans cette seconde variété de marche, quel est l'état qui se produit en premier lieu, si c'est l'état mélancolique ou bien l'état d'excitation. Le début par la dépression paraît être le plus fréquent. La marche de la maladie présente dans les divers cas particuliers de

grandes différences. Quand aucun intervalle ne sépare les états de dépression et d'excitation, le malade passe souvent par transition successive de l'un à l'autre, de sorte que les deux états semblent, pendant quelque temps, se mélanger; tantôt le changement se fait si rapidement qu'un individu qui, la veille, était dans un état maniaque, tombe tout à coup, en une nuit, dans la stupeur. Dans beaucoup de cas l'excitation maniaque est légère, analogue à ce que l'on appelle la folie raisonnée, dans d'autres cas, au contraire, il existe une énorme excitation et une complète incoercibilité.

Dans l'état mélancolique il y a, tantôt une disposition générale pénible, avec un haut degré d'angoisse et même de la stupeur, et, dans d'autres cas au contraire, il se développe une mélancolie agitée, ou bien une mélancolie avec conceptions délirantes. Ces dernières cependant, de même que les hallucinations, sont rares dans cette forme de maladie.

Relativement à la durée des différents stades, on peut dire que la période mélancolique est, en général, la plus longue et l'intermission la plus courte.

Extrait de Schüle. P. 452.

14 23^h 28.

De la valeur de l'augmentation du poids
du corps dans la période maniaque de la
Folie circulaire

Pour la manie de la folie circulaire Stief,
(Das Körpergewicht der Guster Strauben
dessert 1872) et L. Meyer (Arch. de
psych. vol. IV p. 133) ont prouvé con-
trairement à l'ancienne règle posée par
Esquirol, qu'il existait une augmenta-
tion notable du poids du corps. L.

Meyer qui a constaté, dans l'espace de
trois mois, une augmentation de 35
à 54 livres, met ce fait d'une ma-
nière intéressante en rapport avec
les autres phénomènes de la nutrition

Sous les malades de cette espèce paraissent plus jeunes de plusieurs années, au lieu d'avoir la physionomie jaune, ils l'ont molle, humide et douce le teint est frais, les joues rouges sans plis et sans rides, le front est lisse, les yeux sont brillants et humides, les cheveux sont plus épais et plus foncés qu'autrefois, la digestion est plus active même chez les malades autrefois disposés aux indigestions, les époques sont revenues. Parmi ces symptômes qui indiquent sous l'existence d'une trophonévrose (peut-être basée sur les troubles de la circulation) dans laquelle tout le système nerveux est, en quel

que sorte élève d'un octane, pour réta-
 blir une forte et active nutrition, veut
 se placer l'augmentation générale du
 poids du corps. Ce qui prouve l'ori-
 gine nerveuse de ce symptôme, c'est
 sa production rapide avec l'état
 maniaque et sa diminution égale-
 ment rapide lors du passage à l'é-
 tat mélancolique.

On doit faire remarquer relativement
 à ces intéressantes observations, qu'elles
 ne sont pas tout à fait sans excep-
 tions. Ainsi, dans un cas de
 Folie circulaire durant depuis de
 longues années, qui est encore soumis
 à mon observation et où le poids du
 corps a été soigneusement examiné

la marche parallèle entre la nutrition générale, le poids du corps et les différentes phases de la maladie, n'a pas été aussi claire qu'on veut bien le dire. On a pu, au contraire, démontrer de grandes oscillations en plus et en moins et sans rapport avec les différents stades de la maladie. Ainsi, le poids du corps a atteint pendant la mélancolie 123 livres, est descendu ensuite à 114, alors que la manie avait commencée. Alors, malgré une alimentation abondante et avec une excitation modérée, il est descendu à 108 livres et est remonté à 149 pendant que le paroxysme maniaque durait encore. De plus, des accès de froid et de chaleur avec altération du pouls et non de la température survenant depuis des mois avec des intermissions irrégulières, prouvent l'affection constante des nerfs moteurs dans ce cas. (voir chap. et folie circulaire)

Observation VIII

15 x ^{be} 28.

Folie circulaire, États modérés de Mélancolie suivis de stades maniaques très intenses. Augmentation progressive de l'insensibilité et de la longueur des accès.

Emma B. née en 1856, sans prédisposition héréditaire. En 1870, première apparition des époques; dans la même année chute sur la tête avec commotion cérébrale moyenne; depuis lors, souvent céphalalgie. Au milieu de juillet, jusqu'au milieu de septembre, humeur mélancolique, abattement, dégoût pour toute

espèce d'activité, pâleur de la face,
amaigrissement, répulsion des aliments
(2 mois au lit)

Au milieu de septembre, transfor-
mation en excitation maniaque,
gaie, vivacité, loquacité, projets d'insensé,
peu de sommeil, beaucoup d'appétit.
Au milieu de novembre l'excitation
a cessé et a été suivie d'un état
normal.

1871. Au milieu de juillet jusqu'à
la fin de septembre, mélancolie de
moyenne intensité. En octobre et novem-
bre, légère manie. Fin 1871 - 72.
état normal.

1872. Mai et juin, mélancolie. Juillet

manie commençante, besoin de parler et d'agir, tendance à écrire, disposition érotique, insomnie, congestion à la tête, bon appétit. 20 juillet, admission dans l'asile. Excitation gaie avec grande impulsion à agir, à aller et venir, à parler, à se moquer, à rire, à se moquer de choses à parler de choses inutiles! sentiment de bien être alternant avec des dispositions malveillantes. Septembre, disposition à l'aigreur et à l'irritation, désordre des actes, par moments cris anxieux et bruyants. En octobre et novembre états passagers de dépression. Plus tard état normal.

1873. Etat modéré de dépression, ne
disant que des monosyllabes, craintive
ne quittant pas la maison. Depuis
le mois ^{de mai} plus grande exaltation, juillet
excitation maniaque, absence de repas,
besoin incessant de parler, projets
et plans, disposition érotique, désir
de mariage. Août: plus grand
désordre, insomnie. Septembre: exa-
cerbation considérable de l'état ma-
niaque, avec des états paroxys-
tiques d'excitation cérébrale, tête
chaude, pouls accéléré, accès de
cris instinctifs sur son de douleur
et avec penchant à la destruction.
En même temps, coups frappés sur

la poitrine avec sentiment d'angoisse,
sentiment de compression de la poitrine,
palpitations dans les membres, douleurs
des vides dans toute la tête, vertiges,
vue de couleurs, nausées. Octobre et
novembre : états fréquents d'excitation
avec cris de douleur aiguë, hallucination
de l'ouïe. Décembre : remission.

1874. Janvier : état normal. A la suite,
état mélancolique modéré, presque com-
plètement silencieuse, inactive, concentrée
en elle-même, fuyant toute société.
Avec un bon appétit, augmentation de
la nutrition générale. Août : plus
animée, se remet de nouveau, à travail
lent.

Septembre : commencement de l'excita-

tion. Octobre : excitation plus forte,
insomnie. Novembre et décembre :
excitation, sentiment d'absence de repos
et besoin de mouvement. Mal de
tête et douleur à la poitrine. Accès
de cris douloureux avec hallucination
de la sensibilité et de l'ouïe, pouls
de 80 à 120, hyperémie de la face.
A l'époque des règles, exacerbation
avec des violences excessives et un
violent penchant à la destruction.
1875. Janvier jusqu'à la moitié de
mars, états fréquents d'excitation
douloureuse, avec anxiété précordiale,
hallucinations, impulsions violentes,
congestion prononcée à la tête et au

ulation capillaire augmentée.

Avril, rémission.

Depuis le mois de mai, commencement d'un nouvel état de dépression, avec disposition à fuir le monde et à ne vouloir accueillir personne, etc etc.

Observation IX.

Folie circulaire. Stade de mélancolie
de 4 à 6 mois, suivi de périodes
également longues, mais plus intenses
de Manie. Intervalle lucide entre
les accès, relativement court.

M. né en 1847, prédisposé héréditairement (père de très grande

excentricité morbide, mère neurosthénique
frère de père origonal, 2 frères aliénés,
donnée moyennement, réglée depuis 1862.
1863 - 1864, au pensionnat, premier ac-
cès, dépression modérée suivie d'exalta-
tion modérée. Depuis lors, tous les ans,
un accès d'intensité progressivement
croissante.

1865. Accès observé par le médecin de
la maison. Mal de tête, fatigue générale,
pression au milieu de la poitrine, som-
meil agité, à la suite légère exalta-
tion, dégoût pour le travail, desirs
nombreux, projets de mariage, conduite
désordonnée, etc.

1866. Première admission à l'asile. Les

accès observés depuis lors, présentent le tableau suivant :

Mélancolie se développant peu à peu d'intensité moyenne avec disposition générale à la tristesse, tendance à l'isolement et à la crainte, peu de paroles, peu de disposition à agir, absence d'énergie et apathie. Après 4 ou 6 mois, la dépression a cessé.

La malade se conduit raisonnablement, elle est abordable, amiable, et se livre volontiers au travail.

Mais bientôt viennent se mêler à cet état, les premiers éléments de l'état maniaque ; dans l'intervalle qui

paraît complètement lucide, plus grande disposition à parler, à sortir, à faire des visites, dispositions à s'occuper, plusieurs sensations malades, diminution de l'appétit, fréquence du pouls augmentée. Une agitation intérieure dont la malade elle-même a conscience conduit rapidement à une excitation caractérisée, avec disposition à l'action, à faire des projets, à se mouvoir, etc.

Après quelques semaines, rapide ascension de l'excitation à un plus haut degré. Pouls fréquent (90 à 100) et tendu; face congestionnée

de temps en temps, avec sentiment de
 chaleur et pression sur la tête, sensa-
 tions névralgiques variées dans la tête,
 les oreilles, les dents, la poitrine, les
 reins, les organes sexuels, sensibilité
 exagérée dans toutes les directions.
 Augmentation de la salive qui ressem-
 ble presque à des vomissements. Grand
 besoin de parler et de se mouvoir,
 rapide succession des pensées, repro-
 duction de beaucoup de réminiscences,
 soit de nature gaie, soit de nature
 triste et quelquefois des deux. L'a-
 gitation intérieure pousse involontai-
 rement et irrésistiblement à déchirer

les vêtements, à casser les carreaux, etc.

Dispositions internes très variables, au milieu des moments prédominants de gaieté, il survient avec un brusque changement, des émotions courtes de tristesse et d'hypochondrie avec ~~sedium~~ ^{visée} et hallucinations de l'ouïe presque toujours de nature triste. De temps en temps, dispositions érotiques, besoin pressant d'être visitée, plans de mariage, insomnie et trouble du repos pendant la nuit.

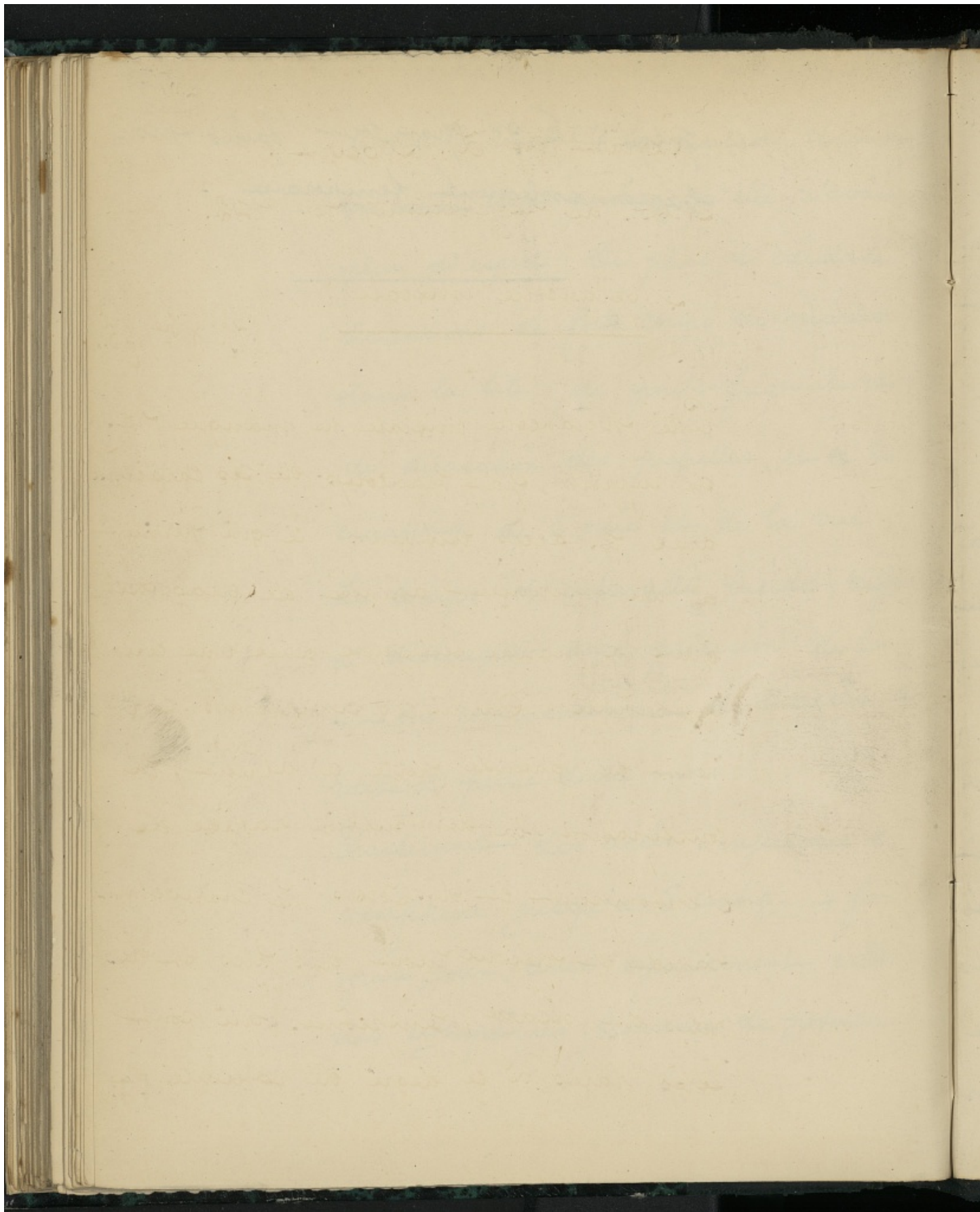
Rapide diminution du haut degré de l'excitation pour arriver à un degré modéré et enfin, après quelques

semaines, à un état de calme. De la même manière il s'est produit jusqu'à présent, tous les ans, un paroxysme de Mélancolie maniaque dont les deux stades duraient de 4 à 6 mois. Tous les accès étaient identiques sous le rapport de la forme et du contenu, ils ne différaient que par la durée. Les accès maniaques présentaient des remissions et des exacerbations, ils s'élevaient, dans quelques accès, à un haut degré d'excitation et étaient alors quelquefois, mais seulement passagèrement accompagnés d'un plus grand degré

de trouble mental (la malade disant que son esprit était perdu, qu'elle n'avait plus d'esprit) De plus, il existait des sensations de forts coups de marteau dans la tête, de pouls fréquent et tendu de dilatation des pupilles, et d'hallucinations de l'ouïe et de la vue. Le temps d'intervalle lucide, difficile à distinguer avec précision, de la fin et du commencement de l'accès durait à peine deux mois.

Traitement des accès : injections de morphine jusqu'à 8 centig. 4 fois par jour, avec apaisement évident des symptômes, bromure de potassium

199
jusqu'à 6 gr. par jour, bains pro-
longés, isolement temporaire



Extrait de L. Meyer.

Arch. de psychiatrie p. 142.

Mélancolie initiale.

78 x 68 23.

Cette Mélancolie initiale ne manque pas de rapports, par beaucoup de ses caractères, avec les accès ultérieurs, ce qui permet à un observateur attentif de diagnostiquer la marche ultérieure avec une certaine probabilité. Parmi ces symptômes se trouvent la grande perte d'appétit, la constipation, la diminution rapide de l'embonpoint et des forces, le changement rapide et presque subit des plis et des rides du visage, symptômes qui sont très rares à ce degré de rapidité et

de production et de persistance. Ce qui est plus important sous ce rapport, c'est une particularité de la marche de ces accès qu'on peut considérer comme un caractère instable des accès à savoir que pendant l'accès mélancolique, alors qu'il est encore à son summum, et que l'on aperçoit à peine les signes de la diminution de l'accès, il survient tout-à-coup des manifestations maniaques de très courte durée, quelquefois de quelques heures seulement, qui disparaissent aussi vite qu'elles se sont produites. Les malades font des mouvements rapides, gesticulent d'une manière menaçante ou ridicule, rient ou par-

lent à haute voix, ce qui produit
un singulier contraste avec les traits
serrés, ridés et fixes, du mélancolique.
Une malade présentait, plusieurs mois
avant la fin de l'accès mélancoli-
que, des penchants violents et ins-
tinctifs à toutes sortes de tours et
de malices et intriguait de la
façon la plus habile.

Extrait de L. Meyer. Arch. de psych.
vol. 18. p. 142.

1^{er} intervalle lucide. 18 x 1^{re} 28.

De même que le 1^{er} accès mélancolique
le 1^{er} intervalle lucide qui lui succède
se distingue également de tous ceux
qui suivront plus tard, pour une
plus longue durée et, par ce fait
qu'il se rapproche bien plus que
tous les autres qui viendront plus
tard, d'un véritable intervalle
lucide, et d'une véritable guérison.
Cependant quoique c'est un de ces inter-
valles, dans l'un des cas obser-
vés par moi, se soit prolongé au-
delà d'un an, et, dans un autre

Cas même d'avantage et que tous ceux
qui entouraient les malades les aient
considérés comme complètement guéris,
on pouvait néanmoins constater
dans la première moitié de cet in-
tervalle la persistance d'un certain
degré de passivité, et dans la seconde
moitié, une manière d'être capricieuse,
un désir de mouvement et un be-
soin de vivre qui indiquaient les
premiers débuts de l'excitation
maniaque...

Extrait de L. Meyer.

Arch. de psychiatrie T. IV p. 142 - 143.

Début de la Folie circulaire par
le stade mélancolique. Durée re-
lative des deux intervalles lucides

15 + ⁶/₈.

D'après ces observations, la marche
de la Folie circulaire débiterait
par la Mélancolie, contrairement
aux opinions de Tabret et de Bail-
lenger qui, sous les deux, considèrent
les explosions maniaques comme les
premières et qui en font ensuite dé-
river la mélancolie.

Les faits sur lesquels s'appuie la
théorie de Baillarger, ne paraissent

202

encore moins bien établis, faits d'après
lesquels la manie passe immédiate-
ment à la mélancolie et constituent
à eux seuls l'accès après l'évolu-
tion duquel il se produit une véri-
table intermittence. S'il est vrai,
comme cela paraît être également l'opi-
nion de Cabret, que l'espace de temps
succédant à la mélancolie a moins
de signes morbides et plus d'appa-
rences de la raison que celui qui
succède à la manie, cela ne me pa-
raît basé que sur un seul fait :
à savoir, que les dernières traces de
la manie attirent bien plus l'at-
tention de tout l'entourage et sont

71
en réalité bien plus faciles à constater que les symptômes de la mélancolie à son début qui sont à peine perceptibles. Toutes choses égales d'ailleurs, on est bien plus disposé à accorder à l'intervalle qui succède à la mélancolie une bien plus grande longueur qu'à celui qui succède à la manie. D'autre part, des états de dépression très courts et peu caractérisés, passent facilement inaperçus et on arrive alors à constater, comme dans le 7^{me} et 8^{me} cercle du second cas, que deux accès de manie ayant chacun un mois de durée, succèdent à une intermission de

3 mois $\frac{1}{2}$. Nécessairement, dans l'appré-
 ciation de ces états incertains et indé-
 terminés, on est obligé d'abandonner
 beaucoup à l'observation individuelle.
 C'est avec ces restrictions que je publie,
 dans le tableau suivant ci-joint, la
 durée des accès successifs dans deux
 cas remarquables de Folie circulaire ;
 Il est visible que dans le 1^{er} cas,
 avec des périodes relativement longues,
 celles-ci étaient évidemment mieux
 marquées, tandis que dans le 2^{me},
 où les périodes ne duraient qu'environ
 15 jours, on arrivait facilement à
 supprimer complètement quelques inter-
 missions et même certains accès.

1^o La température est diminuée
dans la période de mélancolie de
la Folie circulaire et peut descendre
dans la mélancolie avec stupeur
jusqu'à 34,5 ou 35 degrés.

Cyklische Psychose. Ludwig
Thim,

Melancolie mit Manie Begges.

Dittmar. Ueber Cyklische Geistesstörung

Bonn, 1872.

L. Meyer. Arch. für Psychiatrie

Band IV p. 139.

Plan de l'article.

75 x ^{bre} 28.

1^o Description de l'intervalle lucide.

2^o Variétés de marche de la maladie.

Détails nombreux sur ces variétés de marche depuis l'époque de la puberté jusqu'à la mort.

3^o Durée de la maladie et durée relative de ses diverses périodes.

4^o Diagnostic différentiel : 1^o avec l'état de raison. 2^o avec les formes périodiques, hystériques et raisonnantes. 3^o avec la période prodromique ou congestive de la paralysie.

générale.

5° Pronostic grave. Quelques atténuations possibles par le traitement et les causes accidentelles, jamais de passage à la démence.

6° Fréquence de la maladie et d'une manière absolue et relativement au sexe.

7° Étiologie. Hérité, simulaire comme le suicide; plusieurs générations successives, la grand mère, la mère et la fille. Peu de causes occasionnelles, la puberté, les causes traumatiques, l'accouchement etc.

8° Anatomie pathologique. Peu d'autopsies; mort par cause ac-

accidentelles à un âge avancé ; Conges-
tions cérébrales fréquentes, causes
principales de mort comme chez les
raisonnants. Cette maladie, en ap-
parence la plus voisine de la raison
est plus cérébrale que les folies par-
tielles, et, comme les folies raison-
nantes, plus organique qu'elle ne
le paraît et plus susceptible d'a-
voir une lésion appréciable.

9^e Traitement : morphine, sulfate de
quinine, bromure de potassium.
Atténuation possible de certains accès
qui avortent et diminuent d'inten-
sité au point de permettre le séjour
dans la famille au lieu de l'en-

tré dans l'asile .

10.° Médecine légale très difficile ,
non seulement à cause des intervalles
lucides , mais par suite de la diffi-
culté d'apprécier les degrés modérés

16 9^{de} 28.

Pour séparer nettement les faits concernant la marche générale de la maladie, de ceux que l'on a décrits à propos de l'intervalle lucide, il faut se baser sur ce point de repère : Placer dans la description de l'intervalle lucide tout ce qui concerne la marche d'un cercle isolé, et réserver pour la description de la marche de la maladie, tout ce qui est relatif au mode de succession, à la durée ou à l'intensité des différents cercles pendant tout le cours de l'existence. Réserver ensuite pour 2 petits chapitres annexés à la marche, la durée générale de la maladie, et sa fréquence absolue ou relative au sexe.

76 x ^{he} 28.

Marche générale de la Folie circulaire.

- 1^o La maladie débute ordinairement à l'époque de la puberté.
- 2^o Elle débute le plus souvent par un stade mélancolique.
- 3^o Variétés signalées par quelques auteurs relativement à son premier début, avant que le cercle soit réellement constitué. La période mélancolique est ordinairement plus longue.
- 4^o Deux variétés principales de marche : à courtes et à longues échelons.
- 5^o Grandes variétés de durée et de

degré entre les cercles.

6^o Variétés admises par Baillarger,
Causes et erreurs nombreuses.

7^o Les cercles se produisent ordinaire-
ment avec de simples différences de
degré et de durée, pendant toute la
vie.

8^o Les cercles semblent se rapprocher
à mesure que l'on avance en âge.

9^o La maladie ne se termine jamais
par la sténose.

10^o Genre de mort; congestions céré-
brales, et accidents cérébraux
fréquents.

Dire que ces trois degrés d'intensité de la maladie peuvent se rencontrer chez le même individu et qu'il y a quelquefois des accès avortés ou des stades atténués dans un même cercle.

Parler ensuite des modifications qui peuvent survenir avec les progrès de l'âge ou à mesure que la folie devient chronique sous le rapport de l'intensité et de la durée.

Dire que la maladie ne passe jamais à la démence

Dire enfin qu'elle peut finir par des congestions.

M^r Aimé Dejean

Il y a eu plusieurs aliénés dans sa famille, mais aussi des hommes très distingués.

Né en 1804.

A fait des études littéraires et des études de droit et d'une manière distinguée et en a conservé toute la vie des traces indélébiles.

A peine ses études de droit terminées il commença à donner des signes évidents d'aliénation mentale.

Il fut placé dans les maisons de santé du D^r Blanche, d'Esquirol et de Delaye, à Toulouse.

Le entra à Vannes en 1833 et il s'y trouve encore aujourd'hui.

Depuis lors, la maladie a toujours conservé les mêmes caractères d'alternance de périodes d'excitation et de périodes de dépression. Seulement la durée et l'intensité des diverses périodes, a singulièrement varié pendant 40 ans.

— Période d'excitation —

Cette période a présenté des degrés très différents d'intensité dans le même accès et dans des accès différents.

Plan de l'article.

14 mars 29.

Il y a 3 manières de faire le 3^{me} article sur la folie circulaire:

1^o La manière de M. Lasèque, qui consisterait à faire un simple résumé très court des deux articles précédents et à se borner à publier des observations détaillées.

2^o La 2^{me} manière consisterait à compléter l'étude de la maladie par le diagnostic différentiel, la fréquence, le pronostic, l'étiologie, l'anatomie pathologique, le traitement et la médecine légale.

3^o La 3^{me} manière ou méthode

miste que je me propose d'adopter
et qui consiste à réunir les deux
systèmes précédents, c'est à dire à
faire d'abord rapidement quelques
réflexions générales sur les diverses
parties de l'histoire de la mala-
die, indiquées ci-dessus et à pu-
blier ensuite 3 ou 4 observations
abrégées, comme spécimen à l'ap-
pui de la description de la ma-
ladie.

Extrait de L. Meyer. Arch. de
psychiatrie. p. 145

Caractères des accès maniaques et mé-
lancoliques de la Folie circulaire

Les accès mélancoliques comme les accès
maniaques n'acquièrent, dans la plupart
des cas, qu'une médiocre intensité. Il est
rare que les malades soient complètement
privés du pouvoir de se dominer eux-
mêmes et incapables de réprimer momenta-
ment certaines manifestations trop cho-
quantes dans des endroits inopportuns
et en présence d'étrangers. C'est ainsi
qu'on comprend que ces malades aient
rarement dans les établissements d'aliénés
et encore plus rarement y restent assez long-
temps pour que l'on puisse apprécier conve-
nablement les changements réguliers de leurs manifestations.

