

166 a. 7
DIN PUBLICAȚIUNILE FACULTĂȚII de MEDICINĂ din IASI

PSIHOZELE AFECTIVE

MANIA, MELANCOLIA, PSIHOZELE
INTERMITENTE SAU PERIODICE,
CIRCULARE, CICLOTIMIA, PSIHO-
ZELE ALTERNE. @ @ CONCEPTIA
PSIHOZEI MANIACO - DEPRESIVE.

DE
Dr. C. I. PARHON

PROFESOR LA UNIVERSITATEA DIN IASI



1132

31 MAY 2004

52.099



Psihozele afective. Mania. Melancolia. Psihozele intermitente sau periodice, circulare, ciclotimia, psihozele alterne. Concepția psihozei maniaco-depresive.

de

Dr. C. I. PARHON

Profesor la Universitatea din Iași

Sub numele de psihoze afective unii autori (Ziehen, Tanzi) descriu două sindrome psihice a căror caracteristică esențială pare a consta într-o alterațiune afectivă, mai cu seamă în sensul euforiei într'unul din ele—mania—și în acela al tristeței, al durerii morale, în cel de al doilea—melancolia.

Aceste sindrome pot apare o singură dată în viața individului, dar mai des ele se repetă de mai multe ori, la intervale mai mult sau mai puțin neregulate, și se vorbește atunci de psihoze intermitente.

Une ori intervalele ce separă perioadele de turburare psihică sînt, mai mult sau mai puțin, egale și în aceste cazuri putem vorbi de psihoze periodice, nume întrebuițat în mod impropriu, dar adese ori, și pentru psihozele intermitente. Tipul acceselor psihice poate fi, în principiu, totdeauna maniacal sau melancolic și atunci vorbim de manie sau melancolie intermitentă sau periodică, sau din contra accesele de manie și melancolie alternează, separate printr'un interval de sănătate psihică, mai mult sau mai puțin completă, și atunci vorbim de Psihoze alterne.

În fine accesele de manie și melancolie se pot succede fără intervale normale.

În aceste cazuri vorbim de psihoze circulare. Ciclotimia constituie o formă atenuată a ultimelor.

Raporturile afit de strînse dintre accesele de manie și melancolie, succesiunea sau chiar coexistența, în acelaș timp, (stări mixte) la acelaș bolnav au condus pe Kraepelin să le considere ca tablouri simptomatice ale aceleiași boale pe care a numit-o Psihoza maniaco-depresivă.

Pentru considerațiunile ce preced nu vom descrie separat mania, melancolia, psihozele intermitente etc. ci ne vom ocupa de toate acestea, rând pe rând, din punctul de vedere clinic, anatomo-patologic, etiologic, patogenetic și terapeutic.

Înainte însă de a face acest studiu voi aminti că psihozele de cari ne ocupăm sînt cunoscute încă din vechime.

Hipocrate întrebuița deja cuvintele manie și melancolie pe cari se pare—după Régis—a le fi luat din tradiția medicală existentă. După acest din urmă autor noțiunile relative la manie sînt însă foarte confuze în cărțile ipocratice. Întru cît privește melancolia ea era caracterizată mai cu seamă prin teamă și tristețe.

Un progres însemnat e reprezentat de lucrările lui Aretu din Capadochia, care trăia cu 80 de ani înainte de Isus Cristos și care „a lăsat asupra diferitelor forme de alienație mentală și mai cu seamă asupra maniei și melancoliei descrițiuni de o exactitate și de un adevăr remarcabil” (Régis).

El notează chiar că melancolia e un început, sau un fel de seminanție și că pe de altă parte când tinde să dispară se transformă une ori în manie, mai mult prin progresul de cît prin intensitatea boalei. Mai observă de asemeni că accesele de manie pot fi urmate de o perioadă depresivă. (Régis).

Precum se vede fapte, esențiale din punctul de vedere clinic, erau deja cunoscute acestui îndepărtat predecesor.

Ishaq Ibn Imras, un medic arab din secolul al noulea scrisese un tratat asupra melancoliei.

Evul mediu așterne întunericul cunoscut peste mintea omenească.

Trebue să ajungem la Willis (162:—1675) pentru ca să regăsim notate succesiunea maniei și a melancoliei. Boerhave și Van Swieten (1700—1772) dau de asemeni descrițiuni bune ale maniei și melancoliei citînd, între altele, simptomele fizice ale melancoliei ca încetinirea pulsului și a respirației, scăderea poftei de mîncare, diminuarea secrețiilor și excrețiilor. Pinel a lăsat între altele un tratat despre manie.

Cu lucrările lui Falret (1857) și Baillarger asupra nebuniei circulare sau cu dublă formă putem spune că se face legătura cu epoca contemporană.

Trecem acum la *studiul clinic al maniei*.

Acest sindrom e caracterizat din punctul de vedere afectiv printr'o stare de labilitate însemnată pe un fond, în realitate, euforic.

Euforia bolnavilor așa de însemnată, se exprimă în mi-mica, în gesturile, în vorbirea și actele lor în genere.

E drept că dispoziția lor e schimbătoare și că bolnavele, în special, trec ușor de la veselie și râs, la plâns. Dar aceasta nu ține mult și buna dispoziție revine.

Acelaș lucru se întâmplă cu crizele de mânie cari, în genere, nu sînt însă prea intense nici prea durabile.

Ele sînt deslănțuite, mai cu seamă atunci, când bolnavii sînt contraziși, căci ei nu suferă în genere aceasta.

Tocmai, în raport, pe cât se pare, cu buna lor dispoziție psihică se găsește exagerarea auto-aprecierii bolnavilor. Opiniunea ce își fac despre propriile lor calități nu suferă nici o discuție.

În legătură cu această satisfacție, de ei înșiși, și cu starea de euforie, întâlnim la maniaci și o stare de indiferențism de un gen special. E vorba, de o nepăsare pentru tot ce vine din afară, fie și de evenimente nenorocite referitoare la familia sau la situația materială a individului. Euforia sa e așa de mare în cât nimic nu-i poate atinge seninătatea.

Exagerarea instinctului erotic pare a fi de asemeni într'un anumit raport cu euforia bolnavilor.

Din punctul de vedere ideativ simptomul caracteristic e fuga de idei. Ideile se succed repede, asociațiunile se fac ușor, dar în mod superficial, asemănări întâmplătoare, asonanțele prezidă mai mult la aceste asociațiuni de cât conținutul ideativ.

Bolnavii sînt spirituali fac glume, zeflemisesc, vorbesc adese ori în versuri și într'un limbaj figurat și înflorit, dar profunditatea gândirii e atinsă.

Conversația lor e descusută, și trec ușor de la o idee la alta, abandonând pe cea dintâi și perzând și punctul de plecare și scopul discuției. Firul conducător în gândire, vor-bire și acte se pierde.

Wernike a putut vorbi, cu drept cuvânt, despre o nive-lare a conceptelor la maniaci.

Atenția acestor bolnavi prezintă, de asemeni, o modifi-care interesantă care explică, în parte cel puțin, și felul asociațiunilor de idei. Ea e mobila dar puțin persistentă.

Ziehen vorbește, cu drept cuvânt, despre exagerarea vi-gilității și despre scăderea tenacității atenției.

Amănunte puțin însemnate din mediul ambiant și cari trec neobservate de omul, mijlociu normal, sînt remarcate de maniaci. Ei prind cu ușurință conversația medicului cu alți bolnavi, chiar de la o oare distanță și răspund, uneori, în locul acestora sau intervin printr'o vorbă de spirit, etc.

În schimb atenția nu se poate susține de cât foarte puțin și imediat alte impresii vin să ia locul celor dintâi. Bolnavii nu mai cern, pentru a spune astfel, impresiunile din lumea înconjurătoare, pentru a reține și a pune la punct pe cele importante eliminându-le pe celelalte, cari n'ar face de cât să împiedece atenția de a reține cu intensitatea de conștiință necesară pe cele dintâi.

În ce privește funcțiunea perceptivă avem de notat că, halucinațiile sînt, de regulă absente la maniaci. Totuși, după Zichen ele se înfălesc în 20% de cazuri.

Dar atunci putem admite că sindromul maniac nu mai e pur, ci complicat de o stare de onirism.

Iluziunile, cele de persoane în special, sînt, în schimb, destul de comune la maniaci. Ei iau cu ușurință personalul medical sau bolnavii din jurul lor drept vechi cunoștințe și se comportă cu ei, în această calitate.

Aceste turburări par a putea fi puse, mai ales, pe seama ipotenacității atenției.

Maniacii sînt, în genere, puțini sensibili la temperatura exterioară, atât pentru căldură cât și pentru frig.

Fenomenul acesta ar putea fi pus pe seama disproporției dar se pare că și din punctul de vedere pur somatic rezistența lor la frig este mărită.

Orientarea în spațiu e, în genere, destul de bună. Cea în timp ceva mai puțin, datorită, mai cu seamă, lipsei de atenție a bolnavilor.

Delirul lipsește, de asemeni, de regulă, la majoritatea maniacilor. Totuși, une ori, putem observa și idei delirante, în special idei de mărire.

Delirul, însă, e puțin consistent. Bolnavii dau impresiunea că glumesc, că nu cred ei înșiși și în cele ce spun.

Și idei de persecuție sînt exteriorizate, une ori, de bolnavi. În cazul acesta euforia trece pe al 2-lea plan. Fondul afectiv e reprezentat mai mult printr-o stare de irascibilitate.

Memoria bolnavilor nu e atinsă. Une ori din contra o sumă de imagini de cari bolnavul nu și mai aducea aminte, sînt evocate în mod involuntar.

Conștiința boalei e de regulă absentă. Totuși, une ori, anumite expresii ale bolnavilor ne fac să credem că o vagă conștiință a turburării psihice există.

În ce privește voința bolnavului și psihomotilitatea e de remarcat că procesele voliționale se simplifică, deliberațiunea aproape nu există și individul trece, adesea, de la idee la act printr'un mecanism redus.

Din punctul de vedere al psihomotilității notăm ca

mimica bolnavilor e vie, mobilă, în genere veselă, euforică, erotică.

Ei vorbesc neconținut, cu glas tare, râd, cântă, dansează, țipă, așa de mult în cât vocea lor e adese ori răgușită.

Unele expresiuni ale bolnavilor arată în mod caracteristic starea lor fizică, punând în evidență fie euforia, fie superficialitatea atenției, fie chiar, uneori, o vagă conștiință a boalei sau cel puțin o auto-observație justă.

Nu rare ori aceste expresiuni îmbracă o formă poetică incontestabilă sau cel puțin aspiră către o asemenea formă.

Dau aici câteva exemple de astfel de expresiuni culese de la bolnavii mei sau din observațiunile altor autori:

O bolnavă întrebată asupra timpului spune: „Acum vin zilele trandafirilor“. Referitor la dispoziția lor spun că sînt „mai mult ca mulțumiți“, „senini, pe această lume frumoasă“, „cel mai fericit“, „inundat de o mare seninătate“, „ca un rege care merge la încoronare“.

O bolnavă a lui Ziehen vorbind de durerea ei de dinți o numește dumnezeiască.

O altă bolnavă citată de acelaș autor spune că posedă „coșuri de rufe pline cu gânduri“ ceea ce e o aluzie la fuga de idei. O bolnavă a lui Tanzi numea pe 2 medici ai spitalului Lugarno și Rigolletto în loc de Lugaro și Righetti iar o alta ce am avut-o în observație numea pe Directorul spitalului central din București (Prof. Obregia). Dr. Brezinger. Aceste ultime numiri arată superficialitatea atenției.

Îmbrăcămintea bolnavilor, a bolnvelor mai cu seamă, e făcută ca să atragă atenția, frizuri extravagante, cu bucle numeroase, panglici în păr, îmbrăcăminte cu colori multiple și strigătoare, decoltagiu exagerat.

Când bolnavele sînt în spital ele își arangează din cele stă la dispoziție un costum apropiat cu ceea ce gîndesc sau doresc. O maniacă basedowiană, ce am avut în serviciu la Socola, își arangia din cearceafurile Spitalului un „costum tango“ sau pentru „băi de mare“.

Maniacii se amestecă în treburile altora, însoțesc (cînd sînt lăsați) pe medici la vizită, intră în conversație cu ușurință, contracta noi legături, mai cu seamă pe bază erotică. Cum există acea nepăsare euforică de care am vorbit, legăturile acestea, la fete tinere mai cu seamă, pot conduce la situațiuni ireparabile.

La bărbați, de asemeni, excesele venerice și cele alcoolice sînt frecvente.

Scriptele maniacilor sînt de asemeni abundente, scrierea

lor e constituită, adese ori, din caractere mari, rândurile sint ascendente, legăturile dintre litere și chiar cuvinte frecvente. De asemeni sublienierile și semnele de exclamație. Scriptele bolnavilor sint foarte interesante și prin conținutul lor care pune în relief fuga de idei, laxitatea asociațiilor, conținutul lor umoristic etc.

Îată un exemplu caracteristic, în rândurile ce urmează și cari reprezintă o scrisoare adresată de o maniacă familiei sale:

„Sărut mâinile scumpii mei părinți și frați. Doresc ca mica mea scrisoare să vă găsească în momentele cele mai fericite ale sănătății D-stre. Aflați de mine că sint sănătoasă, în cap ca cobza, în gît ca scripca, în trup ca bivoulul. Da și fructul de bivoliță este bun, noi și carnea și mățele le curățăm bine, le umplem cu carne, le mîncă „tot noi. Coarnele le facem pepteni cu care ne peptănăm pe cap dar rățile și lor îi e bună carnea, penile, dar clonții mățele. nu le mîncă nici câinii nici mățele. Ne mai avînd ce scrie rămân a D-tre fică, soră, vară, care doresc a vă vedea în tot ceasul, mult a fost puțin, a mai rămas“.

Sau alta:

„Sărut mîna și un picior și cînstitul botișor și plesniții ochișori. Domnule profesor cu boii de funie, te aş ruga să fii așa de bun și frumos, ca o pară vermănoasă și un măr putregăois, te rog să dai vacanța la broaște, la păsări, la șoarici și să ne dai pe noi la învățătură, că neam mulțumit de stat ca dracii unul la tată său și alții la mîsa. Cei mai dulci pe pămînt de cît omul cu nevasta lui și mama cu copilașii. Bună dimineață țaiă Mărioară, ce mai faci tot cu moșu Gheorghe trăești? Tot. Dar tu Catîncă, tot cu prostu lui Ion Corja trăești? Tot. Vă împăcați bine amîndoi? Ne împăcăm leliță Marișă. Așa ne împăcăm noi amîndoi, am avut milă unul de altul, neam căutat de boală, neam ajutat la treabă dar haitele și câinii uite ce aș făcut, atunci să i er e D-zeu cînd vom zice noi. Am să mă judec pînă la moarte, am să beau și să mîncă și am să mă judec; foaie verde iară grasă, m'a făcut mama frumoasă și bogată și frumoasă și sara de vreme acasă Foiluța bobului pe malul Siretului, murgu paște și nechează.

Bolnava continuă cu un repertoriu bogat de cîntece populare scrise pe toate fețele unei hîrtii de scrisori. Cuvintele sint aproape toate legate unele de altele.

Somnul maniaicilor, cel puțin atunci cînd excitațiunea e intensă, e de scurtă durată. Insomnia e regula în aceste cazuri. E de remarcat însă că acești bolnavi nu simt oboseală și unii din ei pot lucra, în mod productiv, în timpul nopții grație acestei insomnii. Cînd excitația nu e prea intensă somnul poate să nu fie turburat.

* * *

În opoziție cu simptomele maniei găsim pe acele ale melancoliei.

În primul rînd găsim fondul trist, dureros, mai mult sau mai puțin accentuat.

În formele cele mai ușoare acest fond trebuie căutat și pus, pentru a spune astfel, în evidență.

Bolnavii, sau mai des bolnavele, nu se mai ocupă de nimic, își neglijează profesiunea, menajul, afacerile diferite pentru cari nu mai simt imboldul afectiv necesar acestei ocupațiuni.

Nimic nu le mai face plăcere. Ceea ce francezii numesc, cu un termen atât de fericit „la joie de vivre“ lipsește. Această incapacitate de a simți mulțumirea, această anhedonie cum o numește Ribot, constituie fondul afectiv a celor mai numeroase cazuri de melancolie, cazuri cari nu ajung, în genere, în spitalele de alienați.

În forme mai pronunțate sentimentul de tristețe, de durere, se accentuează și ocupă, în mod așa de absolut, capacitatea afectivă a bolnavului în cât nu mai rămâne loc pentru alte sentimente.

Dragostea pentru familie, copii, profesiune, natură, artă, știință, iubirea sexuală, toate se șterg, lăsând locul unui indiferentism dureros și conștient. Indiferentism pentru tot ce vine din afară, dureros prin starea afectivă endogenă ce domină sufletul bolnavului, stare afectivă pe care conștiința incapacității de a simți sentimentul iubirii, mulțumirii o accentuează.

Acest indiferentism dureros se opune, întocmai, nepăsării euforice a unor maniaci.

În unele forme de melancolie, tristețea, durerea morală, muță și imobilizatoare e înlocuită cu o nelinește, extrem de intensă, în unele cazuri. Avem atunci a face cu melancolia anxioasă.

Din punctul de vedere al „instinctelor“ e de remarcant că cel de apărare e mult scăzut, în cele mai multe cazuri; la unii bolnavi se poate vorbi de o adevărată algofilie.

În ce privește pe cel sexual frigitatea e regulă. Uneori s'a putut însă observa o excitație sexuală însemnată.

La bolnava lui Cormi, (în vârstă de 64 ani) această excitație sexuală a mers paralel cu o glicozurie, moderată, și a cedat odată cu aceasta. Unele bolnave precum am observat în mai multe cazuri, se masturbează în mod violent. Féré, Collère au insistat, încă de mult, asupra raporturilor dintre anxietate și excitațiunea sexuală.

În locul fugei de idei a maniacilor găsim, la melancolici, o încetinire însemnată a proceselor psihice, bine pusă în relief prin studiile lui Masselon, între alții, și în locul exagerării vigilității atenției cu scăderea tenacității, pe care am văzut-o în primul sindrom, găsim, în cel de care ne ocupăm

acum, o scădere însemnată a vigilenței atenției pentru tot ce nu e, sau nu poate fi, în legătură cu sentimentul de durere al bolnavilor și din contra o creștere, specifică, a tenacității atenției pentru tot ce se pare bolnavului a putea fi în raport starea sa afectivă.

Această exagerare, a tenacității atenției, se aplică, pe cât se pare, mai mult în sfera ideativă decât în cea perceptivă și bolnavul desgroată din trecutul său mici evenimente, nebăgate atunci în seamă, și fără importanță, pe cari le trece prin coloritul afectiv prezent și cari îi servesc să alimenteze un delir despre care vom vorbi și care este astfel, în parte, un delir retrospectiv ca și acel al unor paranoici.

Acest delir, îndrumat de starea afectivă proprie acestui sindrom, e un delir trist, cu idei de ruină, de umilință, de culpabilitate sau ipohondriac.

Bolnavii se consideră ca cei mai nenorociți oameni din lume. Toată averea lor e distrusă. Au pierdut tot. Copiii lor vor rămâne pieritori de foame, de râsul lumii. Această situație zic bolnavii, e bine meritată căci ei înșiși s'au condus rău în viață, au înșelat lumea, au făcut acte reprobabile, nu s'au rugat lui Dumnezeu, n'au mai fost la biserică sau dacă au fost s'au gândit la altceva. Acum nu mai e nici o speranță pentru ei, sînt condamnați pe vecinicie, vor suferi totdeauna. Vor merge în infern etc.

Organele lor sînt putrede, inima nu mai bate cum trebuie, digestia nu se mai face. etc. etc.

Uneori în melancolia anxioasă, întâlnim un delir de negațiune și de enormitate în acelaș timp, precum și de immortalitate bine studiat de Cotard și acest sindrom: anxietate, delir de negațiune, de enormitate, de immortalitate, poartă numele de sindromul lui Cotard. Precum observă Magalhaes Lemos nu e nevoie numai de cit a se trece prin ideile de negațiune pentru a ajunge la cele de immortalitate.

Bolnavii spun că sînt nemuritori, că vor suferi pe vecinicie, chinurile cele mai grozave etc.

Un exemplu tipic de această formă a fost publicat de D-na Dr. Baliff. Era vorba de o bolnavă de vr'o 50 ani din serviciul meu de la Spitalul Socola.

Iată unele din lamentațiunile acestei bolnave :

„Aveți să mă tăiați în bucăți, să mă omorâți, să mă aruncați într'o groapă și să-mi dați foc.

Ah ! nenorocită ce sînt, simt niște dureri îngrozitoare « . . . frig . . » După ce focul mă va arde mă veți trînete în Siberia și acolo ce frig u-med și mare am să îndur. Ah, cum voi degera de frig și mă vor sfîșia fiarele sălbatece. Cum aș vrea să mor, ce fericire e moartea ! Dar nu pot muri ! Iată, mă pune pe foc și tot nu mor. Voi trăi în totdeauna și voi fi tor-

turată în totdeauna ! Sufletul meu e mort de mult, sint mai mult de 18 ani dar corpul meu trăește încă și suferă în mod crud. Iată groapa cea mare e a fost săpată afară și iată lemnele aduse pentru focul cel mare ce se va aprinde ca să mă ardă. Sint peste 40 de călăi toți pentru mine.

Au să vina numai decit să mă ia Iată'i că vin să mă ia (tremură din tot corpul) Ah Dumnezeu! iată călăi că vin să mă ia. De și mă veți tăia în bucăți mă veți arunca în foc corpul meu va trăi încă, aș martirizat, el va suferi mai mult de cit acum. După ce mă vor arde complet imi vor pune corpul în spirt. Ah ce durere, ce arsură va suferi fiecare părticică din corpul meu.

To i pot muri numai eu nu. Sufletul meu nu există. De multă vreme eu nu mai am suflet. Imi va fi o sete cumplită dar nu voi putea bea căci voi fi tăiată în bucăți, singele meu va cere apă dar nu voi avea gură ca să beau. Ce chin ! ce chin ! Dumnezeu! fieți milă de corpul meu chinuit.

At nci va veni fica mea să mă vadă și mă va găsi așa tăiată în bucăți, și cât va suferi când va vedea în stare: asta pe beata ei mamă. Și ea va suferi toată viața

Bolnava explică într'o zi cum a ajuns nemuritoare. Suferind de febră tifoidă cu 30 de ani în urmă, a fost supusă la dietă lactată timp de 4 luni. Atunci ii era așa de foame în cât toate celulele corpului ei s'au consumat și de aceea e nemuritoa e (delir retrospectiv).

Melancolicii nu prezintă, în genere vorbind, o pierdere reală a memoriei de și anumite evocațiuni se fac în mod lent, ca proceele psihice în genere, la acești bolnavi.

Notez totuși că Magalhaes Lemos ca și Giannelli au insistat asupra pierderii visiunei mentale în melancolie. Fenomenul nu e în nici un caz constant.

Printre turburările perceptive e de notat că bolnavii prezintă, uneori, dureri de cap și o senzațiune de vid cefalic (Eva Reid).

Halucinațiunile reprezintă însă turburările perceptive cele mai însemnate.

Este, evident, vorba de halucinațiuni cu acelaș caracter trist, dureros, ele reprezentând proecția perceptivă a stărei lor afective după cum delirul lor nu e decit corelativul și, oare cum, justificarea ideativă a suferinței lor morale. Ele se întâlnesc într'o treime de cazuri după Ravertigat putând atinge în special auzul, văzul și tactul. După Ziehen însă halucinațiunile, sau iluziunile, nu se observă de cât într'o optime din cazurile de melancolie.

Cele vizuale se găsesc după Ravertigat, mai cu samă, în formele anxioase sau în cele stuporoase. În ultimele forme predomină—după acest autor—halucinațiunile vizuale, pe câtă vreme cele auditive se întâlnesc mai cu seamă în formele depresive simple.

După Rahu ele pot fi de asemeni auditive, verbale și kinestezice verbale și pot prezenta o oare care independență în raport cu delirul, persistând și după dispariția acestuia.

Ori cum ar fi, aceste halucinațiuni au coloritul afectiv trist, dureros, înfiorător, obicinuit acestei psihoze. Bolnavul lui Sengès prezintă halucinațiuni auditive auto-acuzatrice. Acest bolnav s'a denunțat de 2 ori autorităților, odată pentru o crimă imaginară, altă dată pentru un asasinat al cărui autor era un omonim al său.

Orientația în spațiu și chiar în timp, e satisfăcătoare în melancolie, în limita în care durerea lor morală le permite a se interesa de lumea din afară.

Că și în manie, luciditatea nu e de regulă atinsă în mod însemnat.

Din punctul de vedere al psihomotilității, se observă în primul rând mimica tristă a bolnavilor, cu sprincenile ridicate cu comisurile labiale coborâte cu ochii atoni și fără strălucire, apoi atitudinea încovoiată și imobilitatea bolnavilor. Ei rămân bucuroși în pat, nu voesc să primească pe nimeni, stau de regulă tăcuți sau răspund cu greu și abia șoptit, la întrebările ce li se pun. Nu se mai îngrijesc de toaletă, nu și mai schimbă spontanee rufăria.

Cercul relațiilor sociale e redus la minimum. Corespondența scrisă e de asemeni scurtă. Scrierea e, de regulă, cu caractere mici, liniile sînt descendente. Ca și scriptele maniacilor, acelea ale melancolicilor sînt foarte instructive. Uneori prin scurtimea lor pun în evidență inhibiția psihomotrice. Alte ori ele traduc, din contra, prin lungimea lor, anxietatea, agitația interioară a bolnavului. În fine une ori ele arată durerea morală, tristețea profundă, a bolnavului.

Un exemplu tipic e următoarea scrisoare pe care un bolnav al lui Tanzi o adresa soției sale.

S. Salvi 2 Iulie 1903.

„Evelina mea

Îți scriu cu inima sdrobotită gîndind cîtă durere v'am cauzat. Ertătimă, vă conjur, și rugați pe Dumnezeu să facă să mă întorc în sinul scumpei mele familii. Voiu fi bun, voiu avea grijă de voi, mai mult ca mai înainte, vă voiu iubi, voi sta totdeauna lingă voi, v'o promit. De cîte păcate sînt vinovat! Te am luat în căsătorie ca să te fac fericită și în schimb ți-am pricinuit chinuri nesfârșite! Imi spui că m'am înstrăinat de voi; în unele momente o cred și aceasta mă înspăimîntă. Dar n'o credeți, eu vă am totdeauna în suflet, mă gîndesc totdeauna la voi și dacă n'am scris, a fost pentru că am crezut că nu mai e timpul să obțin ertarea lui Dumnezeu.

Am crezut că sînt condamnat, și pentru vecinicie, am crezut a fi nu în casa de nebuni ci în iad. Scoteți-mă din această îndoială atroce.

Am crezut că copilașii mei mor de foame și de sete, de mizerie. E un vis sau e astfel?

Nenorocitul de mine. Dumnezeu mi a dat toate fericirile, un inger de soție, copii adorabili, cari mă iubesc și nu voiau să știe de cît de mine, părinți buni, prevenitori. N'a folosit la nimic, am fost rău, am disprețuit pe Dumnezeu și el m'a pedepsit.

Tu care ești așa de bună, roagă pe prea Sfânta fecioară să mă erte, să aibă milă de familia mea, de tine, de copilașii mei, de acel micuț de Camil, sărăcuțul, care va plânge nenorocirea mea și a lui. Roagă pe Fecioara, spune-i că m'am pocăit, că îmi voi schimba viața, că mă voi îndrepta, că mă voi închide chiar într-o mănăstire ca să salvez sufletul meu și pe al vostru.

Nu sint vrednic să te sărut. Sărută scumpii mei copii și crede-mă prea nefericitul tău

Armand

PS. Cetind prezenta nu vă intristați. Am scris-o într'un moment de durere: Doresc foarte viu să vă revăd, măcar odată. Iartă că îndrăznesc să'ți trimet atâtea sărutări. Adio, Adio".

În această scrisoare transpiră, în chip foarte eloquent, imensa tristețe și durere morală, sentimentul de culpabilitate, de umilință și chiar delirul de condamnare.

Bolnavii dapână continuu în sufletul lor firul imensei lor dureri morale pentru care nu văd nici o speranță posibilă. Conștiința boalei e de regulă absentă. Ei nu sînt niște bolnavi, spun ei, ci niște nenorociți, ca și ai lor.

Această stare afectivă, pe care nu o mai înseninează speranța unor zile mai bune, conduce în mod natural la astul, pe care logica afectivă îl dictează—sinuciderea.

Ideile de sinucidere nu lipsesc, mai nici odată, în cazurile de melancolie bine caracterizate și traducerea lor în act e de asemeni extrem de frecventă.

Sinuciderea nu are loc, de altfel, când boala e la maximum ei, ci mai des, la începutul sau în declinul boalei, când inhibiția psihomotrică e mai puțin intensă.

Alte ori sinuciderea are loc în forme de melancolie ce par ușoare și sînt luate drept neurastenii, psihastenii etc.

Mijloacele de sinucidere sînt foarte variate și bolnavii nu stau prea mult la alegere: arma de foc, strangulare, submersiune, combustione, intoxicații cu substanțe diferite, între cari medicamentele hipnotice sau sedative, etc.

Alte ori, fără să ajungă la suicid, bolnavii se mutilază în mod grav. Astfel un bolnav al lui Dupré și Marmier se autoemasculează. În cazul lui Terson e vorba de enuclearea globilor oculari.

Bolnava lui Laignel Lavastine și Couland și a produs o combustie foarte intensă și antebrațului și mâinei stîngi, ținând, în aceasta, cămașa pătată de sângele menstrual și pe care o aprinsese prealabil. Bolnava n'a lăsat această rușă din mână până la combustionea completă. Pe când membrul era supus acțiunii focului, bolnava avea impresiunea că salvează sufletul tatălui ei, sinucis cu 16 ani mai înainte.

Uneori bolnavii recurg și la omucid și victimele acestui

act sînt de regulă persoanele cele mai scumpe lor, copii, soție, pe cari le văd amenințate de aceleași nenorociri in-comensurabile.

Se vorbește, cu drept cuvînt, de un heterosuicid dată fiind asemănarea dintre aceste 2 acte, din punctul de vedere al mobilului psihologic.

Esquirol citează cazul unei belgiene care, după ce și-a aruncat într'o fântână 4 copii se precipită ea însăși. Ar fi făcut acelaș lucru pentru al 5-lea dacă acesta n'ar fi reușit să se salveze. Ea a trimis în fine o prăjitură otrăvită unui al șasilea copil al său care era în pensionat.

Mai rare ori bolnavii comit un act agresiv, un asasinat pentru a fi, în fine, judecați și condamnați, eventual la moarte, acolo unde există o astfel de pedeapsă. E o formă mascată de sinucidere.

Alte ori asasinatul, sau un alt act violent, contra unei persoane sau a obiectelor, e comis în mod brusc, pe neașteptate într'un paroxism de durere sau de anxietate. Se vorbește atunci de un raptus melancolic.

Un bolnav al lui Bellini, melancolic în urma unei pierderi de bani, ucide pe asociatul său într'un moment de exacerbare subită a durerii morale, produsă de vederea acestuia.

Mai notez încă fugile unor melancolici, la cei axioși în special, fugi cari au putut fi interpretate ca desertări (Briand și Delmas) desertări cari, une ori, au avut un caracter paradoxal întru cît bolnavul (cazul lui Charpentier) a părăsit lucrul de atelier, care îl punea în acelaș timp la adăpost de ori ce pericol, pentru a merge în regiunea periculoasă a frontului.

Somnul melancolicilor e de cele mai multe ori turburat. În majoritatea cazurilor găsim o insomnie rebelă și foarte chinuitoare.

* * *

Mania și melancolia nu sînt sindrome exclusiv psihice. Din contra găsim în genere alături de simptomele psihice și *modificări somatice*.

Unele din aceste din urmă fenomene sînt comune ambelor sindrome.

Pentru comoditatea descrierii și pentru a nu face separațiuni artificiale voi descrie în acelaș paragraf fenomenele somatice și în genere starea diferitelor funcțiuni somatice în ambele sindrome.

Mai întăi e de remarcat că aceste sindrome evoluează, de multe ori, după cum au arătat-o Tomassi și mai de curînd

Kretschmer, Henckel, Van der Horst, pe terenul constituției picnice.

În afară de aceasta observăm modificări ale troficității generale. Astfel la maniaci, dacă excitația nu e prea intensă troficitatea generală apare excelentă. Individul are un aer de tinerețe, de sănătate generală din cele mai bune. Ochiul este strălucitor, mișcările sunt vii, mimica veselă, mulțumită.

Meyer a remarcat că unii maniaci încărungiți, capătă din nou, peri colorați în timpul accesului de manie. Meyer, Modret, Roubinovitch și Toulouse au notat creșterea greutatei corpului. Când agitația e intensă se observă, din contra, o scădere în greutate și starea generală pare a suferi.

După Weygand greutatea corpului poate să scadă cu 50 %.

La melancolici greutatea corpului scade, adese ori, și aspectul general al organismului dă de multe ori impresiunea unei îmbătrâniri mai accentuate de cât cea corespunzătoare vârstei.

Printre fenomenele ce denotă modificări ale sistemului nervos al vieții vegetative notăm că maniaci, în afară de strălucirea privirii, prezintă, adese ori, și alte fenomene oculare. Astfel exoftalmia nu e rară la maniaci (Yung) că și la melancolici de altfel. Aceștia au, în genere, ochiul aton pe jumătate închis și fără strălucire după cum observă și Atanasiu. După acest autor și acomodarea este slăbită, iar pupilele sunt dilatate în majoritatea cazurilor de melancolie.

De asemeni se observă, une ori, la maniaci în special, o lărgire a deschiderii palpebrale. Fenomenul acesta este evident la unii maniaci, mai cu seamă când agitația e mai intensă. Atunci se poate observa această lărgire a deschiderii palpebrale și sclerotica apare descoperită deasupra pupilei. (Tanzi, Zolplachta).

Excitabilitatea sistemului vegetativ e mărită după observațiunile lui Eppinger, Pözl și Hess.

Mai de curând Euzière și Margarot au susținut că în stările anxioase există în mod frequent o ipertonie a simpaticului. Tinel și Santenoise au insistat asupra iperexcitabilității parasimpaticului. Reflexul oculo-cardiac e, după ei, exagerat.

Cercetările făcute de D-ra Cernăuțeanu și I. Ornștein asupra bolnavilor din Spitalul Socola n'au arătat o exagerare a reflexului oculo-cardiac la maniaci de cât într-o proporție de 35 la sută de cazuri, proporție destul de mică de oare ce ea era de 60% în melancolie, de 51% în epilepsie, de 48% în idioție și de 42% în demența precocă.

În cercetări ulterioare aceiași autori au găsit reflexul exagerat în manie numai în 16% cazuri, absent în 39% și normal în 45% iar în melancolie, normal în 25%, inversat, exagerat sau absent în aceiași proporție. Dacă reflexul eluat după mâncare proporțiile se schimbă. Astfel reflexul e exagerat în manie în 29%, normal în 21% și absent în 50% iar în melancolie proporția devine respectiv de 25%, 50% și 25%.

Pe de altă parte L. Baliff și H. Rosen cercetând tonusul simpaticului și al vagului în psihoza maniaco-depresivă au găsit o foarte ușoară ipotonie a simpaticului și o ipotonie mai însemnată a vagului.

După Schott iperexcitabilitatea mecanică, a mușchilor, e frecventă ca și exagerarea reflexelor și dermatografismul *).

Klippel, Delmas, Dupuy, cu ocaziunea comunicării lui Laignel Lavastine și Couland au insitat asupra analgeziei sau ipoalgeziei la melancolici.

Dupuy citează cazul unei melancolice anxioase care se așezase pe un cuptor și care a murit în urma arsurilor. Întrebată ce a simțit în această împrejurare a negat existența durerii.

Turburări ale funcțiilor digestive se observă, destui de des, în psihoza maniaco-depresivă. În cazurile de ipomanie pofta de mâncare nu pare a fi modificată dar în forme mai grave bolnavii refuză, adese ori, alimentele. Scăderea poftei de mâncare la melancolici este extrem de frecventă. Se poate observa însă și fenomenul contrariu precum și o impulsivitate la a mânca continuu, fără ca pofta de mâncare să fie, în mod net, exagerată.

La melancolici limba apare, de multe ori, încărcată, sâburată, atonă, cu aspect gelatinos, păstrând urma dinților pe marginile ei.

Pini găsește puterea amilolitică a salivei crescută, în stările de excitație moderată pe câtă vreme în formele grave ale psihozei maniaco-depresive notează o scădere. În plus după acelaș autor saliva acestor bolnavi prezintă însușirile celei zisă simpatică.

Mai mulți autori ca Leubuscher și Ziehen, Grabe, Richardson, Von Noorden, au analizat sucii gastrici în psihoza maniaco-depresivă fără a găsi modificări importante.

Totuși Mayr găsește la maniaci conținutul în pepsină mai de grabă urcat iar în labferment coborât. În cazurile de depresiune profundă acidul cloridric liber e coborât.

*) Aceste fenomene, primul în special, sînt poate în legătură cu alterațiunile calcemiei descrise în manie de D-ra Maria Parhon.

Franchini în 4 accese depressive (la aceeași bolnavă) a notat vărsături incoercibile.

Notăm aci frecvența, foarte însemnată, a constipației, adese ori foarte rebelă, la melancolici. Acest simptom se poate întâlni, într'o măsură mai puțin însemnată, și la maniaci. Ziehen afirmă a fi văzut, în mod excepțional, o constipație tenace dispărând subit odată cu aparițiunea maniei.

Respirația e, uneori cel puțin, accelerată, la maniaci, în timpul agitației mai intense cel puțin.

La melancolici e, în genere, încetinită, adesea ori întretăiată de suspine.

Margaria găsește respirația melancolicilor ipoactivă, discontinuă, adese ori cu respirațiuni mai profunde compensatrice. În unele cazuri a putut observa și tipul Cheyne-Stokes cu perioada de apnee scurtată. Une ori, în fine, se observă că mișcările respiratorii sînt complicate de o tremurătură. Fenomenul acesta se întâlnește în formele anxioase.

Mendici a făcut, de asemeni, cercetări interesante asupra respirației la melancolici (femei). Pe cîtă vreme la femeia normală, după acest autor, respirația e mai profundă în timpul somnului (în prima oră cel puțin) de cît în starea de veghe, la melancolici respirația, mai profundă în genere de cît în stare normală, scade puțin în profunzime, în timpul somnului. Mișcările sînt mai rare, de cît în starea normală, și fără deosebire marcată în timpul somnului și în starea de veghe. Inspirația, predomină cu mult asupra expirației. Câtul respirator la melancolici, contrariu de starea normală, e mai mare în timpul somnului. Respirația e, în fine, une ori, întretăiată de suspine, izolate sau în serii.

În ce privește aparatul circulator avem de notat că frecvența pulsului poate fi crescută în manie putând atinge, în tazele de agitație, cifre asemănătoare cu cele ce se găsesc în sindromul lui Basedow (100—120 pe minut). Această creștere nu e, în nici un caz, o regulă căci Jacobi a găsit pulsul normal, sau chiar scăzut, în peste 50% din cazurile de manie.

Frecvența pulsului se poate întâlni și în cazurile de melancolie, mai cu seamă în melancolia anxioasă.

În alte cazuri de melancolie pulsul poate fi, din contra, scăzut. Griesinger a vorbit de un veritabil puls lent permanent al melancolicilor. În cazul lui Mainheimer exista o falsă bradicardie, 36—50 pe minut, cu puls bigeminat ce se normaliza sub influența emoțiilor. Charpentier a văzut un caz de melancolie cu 18 pulsațiuni pe minut. Cazul s'a terminat cu aritmie și a sucombat în stare de rău. Și Weber notează că pulsul e mai rar la melancolici.

În ce privește presiunea sanguină, Falcicola găsește că e, de regulă, coborâtă în perioadele de depresiune fără anxietate și, din contra, mărită când ultimul simptom e prezent.

Acelaș autor observă, din contra, o creștere a presiunii sanguine la începutul fazei maniacale apoi presiunea scade când apare oboseala. În stările mixte, și între accese, presiunea e variabilă.

Toulouse și Vaschide constată, de asemeni, o creștere a presiunii sanguine atât a celei radiale cât și a celei capilare, la anxioși. Din contra deprimații simpli prezintă o ipotensiune. Naudascher a relatat însă un caz de melancolie anxioasă cu ipotensiune.

La rândul său Weber găsește că presiunea sângelui e mărită, atât cea diastolică cât, și încă mai mult, cea sistolică. Între maniaci și melancolici nu e de cit o deosebire de grad la maniaci tensiunea fiind mai puțin mărită.

Și alte modificări ale aparatului circulator se pot întâlni la maniaci și melancolici.

Astfel după Albrecht arteriocleroza e mult mai frecventă, și mai precoce, în psihoza maniaco-depresivă de cât în alte psihoze, fără turburări periodice și alterne ale afectivității. Kraepelin, de asemeni, a insistat asupra frecvenței arteriosclerozei în această psihoză.

D-ra Landry a notat, în cazul său (femeie melancolică), o gangrenă simetrică a extremităților inferioare, prin obliterațiunea iliacelor.

Un melancolic al lui Manheimer a prezentat, în 3 rânduri, în timpul ernei un edem considerabil al feței dorsale a mâinii și degetelor a căror colorație era roșie cărămizie, mai vie la degete și din contra cianotică în regiunea pumnului.

Într'un caz de psihoză maniaco-depresivă, studiat de Tomaschny, în timpul fazelor depresive se nota o tumefacție dură, indolentă, care nu păstra urmele presiunii digitale și care era localizată în jumătatea inferioară a feței și la buze. Aceiași tendință se observa la nivelul umerilor și soldurilor. Tomaschny vorbește în acest caz de un mixedem local.

Și unele modificări hematice au putut fi observate la maniaci sau melancolici.

Astfel unii autori au notat leucocitoza (Sutherland, Burton, Lépine și Popoff). Din punctul de vedere al formulei leucocitare împreună cu Urechia am observat de multe ori o mononucleoză. Lépine și Popoff, Fratini au observat de asemeni cazuri de melancolie cu mononucleoză. Dar fenomenul nu e constant și eu însumi, împreună cu G. Dan, ca și alți autori, Bruce și Peebles, Howard, Fratini, am putut ob-

serva și polinucleoza. Laignel Lavastine observă, cu drept cuvânt, că având a face cu sindrome, modificările sanguine, pot varia de la un caz la altul.

Mai notăm că după Ermakow în cele 2 faze ale psihozei circulare formula leucocitară este de asemeni modificată. Mononuclearele predomină după acest autor în perioadele expansive.

Klippel și Jacquelin, la o femeie atinsă de melancolie anxioasă, la epoca menopauzei și care prezintă o gușă cu tahicardie și slăbire considerabilă, au notat creșterea numerică a polinuclearelor (83%_o).

După Somers eosinofilele sînt foarte crescute în manie, fapt a cărui existență n'am putut-o însă confirma, în cercetările mele cu Urechia sau în cele cu G. Dan iar Lépine și Popoff au putut observa într'un caz scăderea, relativă, a eosinofilelor. Cu toate acestea ipereosinofilia și o intensă leucocitoză polinucleară a fost regăsită și de Blondel în unele stări maniacodepresive confuzive.

Dumas vorbește de o scădere, aparentă, a numărului globulelor roșii la începutul agitației maniacale și care dispare mai târziu. Harrison, Hevoroch și Koblika, Frisco, Wherry, Lépine și Popoff au notat, de asemeni, scăderea numărului eritrocitelor la maniaci. În ce privește melancolicii Hevoroch și Koblika, Loveland, Itten, Schultz și Cappeller au notat creșterea numerică a globulelor roșii (al căror diametru ar fi scăzut după Eibe) pe cîtă vreme alți autori ca Witmore și Steele, Harrison, Ferrari, Frisco, Fratini, Lépine și Popoff, Schultz și Cappeller au notat scăderea numerică a hematiilor. Pilez n'a obținut rezultate pozitive.

Din punctul de vedere al modificărilor fizicochimice ale sîngelui, notăm că Besta a găsit coagulabilitatea scăzută atît în faza maniacă cît și în cea melancolică, Zilochi a observat că viscozitatea sîngelui e crescută.

Din cercetările de serocrioscopie, ce am făcut împreună cu D-ra Maria Parhon, pare a reeși că în stările de agitație există o scădere a punctului de congelare, cu alte cuvinte o creștere a concentrațiunei moleculare a sîngelui.

Agostini găsește izotonia globulelor roșii scăzută în stările de depresiune. Alberti notează, la unii maniaci, o scădere a rezistenței globulare.

Alcalescența sîngelui a fost găsită normală de Pugh, în stările maniaco-depresive.

Bogăția sîngelui în hemoglobină pare scăzută la maniaci după Weygand, Lépine și Popoff, Wherry, Frisco, Vorster, pe cîtă vreme Fischer, Reggi și Seppili au observat con-

trariul. Vorster găsește că emoglobina ca și greutatea specifică a sângelui, scad în stările de excitație psihică intensă și prelungită, cu agitație motrice.

Într'un caz de acidoză urinară cu albuminurie, foarte ușoară, și urobilinurie, D-ra Badonnel a observat o creștere trecătoare, a ureei din singe ajungând până la 1.08‰.

Hiperglicemia a fost observată de 10 ori pe 17 cazuri de Heidema. Kooy a întâlnit, de același număr de ori, pe 19 cazuri o iperglicemie alimentară. Wuth a văzut glicemia de 18 ori pe 30 de cazuri.

În ce privesc lipoidale din singe avem de notat că Pighini a găsit o creștere a colestेरinei și mai mult încă a oxicolestेरinei în psihoza maniaco-depresivă.

La rândul lor Targowla și D-rele Badonnel și Bermann au observat ipercolestेरinemie în 4 cazuri de melancolie anxioasă și delirantă.

Împreună cu mult regretata mea soră D-ra Maria Parhon, am examinat colestेरina serică în 3 cazuri de ipomanie (fata 17 ani, femeie 18 ani, bărbat 18 ani) cifrele au fost respectiv 1,45, 1,50 și 1,40 la mie, mijlocia normală fiind de 1,30.

De asemeni am examinat 4 cazuri de melancolie și anume 2 femei (20 și 27 ani și 2 bărbați (23 și 45 ani).

Ambele femei erau amenoreice de mai multe luni. Ultimul bărbat (45 ani), de talie înaltă, prezenta în același timp o ipertrofie tiroidiană și exoftalmie.

Cifrele găsite au fost respectiv de 0,95, 1,40, 1,10 și 1,10. Deci ipocolestेरinemie mai mult sau mai puțin accentuată.

Mai de curând Tinel, Dupouy și P. Schiff au notat ipercolestερinemie la 3 melancolice (50, 59 și 65 ani). De asemeni Ornstein, la 4 femei maniace (21, 18, 44 și 52 ani) a găsit cifra de 1,30 în câteși 4 cazuri. Lao a 5-a bolnavă cifra era, din contră, de 1,95. Ultima bolnavă era amenoreică. Amenoreea există de asemeni, datând de 14 ani, în ultimul din cazurile precedente. În fine la un bărbat, 64 ani, atins de același sindrom, găsește circa de 1,70. Același autor a examinat 4 cazuri de melancolice. Toate bolnavele sale erau amenoreice. La una din aceste bolnave (36 ani) amenoreea data de 2 luni iar colestेरina era de 1,30 la mie. La celelalte bolnave (19, 47 și 37 ani) amenoreea data respectiv de 3 luni, 3 ani și 2-3 ani iar cifra colestेरinei la 1000 era de 2,80, 2,20 și 1,70. În ultimul caz era vorba de melancoelie cu stupeoare.

Gilbert, Lereboullet și Cololian au notat colemia în unii melancolici. După Hannard și Sergeant colemia e mai frecventă la deprimați, (o treime din cazuri), de cât la alți a-

lienati (o pătrime din cazuri) dar se găsește, mai cu seamă, la indivizii „degenerați“ așa fa cât accesele de melancolie tipică nu par a putea fi puse, după acești autori, pe seama colemiei.

Un bolnav al primilor 3 autori a sucombat în coma ipotermică, ca insuficienții hepatici.

Din punctul de vedere al compoziției minerale a singelui notez că D-ra Maria Parhon a găsit calciul crescut la melancolici și din contra scăzut la maniaci. Și D-ra Siegler a făcut, mai de curând, constatări analoage.

Pighini a găsit la maniaci, ca și la melancolici, scăderea catalazei din sînge. Iuschtschenko a găsit valori normale, scăzute sau crescute, mijlocia rămânând însă normală.

Pighini n'a găsit modificări în conținutul esterazei din sînge, cercetată din punctul de vedere al desdoirei monobutirinei.

Nucleaza a fost găsită mărită de acelaș autor în stările de agitație.

Puterea antitriptică a serului a fost găsită normală de Iuschtschenko ca și de Simonelli.

Bruce găsește că serul epurei imunitizat cu cel de la cazuri de psihoză maniaco-depresivă și amestecat cu urina din un asttel de caz deviază complementul. Cu ser din cazuri de confuzie mentală, sau de la normali, deviația nu se produce.

Reacția lui Abderhalden în psihozele afective a fost studiată de un însemnat număr de autori (Fausser, Wegener, Bunschuh și Römer, Teobald, Mass, Obregia, Pitulescu, Poepa, C. I. Parhon și D-ra Maria Parhon, Golia, V. Mayer, Plaut, Neue, Katka, Rosenthal și Hilffert, Sioli, Runge, Bisgaard și Korsbjerg, Iuschtschenko și D-na Plotnikoff, Bowmann și Van Hasselt, De Crinis, Ewald).

Din totalul acestor cercetări reese frecvența rezultatelor pozitive pentru glanda tiroidă în manie și a celor pentru ficat în melancolie. Dar se pot observa și reacțiuni pozitive pentru tiroidă la melancolici. În plus putem întâlni reacții pozitive, mai rare, în una sau alta din cele 2 psihoze afective, pentru alte organe ca glandele genitale, etc.

După Obregia și Pitulescu, reacția e mai des pozitivă când se întrebuințează, pentru procesul fermentativ, o tiroidă din psihoza maniaco-depresivă de cât atunci când se lucrează cu o tiroidă de altă proveniență.

Reacția lui Koltmann a fost studiată de curând (în laboratorul Clinicei neuropsihiatrice din Iași) de d-na Ornstein-Cernăuțeanu, pe 14 cazuri de manie și 9 cazuri de melancolie. În primele cazuri colorația a fost slabă de 9 ori, mijlo-

cie de 3 și intensă de 2 ori. În cele 9 cazuri de melancolie colorațiunea a fost slabă de 5 ori, intensă de 3 și mijlocie o singură dată.

Unele modificări ale funcțiunilor renale, sau în constițuția urinei, au fost notate în psihoza maniaco-depresivă. Astfel în manie cantitatea de urină, eliminată în 24 ore, poate fi crescută și după Kraepelin, în unele cazuri, s'a putut observa chiar un diabet insipid.

Pe de altă parte Selin găsește că urina melancolicilor este redusă, din punctul de vedere cantitativ, ceea ce după Allers ține probabil de faptul că acești bolnavi ingerează cantități mai mici de alimente lichide (ca și solide).

În tot cazul densitatea urinei, e în genere, mărită după Rabov. Schaffer găsește la un bolnav densitatea de 1,0 și pentru o cantitate 300 cm. c. în 24 ore.

După Allers nu e vorba de o retenție de apă, căci nu se observă o creștere în greutate a bolnavilor, diureza crește prin ingestia de lichide iar observația directă arată că acești bolnavi nu introduc de cât cantități mici de apă.

Albuminuria a fost notată, de mai multe ori, în psihoza maniacodepresivă. (Jones, Köppen, Pilcz, Vassale și Chiozzi etc.) Jones o găsește în 43% la depresivi și în 30% la maniaci; Vassale și Chiozzi de 8 ori pe 18 cazuri la maniaci.

Meyer și Meine au notat une ori și peptonuria în psihozele circulare.

Eliminarea albastrului de metilen a dat rezultate negative autorilor cari au cercetat-o (Bodani, Dufour, D'Ormea și Maggioto).

În ce privește bilanțul azotului cercetările lui Kauffmann ca și acelea ale lui Seige arată oscilațiuni însemnate cu o tendință la retenția acestui element în stările depresive. Schaffer, într'un caz observat de el, nu găsește nimic deosebit. Rezultatele obținute de Folin sînt variabile pe cît vreme Urechia, Cuneo, notează creșterea azotului la maniaci. Lailier și Mairet găsesc azotul total mărit la maniaci și scăzut la melancolici.

În ce privește diferite fracțiuni ale azotului urinar Kauffmann, ca și Follin, n'au găsit variațiuni ce se depărtează de normal, în mod constant, de și primul autor a notat oscilațiuni mari, une ori.

Rabow a găsit o scădere a ureei în stările depresive. Simon Eules, Guerin și Aimé observă același fapt.

Dar Allers crede că e vorba, în asemenea cazuri, de o scădere a azotului total în raport cu insuficiența alimentațiunei.

Viel a găsit, de asemeni, azotul ureic (ca și acidul fosforic) scăzut la deprimați exceptând pe cei anxioși, în care caz găsește o creștere, a acestor substanțe Allers face însă rezerve asupra tehnicii acestui autor, ca și asupra aceleia a lui Lui care a găsit de asemeni o scădere a ureei la deprimați.

Înce privește eliminarea amoniacului nu există, pentru moment, cercetări de oare care importanță.

Referitor la eliminarea purinelor avem de notat ca Schäffer găsește o exagerare a eliminării acestora, în stările depresive, pe câtă vreme în stările maniacale nu observă nimic deosebit. Taguet găsește, în ultimele, o scădere în cantitatea acidului uric din urină. Allers observă că Schäffer n'a făcut distincția între purinele exogene și endogene și a lucrat, în plus, cu o tehnică discutabilă.

Seige găsește că acidul uric e la limita inferioară normală, la deprimați, pe câtă vreme în excitația maniacală e încă și mai redus (0,16—0,18 acid uric endogen).

Acidul uric exogen se elimină în mod normal—după Seige—în stările depresive.

În manie nu găsește o creștere a acidului uric după administrarea de nucleine dar în cele 2 zile următoare bazele purice apar crescute.

Stefani găsește, de asemeni, o scădere a acidului uric în stările depresive. Tot astfel Stegmann. Sanguineti într'un caz de psihoză maniaco-depresivă, însoțit de insomnie, notează din contra, o eliminare excesivă a acidului uric și a bazelor purice. Administrarea de acid fenilchinolincarbonic a determinat, odată cu dispariția insomniei și ameliorarea eliminării purinelor.

Kreatinina a părut micșorată într'un caz a lui Kauffmann, pe câtă vreme Allers n'a observat modificări.

Indicanuria a fost observată de Plicz, Seige, Bechterew, atât la maniaci cât și la melancolici. Kauffmann a observat, de asemenea, uneori, o indicanurie, nu prea importantă de altfel, Taubert a găsit-o numai în faza de excitație pe câtă vreme ia cea depresivă, și în intervalul acceselor, era absentă.

Coriat, Richardson, Slowzow, Borden, Bondurants, Bruce, Funk, au regăsit indicanuria, mai cu seamă în stările depresive dar ultimul autor n'a găsit un paralelism între intensitatea depresiunii și gradul indicanuriei.

Creșterea fenolilor urinari, în stările depresive, a fost observată de Myers, Fischer, Difendorf, Kaufmann.

Pardi ajuge la concluzia că, în timpul agitației intense

și prelungite, tot indoxilul urinar se elimină sub forma de indirubină.

Iuschtschenko, la rândul său, observă că benzolul, introdus în organism nu se oxidează, în aceeași măsură, ca la normali.

Buscaïno a observat că reacțiunea neagră a urinelor cu nitratul de argint la cald, frecventă în demența precoce, lipsește de regulă la maniaci. Prezența acestei reacțiuni ar indica existența în urină a unor amine abnorme.

În ce privește fosforul, eliminarea lui prin urină a fost găsită scăzută în excitația maniacă de către Ball și Mendel. Aceiași constatare o face Marro în stările anxioase. Dar scăderea se face, după acest autor, numai pe seama fosfatelor alcaline pe câtă vreme cele teroase pot fi immulțite. Immulțirea fosfatelor teroase a fost notată și la maniaci de către Taguet.

Scăderea fosfatelor în stările depresive a fost regăsită și de Stefani și de Lui. Ultimul o găsește de altfel și în excitația maniacă.

Seige n'a găsit însă nici o modificare în cazul său, nici în faza maniacă, nici în cea melancolică.

Folin și Schaffer au văzut fosforul urinar crescut în excitația maniacă.

Rossi a notat scăderea sulfului urinar în stările depresive iar Follin n'a observat modificări importante în psihoza maniaco-depresivă.

Kauffmann găsește o creștere a eliminării sulfului neutral. Raportul sulfului față de azot a fost găsit normal într'unul din cazuri și redus în alte 2. Allers privește cu rezervă tehnica întrebuintată de Kauffmann.

Marro a notat, în fine, o creștere a acizilor sulfoeterici.

Glicozuria se găsește, cu o însemnată frecvență, în stările depresive și anxioase precum reese din observațiile lui Charles Féré, Ziehen, Beckmann, Loeper, Legrand du Saule, Raimann, Travagliano, Kauffmann, Cornu, Wuth, Schultze și Knauer. Ultimii 2 autori au observat glicozuria în 67% din stările de depresiune a circularilor și în 61% din melancolia menopauzei. Frecvența glicozuriei a fost observată, de asemenea, și în stările depresive din alte psihoze ca paralizia generală și demența precoce.

Raimann a insistat asupra frecvenței glicozuriei alimentare în stările depresive, Ehrenberg a atras, pe de altă parte, atenția asupra faptului că limita toleranței pentru zahăr scade cu vârsta. Graziani în 3 cazuri ale sale n'a observat o diferență față de starea normală.

Amintesc în fine că Pierre Marie și Robinson, Sekeyan,

au studiat un sindrom constând într-o stare melancolică cu impotență genezică pe de o parte, și în levulozurie pe de alta.

În fine Schultze și Knauer au insistat asupra frecvenței glicuronuriei în stările depressive. Kauffmann a observat, de asemenea, creșterea acidului glicuronic din urină.

În fine, une ori, s'a putut observa și ketonuria (Von Rivano, de Boeck și Slosse, Wagner, Pilcz Hoppe).

Bacelli găsește că totalul constituantelor oxidabile ale urinei e mai mare în stările depressive de cât în cele maniace. Pini găsește (cu o tehnică diferită) contrariul. În tot cazul aceste constituanți sînt, după acest autor, în cantitate mai mare de cât în stare normală.

În ce privește eliminările minerale Kauffmann a notat oscilațiuni însemnate în eliminarea clorului. Aimé și Guerin au observat o creștere a calcelui și magneziului eliminat prin urină la maniaci ceea ce trebuie apropiat de constatările D-rei Maria Parhon asupra scăderii calcelui în sângele maniacilor.

Loewe a observat că partea coloidală (adializabilă) a urinei, într'un caz de manie, are o acțiune toxică asupra animalelor.

A. Marie a văzut, de asemenea, creșterea toxicității urinare la maniaci. După Alberti, această creștere a toxicității urinei, ca și a serului sanguin, n'are nimic constant.

Ballet și Bordas au putut pune în evidență în urina unor melancolici alcaloizi foarte toxici, pe cîtă vreme acela a altora nu conține de cît alcaloizi indiferenți.

Aparatul genital suferă, de asemenea, la maniaci. În primul rând amintim aci erotismul, atît de comun, la maniacii de ambele sexe.

Femeile maniace prezintă, adese ori, turburări menstruale sub formă de dismenoree și chiar de suspendarea menstruelor în timpul accesului. Am văzut și fenomenul contrariu, menstruația apărând de 2 ori, în cursul aceleiași luni, la o bolnavă maniacă, cu erotism extrem de pronunțat. Une ori menstruația, dispărută prin manopauză, a revenit în cursul maniei.

Glandele mamare au fost notate ca slab dezvoltate în mai multe cazuri de manie sau de melancolie.

În ceea ce privește aparatul genital în melancolie fenomenul cel mai comun e amenoreea sau dismenoreea. Nu rare ori, la femeie, se observă și o excitație sexuală care împinge la masturbațiune violentă.

La barbat frigiditatea e fenomenul cel mai des observat.

Schott găsește amenoreea în 38% din cazurile de psihoză maniaco-depresivă.

În cazul lui Leroy (maniac în vârstă de 23 ani) exista o secrețiune lactată ce data de la 10 ani. Laptele, mai abundent în timpul menstruelor, putea fi exprimat, de fiecare parte, în cantitate de o linguriță de cafea.

Studiul variațiunilor ponderale, a eliminărilor urinare, etc, ne arată că unele modificări ale schimburilor nutritive există în psihoza maniaco-depresivă. Scăderea limitei toleranței pentru zahăr, în special la melancolici, pare din cele mai caracteristice.

Vom mai cita aci câteva lucrări referitoare la chestiunea metabolismului în psihoza maniaco-depresivă.

Bornstein n'a găsit modificări ale schimburilor respiratorii în psihozele circulare.

Grafe de asemeni a găsit cifre ce oscilează în limitele diferențelor individuale în 3 cazuri de melancolie cu stupoare (un caz cu cifrele normale; un altul cu 10% sub mijlocia normală; un altul cu 15% deasupra acesteia).

Omorokoff găsește o scădere a schimburilor respiratorii atât la maniaci cât și la melancolici, la ultimii însă mai mult de cât la primii. Allers face însă rezerve asupra concluziunilor acestui autor.

Lauzier găsește o scădere a metabolismului bazal la melancolici. În formele anxioase există însă o tendință la creșterea acestui metabolism.

Glandele cu secrețiune internă participă, cu siguranță, la procesul patologic din psihoza cu al cărui studiu ne ocupăm.

Iperтроfia tiroidiană e frecventă la acești bolnavi chiar atunci când nu se poate vorbi de o asociație cu sindromul lui Basedow. Exemple de acest fel sunt numeroase. Am publicat eu însumi mai multe, între cari un caz de manie cronică ce l'am studiat împreună cu Popa Radu.

Elevii mei D-na Alexandropol, Ornstein, au publicat de asemeni astfel de observațiuni. Diferite fenomene ca exoftalmie, tahicardie, palpații, mononucleoză, întârzierea reacției lui Kottmann și însăși turburările psihice, în total sau în parte, pot fi puse pe seama alterațiunei funcțiunei tiroidiene.

Unele turburări ce se observă une ori, ca hiperexcitabilitatea mecanică a muschilor, ipocalcemia maniacilor ar putea recunoaște și o alterațiune a funcțiunilor paratiroidiene.

Turburările menstruale, erotismul acestor bolnavi, indică alterațiuni funcționale ale glandelor sexuale.

Modificările în metabolismul zaharului indică posibilitatea unei insuficiențe endocrine a pancreasului.

Iper sau ipotensiunea arterială, constipația etc., pot avea raporturi cu modificările funcționale ale capsulelor suprarenale și ale ipofizei.

Însăși constituția bolnavilor pare a indica o anumită stare a funcțiunilor endocrine.

* * *

Forme. Evoluție. Acces unic și accese multiple. Asociațiuni și afinități morbide. Concepția psihozei maniaco-depresive.— Pentru motive, ușor de înțeles, din cele deja spuse relativ la ideile lui Kaepelin referitoare la aceste psihoze, nu se poate separa studiul evoluțiunii de acela al formelor și al afinităților morbide ale maniei și melancoliei. Acest fapt va reeși, mai bine încă, din cele ce vom expune în acest capitol.

Putem distinge mai multe forme de manie și anume: după intensitatea simptomelor, după natura acestora și după evoluția boalei.

Astfel când simptomele sînt foarte pronunțate se vorbește de o manie acută. În special agitația psihomotrice este foarte intensă. Logoreea, gesticulațiile, sînt foarte accentuate. Fondul euforic e mai puțin net. Irascibilitatea adese ori pronunțată. Bolnavii distrug îmbrăcămintea, rufăria patului etc. Din punct de vedere somatic ei scad de regulă în greutate. Insomnia e regula. O nuanță confusivă complică adeseori această formă.

Excitația maniacă sau ipomania e forma cea mai pură a maniei. Excitația psihomotrice e moderată. Euforia foarte pronunțată. Erotismul de regulă manifest, fuga de idei moderată, coerența se păstrează încă într'o anumită măsură. Tendința la rime la spirite este accentuată. Descrierea ce am dat, în mod amănunțit, se aplică, mai cu seamă, la această formă care are de altfel ea însăși o serie de grade ce o leagă cu starea normală.

Când agitațiunea motrice și psihică atinge maximul se vorbește de delirul acut. Bolnavii sînt într'o continuă agitație, vorbesc fără încetare, gesticulează, distrug îmbrăcămintea, rufăria patului, saltelele, au halucinații numeroase. Starea generală suferă. Ei slăbesc, limba e încărcată. Temperatura nu lipsește de regulă. Nu rare ori bolnavii sucombă.

Sindromul delirului acut nu reprezintă însă, propriu zis vorbind, un complex simptomatic franc maniacal. El aparține de fapt confuziunii mentale cu agitație extremă.

După modul evoluției alături de mania francă și acută sau subacută, se descrie o manie cronică. Lerroy, Beaudoin,

Benon și Denès, Parhon și Popa Radu au publicat astfel de observațiuni.

În genere e vorba, mai degrabă, de o ipomanie cronică. Simptomele maniace se continuă un lung șir de ani, în stare de puritate (euforie, fugă de idei, tendință la glume, la ironii, la spirite, la expresii figurate, poetice, logoree, agitație psihomotrice, etc.) în formele bine caracterizate.

Un exemplu tipic de acest fel e cazul a cărei observațiune am publicat, împreună cu Popa Radu.

În alte cazuri se poate observa o scădere a intelectului, colecționism, fenomene schizoide alături de simptome maniacale. Ultimul autor a publicat exemple de acest fel.

Se poate vorbi atunci de o demență precoce cu formă maniacală sau de o manie cronică cu formă skizoidă.

De altfel se pot observa și cazuri de manie acută sau ipomanie obicinuită în care există un amestec mai mult sau mai puțin pronunțat de semne skizoide.

Numeroși observatori, Gordon între alții, au publicat cazuri de acest fel.

E vorba de demență precoce cu forma maniacală sau de manie cu forma skizoidă? E vorba din contra de o asociațiune a 2 entități morbide sau cel puțin de o stare constituțională cu dublă valență?

În starea actuală a cunoștințelor noastre un răspuns precis și valabil pentru toate cazurile nu e posibil. E preferabil să ne mulțumim cu constatarea faptului clinic al existenței unui complex simptomatic maniaco-skizoid și să notăm interesul pe care-l poate avea analiza biologică a cazurilor de acest fel.

Kraft-Ebing a descris sub numele de *manie transitorie* o stare psihică caracterizată prin accese de scurtă durată, apărând pe neașteptate, la indivizii sănătoși mai înainte, și tot astfel în intervale, accese ce apar brusc, în câteva ore și dispar de asemenea brusc, fără ca individul să-și aducă aminte ce s'a petrecut cu el. Mariani a observat 2 cazuri de acest fel la 2 tineri. El crede că nu e vorba de epilepsie. Venturi, Novello au descris de asemeni cazuri de acest fel.

Aceste cazuri, de așa zisă manie transitorie, trebuiesc apropiate de manifestățiunile descrise sub numele de beție patologică. Ele pot fi de altfel, une ori, determinate de ingestțiunea unei anumite cantități de alcool.

Astfel în cazul lui Vorkastner 3 pahare de vin au fost suficiente să determine un acces de „manie furioasă” cu fenomene congestive și cu amnezie completă consecutivă.

Opiniunea cea mai verosimilă ce nu putem face, asupra acestei stări, e că avem a face cu echivalenți psihici epilep-

tici. Apariția bruscă, durată scurtă, amnezia consecutivă sînt atâtea fapte cari sprijină acest mod de a vedea.

Se pot distinge, de asemeni, mai multe forme de melancolie.

Astfel după intensitatea simptomelor putem distinge forme ușoare și forme grave, după complexitatea lor mai mult sau mai puțin însemnată, putem distinge forme simple și forme delirante. Sindromul lui Cotard reprezintă una din ultimele forme.

Predominența inhibiției psihomotrice sau, din contra, a anxietății și a agitației permit de asemeni a diferenția forme simptomatice diferite ale melancoliei.

După evoluția, rapidă sau lentă, putem avea forme cu mers acut, subacut sau cronic.

Formele simple sînt, după experiența mea, cele mai frecvente.

Ete trec foarte deseori nediategnosticate, sînt luate drept neurastenii și nu ajung de cît rare ori în spitalele de alienați.

Frecvența lor e foarte însemnată la epoca menopauzei. Un oare care grad de anxietate se observă destul de des. Mai des încă, poate, e vorba de o stare de astenie și de inhibiție psihomotrice însoțită de tristețe, de incapacitate de muncă, de anhedonie.

O formă interesantă e melancolia zisă cu stupoare în care imobilitatea bolnavilor, lipsa sau slaba lor reacțiune la excitațiunile din afară sînt caracteristice. Dar, pe de altă parte, expresiunea bolnavilor e aceea a unei suferinți reale. Fenomene de negativism sînt frecvente în această formă. Stupoarea sau, mai exact poate, pseudostupoarea bolnavilor pare a constitui un mijloc de a se izola de lumea exterioară.

Din punctul de vedere al evoluțiunei, alături de formele obicinate de melancolie, ce durează 5-6 luni, în termen mediu, se pot observa forme cronice. Totuși vindecarea nu e exclusă chiar după mai mulți ani. Am observat-o eu însumi, într'un caz, după 7 ani.

Există o melancolie intermitentă după cum există și o manie intermitentă.

Descrierile ce preced privesc starea bine caracterizată a maniei sau melancoliei. Debutul maniei e uneori brusc, câte odată cu halucinațiuni și chiar prin aceeași halucinație. Alte ori, și cele mai deseori, turburările psihice sînt precedate cu câteva zile, de o fază de indispoziție generală, cu dureri vagi, turburări de digestiune, tristeță, după care urmează faza de agitație. Sfârșitul acesteia poate fi, de asemeni, brusc

sau să se facă în mod progresiv trecând, uneori, printr'o perioadă de depresiune de lungă durată.

Accesul maniacal poate ține câteva zile dar și câteva luni, 3-4, sau și mai mult. Cel melancolic de asemenea. Acesta în genere durează mai mult de cât cel maniac.

Accesul maniac sau melancolic, poate fi unicul în cursul vieții individului. Mai des însă ele au tendința a se repeta și, destul de des, a se succede, sau alterna, sub cele 2 forme maniacă sau melancolică.

Repetiția acceselor e, une ori, foarte frecventă. Dana



Fig. 1.

descrie cazuri de melancolie multiplă, în cari recidivele sînt foarte numeroase. Într'un caz (barbat de 61 ani) crizele de melancolie s'au repetat de 44 ori în 11 ani, ținînd, de fie care dată, aproximativ 6 săptămîni. În alt caz (46 ani) de 22 ori, fie care criză ținînd câte 12 săptămîni, bolnavul putînd totuși a-și căuta de afaceri și în timpul perioadelor depresive.

Este greu, dacă nu imposibil, a prevedea dacă, odată accesul de manie sau melancolie trecut, el va mai reveni sau nu. Aceasta atîrnă, de altfel, nu numai de condițiunile endogene ci și de cele exogene.

În tot cazul, unele manifestațiuni fac excesiv de probabilă revenirea accesului. Astfel este debutul brusc și sfârșitul în acelaș fel. Tot astfel s'a susținut pentru caracterul răutăcios al bolnavilor pe câtă vreme euforia francă ar aparține mai cu seamă cazurilor de manie fără tendință la recidivă. Această concluzie nu poate fi, în nici un caz, admisă.

Precum am zis melancolia, și mania, pot să se succedă la acelaș bolnav, fără întrerupere, și se vorbește atunci de psihoze circulare (Fig. 1 și 2) sau cu o perioadă lucidă între ele și atunci vorbim de psihoza alternă.



Fig. 2.

O formă specială de psihoză circulară e aceea denumită de Kahlbaum ciclotimie, formă căreia Willmans, Khan, Bajenoff, Jelliffé 'i au consacrat de asemeni lucrări importante.

În această formă cele 2 faze ce se succed între ele sînt atenuate așa în căt caracterul patologic nu e totdeauna evident, pentru cei nepreveniți.

În faza de excitație bolnavul simte o stare de multumire puțin comună. Forțele sale sunt multiplicare. Este entuziasmat, curajos, întreprinzător. Activitatea sa e, adese ori rodnică și multiplă. Pilez citează cazul unui profesor uni-

versitar, model de eloquență în faza de excitație și care s'a sinucis în faza depresivă.

De asemeni Kraepelin citează un caz în care pacientul prepară o lucrare, în vederea unui premiu, în faza de excitație, se discurge și își socotește lucrarea ca insuficientă, în perioada de depresie, pentru a o prezenta și a obține premiul într-o nouă fază de excitație.

Mai mulți dintre oamenii ce au lăsat un nume în literatură și în știință au fost ciclotimi. Se pot cita astfel Goethe, Alfred de Musset, printre literați, Robert Meyer printre oamenii de știință. Opera lor literară sau științifică a fost făcută în perioadele de excitație.

Somnul lipsește în timpul acestora. Bolnavii lucrează, compun, scriu. Excesele venerice sau alcoolice sînt de asemeni frecvente.

Relațiunile sociale se multiplică sub forma de vizite, corespondențe întinse, întreprinderi comerciale, etc. Scurt, toată personalitatea individului pare crescută.

Contrariul se întâmplă în perioadele de depresiune. Individul e abătut, trist, lipsit de curaj, auto-aprecierea e scăzută. Activitatea se reduce la minim. Bolnavul se închide în camera sa, vorbește puțin, scrie tot așa de puțin. Nu se îngrijește de toaletă. Profesiunea e neglijată. Adese ori e chinat de o insomnie tenace și în genere de sentimentul dureros al insuficienței și inutilității persoanei sale. Ideile de sinucidere, și actul în sine, sînt frecvente în cursul perioadei depresive.

Există și cazuri în cari găsim perioade foarte scurte de excitație alternând cu perioade de depresiune, spre exemplu fie care perioadă durând o zi sau două.

Forme mixte. Kraepelin și după el alți autori, au admis alături de formele pure de manie sau melancolie, forme mixte în cari unul sau 2 din simptomele din seria maniacă se combină cu 2 sau unul din cele ale seriei melancolice.

Existența formelor mixte nu e admisă de toți psihiatrii. Studiul lor e, în tot cazul, extrem de important și din punctul de vedere al psihologiei generale și al corelațiunilor funcționale. Dacă 2 manifestări coexistă în totdeauna și dacă una nu poate exista fără de cealaltă se poate admite că una e în funcțiune de cealaltă. Cu totul altfel trebuie să conchidem pentru manifestări ce pot exista în combinațiuni variate.

Din punctul de vedere teoretic s'au admis următoarele 6 forme de stări mixte:

Mania colerosă, caracterizată prin simptomele obicinuie ale maniei în cari euforia e înlocuită printr-o dispoziție iri-

tabilă. Explozii de mânie cu reacțiunile psihomotrice adecuate, insulte etc., față de aceia cu cari bolnavii vin în contact, sînt comune în cursul acestei forme.

Între această stare și formele comune de manie pare a exista o întreagă gamă de trecere.

Hecker insistase deja asupra caracterului cicălitor al unor maniaci.

În *manla depresivă*, agitația psihomotrice persistă, dar bolnavii sînt triști, deprimați și ideațiunea lor este redusă. Ideile ipohondriace par a constitui principalul substrat al lamentațiunilor acestor bolnavi. O oare care anxietate nu pare a lipsi.

Legăturile între melancolia anxioasă și această formă nu mi se par îndoeelnice.

Sub numele de *manie înproductivă* s'a descris o stare caracterizată prin euforie și agitație psihomotrice, pe de o parte, inhibiție ideativă pe de alta. Agitația motrice e însă redusă.

Antheaume consideră această varietate ca foarte frecventă și e de părere că bolnavii ce o reprezintă au trebuit să fie luați, adese ori, drept slăbiți intelectualicește sau chiar dementiați.

În *stuporea maniacă* numai dispoziția afectivă se menține bună, pe cîtă vreme ideațiunea și psihomotilitatea sînt reduse la minimum. Une ori se poate observa și catalepsia.

Depresiunea cu fugă de idei, ar constitui o a 5-a stare mixtă a psihozei maniaco-depresive.

Bolnavii sînt triști, agitația psihomotrice lipsește fiind chiar înlocuită prin inhibiție, ideația e însă activă, bolnavii gîndesc mult, citesc și scriu.

În fine Kraepelin „crede a fi observat de mai multe ori” o stare mixtă numită „*inhibiția maniacă*” și căreia Deny și Camus îi dau numele de manie akinetică. Există, cu alte cuvinte, alături de buna dispoziție afectivă, și de fuga de idei, inhibițiunea psihomotrice.

Nouet și Trepasat merg chiar mai departe admitînd și tipuri clinice speciale a le formelor mixte. Astfel ei disting trei varietăți ale maniei coleroase. În prima predomină turburările dispoziției afective. Bolnavii sînt ursuzi, întunecați, vorbesc puțin. Expresiunea figurei lor e plină de mânie.

În genere stau aproape immobili dar de îndată ce li se vorbește, amenință, injură în mod trivial; dar fuga de idei e puțin pronunțată. Autorii propun pentru aceste cazuri numele de „*formă hipotimică*”.

În forma ideativă dispoziția afectivă e întunecată, ur-

suză, agitația motrice abia skițată, totuși se observă o logoree intensă. Fuga de idei e simptomul ce predomină. Legătura între fraze nu se poate pune în evidență. Asociațiile prin asonanțe sînt frecvente. Se observă idei delirante, de persecuție, al căror caracter principal e mobilitatea.

În fine autorii disting o a treia formă pe care o numesc „motrice”.

Dispoziția afectivă rămâne asemănătoare cu aceia din formele precedente. Fuga de idei e puțin pronunțată. Se observă, în schimb, o agitație motrice foarte intensă, cu țipete și mișcări desordonate. Bolnavii, cu părul și îmbrăcămintea în neregulă, aleargă în toate părțile, se tăvălesc pe jos, lovesc pe cei din jurul lor, strică obiectele, etc.

Une ori putem observa, la același bolnav, un fel de amestec de mulțumire, de entuziasm, și de depresiune profundă. Dacă aceste stări afective nu pot coexista, în aceeași clipă, ele alternează sau dau impresiunea că se luptă în sufletul bolnavului.

Acesta observă, admiră, e mișcat de tot ce e frumos în viață și natură, dar simte, în același timp, că toate acestea nu pot fi pentru el, pe care durerea profundă ce-l stăpânește îl împiedecă de a se bucura, în adevăr, de ele, în prezent și în viitor. Bolnavul face mai de grabă o apologie a trecutului de cât o descriere mulțumită a prezentului și o privire optimistă a viitorului.

Kraepelin citează un exemplu caracteristic al unei astfel de stări psihice.

Reproduc, după acest autor, câteva fragmente dintr-o scrisoare a unei bolnave adresată, mamei sale.

«Cât de înșorător îmi e dor de voi, și de viață, și totuși simt că trebuie să mor. Și pe tine și pe surorile mele le iubesc mai mult de cât viața de cât bogata, frumoasa, curata, viață. Și în loc de alt ceva mai bun vă fac astfel de necazuri. O nu mă blestemați. Sînt bolnavă și nu merit să fiu cu voi. Iertați-mi cele ce v'am zis.—Și astăzi îmi e așa de ușor că simt că de acum trebuie să adorm. Și totul, totul ce e așa de admirabil, de frumos în viață îmi stă acum așa de abundent și de limpede înainte: iubirea voastră și munca—și grădina, și florile și pădurea. Și curtea cu teii, așa cum era, ca operă a ta, pe care mîna ta iubitoare de creațiune și ochiul tău iubitor de frumos a împodobi'to, stă într'un vis așa de viu înaintea mea, ca nici odată până acum,

Bolnava continuă scrisoarea mai departe cu același cânt al naturii și al vieții, ca un rămas bun de la una și de la cealaltă.

Puțin după această scrisoare s'a sinucis.

În ce privește nomenclatura formelor mixte Ballet dă

următoarele denumiri: depresiune cu agitație; logoreică (pentru mania depresivă a lui Kraepelin); depresiune cu fugă de idei; depresiune euforică (stupoarea maniacă a lui Kraepelin); manie cu inhibiție motrice (inhibiția maniacă a lui Kraepelin); manie cu încetinirea sau oprirea reprezentațiilor; în fine mania ipotimică (mania coleroasă a lui Kraepelin).

La rândul său Deny întrebuințează pentru aceste 6 forme denumirile de: depresiune cu agitație; depresiune cu fugă de idei; depresiune cu exaltațiune afectivă; excitație cu inhibiție psihomotrice, sau manie akinetică; excitație cu inhibiția gândirii (entrave de la pensées); în fine excitație cu depresiune afectivă.

Pentru a se cuprinde, mai repede, cu privirea succesiunea acceselor în cazurile de psihoze intermitente sau periodice autorii au căutat a le da o reprezentațiune grafică schematică.

Astfel se figurează, adese ori, prin linii curbe, deasupra ori dedesubtul unei orizontale accesele de manie sau melancolie. (Curbele sînt numai superioare în formele de manie intermitentă, sau periodică, și numai inferioare în cele de melancolie intermitentă, sau periodică.

Ele alternă, separate printr-o linie orizontală, în formele alterne, în fine cele superioare se continuă cu cele inferioare, și invers, în formele circulare.

Gilbert Ballet propune următoarea schematizare pentru formele mixte.

Admitând că cele 3 elemente fundamentale ale maniei sînt excitația motrice (E), fuga de idei (F), și dispoziția veselă (Humeur gaie, Hg) iar ale melancoliei inhibiția psihomotrice, (I) oprirea (arrêt) sau încetinirea reprezentațiilor mentale (A) și dispoziția tristă (Ht), sau hipotimia, și că, pe de altă parte, formele mixte rezultă din reunirea a 2 simptome dintr'unul din cele 2 sindrome fundamentale cu un al 3-lea din celalalt, autorul scrie în sens vertical inițialele mai sus indicate ale simptomelor fundamentale ale maniei paralel cu acelea ale melancoliei. Unind prin linii simptomul unic din manie sau melancolie cu cele 2 din melancolie sau manie se capătă o reprezentare schematică simplă și clară.

La rândul său Deny, reprezintă prin culoarea albastră, simptomele din seria melancolică și prin roșu pe cele din seria maniacă.

Scriind, în mod vertical și paralel H. I. M. (humeur, idéation, motilité), însemnăm în dreptul fiecărei printr-o linie orizontală roșie sau albastră caracterul maniac sau melancolic al simptomului respectiv. De o parte și de alta cele 3

linii orizontale sînt de aceeași culoare (albastră sau roșie) și corespund maniei și melancoliei, între aceste avem respectiv 2 linii albastre și una roșie sau invers pentru cele 6 forme mixte.

De formele mixte ale psihozelor afective trebuesc apropiate psihozele maniace, și une ori cele melancolice, și psihozele periodice și intermitente, în genere, în a căror simptomatologie găsim o predominență mai mult sau mai puțin marcată a ideilor de persecuție.

Profesorul Obregia a insistat, încă de mult, și a revenit de curând (Congresul din Sibiu, Septembrie 1924) asupra acestor forme.

Eu însumi am putut observa un caz net de psihoză intermitentă cu formă paranoidă.

D-na Neumann (din Sibiu) a publicat de asemenea un caz analog.

Printre autorii străini cari s'au ocupat cu această chestiune găsim de citat lucrările lui Masselon, Dupré, Kahn, Soum, Bessière, etc.

Unii din ei au interpretat cazurile lor ca forme speciale ale psihozelor afective iar Specht a susținut, chiar, că paranoia ar aparține psihozei maniaco-depresive. Alții au văzut simple asociațiuni morbide.

În fine mai mulți autori (Kraepelin, Schmid, Obregia, eu însumi) consideră că unele cazuri de confuzie mentală aparțin psihozelor intermitente (sau psihozei maniaco-depresive).

Psihozele zise menstruale sau premenstruale pot fi considerate ca forme speciale ale celor periodice. Aceste psihoze nu sînt, în genere, franc maniacale sau melancolice. Euforia sau tristețea sînt, une ori, înlocuite printr'o însemnată stare de irascibilitate și de impulsivitate care amintește pe a epilepticilor.

Observațiunea ce am publicat eu însumi e un exemplu caracteristic.

Ziehen, Thoma, Peskoff s'au ocupat de asemeni cu studiul acestei chestiuni.

Întru cât privește asociațiunile morbide, pe lînge amestecul de simptome maniacale și melancolice, cari am văzut că reprezintă formele mixte ale psihozelor de cari ne ocupăm, și pe lîngă simptomele paranoide de cari am vorbit, se pot observa cazuri în cari evoluția unui delir sistematizat poate fi modificată prin apariția unei stări acute de excitație maniacă cu halucinațiuni ca în observația lui Klippel și Mallet.

Asociațiunea psihozelor periodice cu „cenestopatiile” sau cu sindromul fobiilor, obsesiunilor și impulsivităților, de

asemeni foarte frecventă. Kraepelin, Ballet, Deny, Blondel, Charpentier, Vurpas, Camus au comunicat astfel de observațiuni. Sindromul maniac și melancolic se asociază, de asemenea, destul de des, cu acela al confuziei mentale (Laurence, Neveu). Fenomenele maniacale nu sunt rare, de asemeni, la idioți, imbecili sau debili mentali putându-se, uneori, prezenta sub formă de agitațiune cronică ca în cazul lui Dupré și Gelma, sau de crize de excitație maniacă (Wellejolothon).

Kraepelin, Porovicini au notat accese de convulsive în unele cazuri de psihoză maniaco-depresivă. Mania și melancolia se observă, de asemeni, (ca și fobiile și obsesiunile de altfel) cu o mare frecvență în cursul sindromului lui Basedow. Am publicat eu însumi cazuri de acest fel și am menționat în acelaș timp pe cele mai multe din cele studiate de alți autori.

De asemeni am publicat observațiunile unor bolnavi atinși de gigantism și în acelaș timp de manie sau melancolie. Alți autori au relatat, de asemeni, cazuri de acest fel. În cazul lui Briand și Solomon era vorba de o stare de depresiune melancolică la un acromegal infantil.

În cursul diabetului se pot observa, de asemeni, psihoze, de tip melancolic și anxios, mai cu seamă. Melancolia se poate observa (Delmas, eu însumi) de asemeni, la bolnave atinse de fibrome uterine sau de kiste ovariene (Hall). Zillochi a observat epilepsia arterio-sclerotică, (70 ani), asociată cu psihoza maniaco-depresivă.

M. Derevici a relatat un caz de melancolie la o bolnavă atinsă, în acelaș timp de o leziune aortică ¹⁾. S'a observat și asociațiunea neurofibromozei cu psihoza maniaco-depresivă. (Charpentier).

Dacă unii autori nu văd în combinațiunile de simptome sau sindrome de cari ne-am ocupat de cât simple asociațiuni întâmplătoare alții, din contra, văd o relațiune mai strânsă.

Astfel Carros e de părere că psihastenia, psihozele cronice cu bază de interpretațiuni delirante și psihozele intermitente trebuiesc considerate ca subdiviziuni distincte ale aceluiăș grup.

Vom reveni asupra acestei chestiuni când vom vorbi despre patogenia psihozelor afective.

Evoluția boalei ne permite să admitem o corelațiune strânsă chiar între sindrome ce, în aparență, nu par să aibă nimic comun.

Astfel Alberici a văzut un acces de manie apărând, în acelaș timp cu o coree, la o femeie de 65 ani. Ambele sin-

1). Am observat eu însumi un bolnav atins în acelaș timp de o aortită și de un sindrom obsesiv.

drome au mers paralel și s'au vindecat, de asemeni, în acelaș timp.

Opiniunea cea mai verosimilă, ce ne putem face asupra acestui caz, e că acelaș factor excitând anumiți centrii corticali (și chiar bazilari) a determinat aparițiunea sindromului maniacal, iar prin excitația altor centrii (nucleii lenticulari probabil) a cauzat sindromul coreic.

Precum am văzut, încă de mult, Baillarger și Falret au insistat asupra faptului că mania și melancolia au tendința de a se repeta de mai multe ori în cursul vieții, alternând între ele, și au fondat concepția psihozelor periodice sau intermitente, sau circulare. Kraepelin precedat, din punctul de vedere al unora din faptele pe care se sprijină, de observațiunile celor 2 autori francezi mai sus citați și mai de mult încă, de Willis, Morgagni, Chiarugi, Pinel, Esquirol, Guislain, Magnan, remarcă, de asemeni, că accesul de manie e de regulă precedat, urmat sau întretăiat, de perioade de depresiune. În plus există formele mixte în cari simptome maniacale și melancolice, sub formă de combinațiuni variate, pot exista în acelaș timp. Lărgind concepția autorilor francezi, Kraepelin consideră că mania și melancolia sînt stări simptomatice ale uneia și aceleiași boale pe care o numește psihoza maniaco-depresivă.

La început a făcut o restricțiune pentru cazurile de melancolie ce se observă la vîrsta involutivă (la sau după menopauză). Melancolia propriu zisă a fost considerată ca o psihoză de involuție. Pe cîtă vreme faza melancolică a psihozei maniaco-depresivă era caracterizată mai cu seamă prin depresiune fracă, prin inhibiție psihomotrice, în melancolia de involuție anxietatea ținea un rol important.

S'a văzut însă că valoarea acestor deosebiri e destul de relativă și că melancolia de involuție poate recidiva, etc. Împreună cu elevul său Dreyfus, Kraepelin ca și Specht, Ghirardini, a înglobat, în urmă, și melancolia de involuție în cadrul psihozei maniaco-depresive.

Numeroși autori ca Deny, Ballet, Nouet și Trepsat, Halbers ad, în Franța, au admis ideile lui Kraepelin. Alți autori ca Régis, Rémond, Voivenel au luat pozițiune în contra concepțiunei unitare a lui Kraepelin.

Faptul incontestabil este că, de cele mai multe ori, mania și melancolia trebuiesc privite ca psihoze constituționale foarte înrudite. Ambele sînt turburări, în plus sau în minus, ale aparatului nervos al afectivității. Din acest punct de vedere concepția lui Kraepelin se apropie de adevăr.

Ar fi însă excesiv să admitem că ori ce caz de manie sau melancolie, ar aparține uneia și aceleiași boale, sin-

drome maniace sau melancolice putând fi determinate de factori diferiți.

Pe de altă parte, unul și acelaș factor exogen poate determina reacțiuni: de excitație și euforie la unii indivizi și din contra depresiune, tristeță la alții. Există o beție veselă și una tristă. Aceasta arată că între manie și melancolie pot exista, într'adevăr, relațiuni destul de strânse așa cum admite Kraepelin, cu toată diversitatea simptomelor, căci de sigur, ceea ce trebuie admis pentru factorii exogeni, are valoare și în ce privește pe cei endogeni.

* * *

Anatomie patologică. Mania și melancolia fiind sindrome curabile, în majoritatea cazurilor, se înțelege ușor pentru ce, de cele mai multe ori, nu s'au găsit alterațiuni însemnate în creierul acestor bolnavi. Cu toate acestea sistemul lor nervos pare a prezenta o predispoziție specială și studiul anatomopatologic al acestui sistem merită încă a fi urmărit în sindromele de cari ne ocupăm și în psihozele intermitente, în genere. Unii autori au semnalat anomalii ale poligonului lui Willis, modificări ale plexurilor coroide sau anomalii ale circumvoluțiilor (Mingazzini, Dobransky, Urechia și Papilian). S'au observat, în unele cazuri, și alterațiuni, mai însemnate, ale creierului sau ale altor porțiuni din centrul nervoși.

Astfel Marchand găsește, în melancolie, leziuni ce predomină în lobii frontali (aderențe meningeae, infiltrația piei-mater și scoarței cu celule embrionare, o perivascularită ușoară, atingând numai unele vase izolate. Fibrele mielinice, tangențiale și radiale, și țesutul nevroglic sînt intacte. În melancolia cu stupeoare a găsit și o ușoară scleroză a stratului molecular. Nici o leziune bulbară n'a fost observată de autor la anxiși. Leziunile găsite nu sînt speciale la melancolici și au fost văzute și în alte stări psihopatice.

La rândul lor Lhermite, H. Colin și Robin au observat un caz de melancolie, în urma unei plăgi penetrante a craniului, care a interesat primele 2 circumvoluțiuni frontale drepte după cum s'a constatat la examenul anatomopatologic.

Taubert găsește, în cazurile sale, leziuni cerebrale variate ca ramoliție, leziuni meningeae cu sediul variabil.

Masselon a observat leziuni în lobul frontal și în zona motrice, fără participarea vaselor.

Într'un caz de abces centrooalar al lobului frontal drept, observat de Dupré și Heitz, exista de asemeni, pe lângă o stare de confuzie mentală, și o depresiune melancolică.

Damaye și Desnelles într'un caz de excitație maniacă, la o desechilibrată tuberculoasă au observat leziuni encefalitice ușoare, perivascularare în stratul optic.

Mitchell și Southard, în 3 cazuri de melancolie, cu delir de negație, au văzut o pigmentație în celulele nervoase din stratul mijlociu al creierului.

Bolognesi a notat glioza subependimară, la un melancolic tuberculos și cu ereditate melancolică.

Pe de altă parte, în cazul lui Charpentier, de melancolie cu puls lent, (18 pulsații pe minut), leziuni cardiace și stare de rău, s'a găsit o scleroză bulbară veche, cu o emoragie recentă.

Vigouroux și Laignel Lavastine au observat leziuni ale ganglionului semilunar, macro și microscopice, parenhimatoase și interstițiale, în mai multe cazuri de melancolie.

Unul din bolnavii lor prezintă un delir ipchondriac, susținând că stomacul său e îngustat, esofagul atrofiat etc.

În aceste organe nu s'a observat nici o alterațiune.

Ultimele alterațiuni merită să rețină atenția, dat fiind raporturile afectelor cu inervația vegetativă. Un studiu amănunțit al întregului sistem nervos vegetativ, se impune pe viitor și va trebui să se dea toată atenția, în special regiunii ganglionilor bazilari și a substanții cenușii periependinare și din vecinătatea ventriculului al 3-lea, unde au sediu centri vegetativi, cari par a reprezenta și aparatul central al vieții afective, în afară de scoarța creierului. Problema localizării sindromelor afective se impune astăzi.

În această ordine de idei Kirchhoff e de părere că în nucleul median al talamusului au sediu centrii mimice involuntare. Acești centrii au legături pe de o parte cu aceia ai limbajului, pe de altă parte cu corpul striat, centru vazomotor și trofic unde pare a exista un centru comun al mișcărilor afective. B. Hollander crede că leziunile ce produc melancolia au sediu în lobul parietal și în special în circumvoluția angulară și supramarginală. După acest autor și frica ar avea localizarea tot în lobul parietal.

Dar alterațiunile sistemului nervos vegetativ nu par, a priori, obligatorii în toate cazurile, cu toate că unele fapte tind să ne facă să admitem că mania și melancolia trebuie să fie sindrome cu o anumită localizare în centrii nervoși.

Alteratiunile vor trebui căutate, mai cu seamă, în cazurile cronice și în special în cele de melancolie cu tendința la cronicizare; mania și melancolia părând a putea fi considerate ca 2 sindrome opuse, unul în raport cu excitația, altul cu insuficiența funcțională a unor anumiți centrii nervoși.

Dar în definitiv nici în cazurile cronice alterațiuni, prea însemnate, ale centrilor nervoși nu par, a priori, imperios necesare.

E posibil să fie vorba numai de variațiuni în gradul lor de excitabilitate.

Or acesta e, de sigur, în legătură cu starea fizico-chimică a organismului în genere și a umorilor în special.

Dar această stare e guvernată, într'o largă măsură, de glandele cu secrețiune internă.

Atențiunea cercetătorilor a fost deci atrasă, în mod natural, asupra modificărilor pe cari aceste glande ar putea să le prezinte la maniaci și la melancolici și constatările făcute nu sînt lipsite de interes. Mai întâi precum am arătat-o (1912) greutatea glandei e, adese ori, deasupra normalei. Împreună cu elevii mei D-ra Mateescu și Țupa am găsit o mijlocie de 30 gr. 85. Adăugând și cazurile lui Gorrieri, găsim o medie de 28,75 gr. ce se aproprie de limita maximă, considerată ca normală, de autorii francezi.

Pe 26 cazuri de psihoze afective găsim o greutate inferioară la 20 grame de 6 ori; de 10 ori ea oscila, între 20 și 30 grame (limitele normale ale autorilor francezi) și de 10 ori era deasupra acestor limite.

Dintre toate psihozele, cea maniaco-depresivă e aceia în care întâlnim greutatea ce trec de 30 grame cu o așa mare frecvență.

Mai de curând un autor japonez, Kojima, a constatat, de asemenea, că în unele cazuri de psihoze afective, la femeie, glanda tiroidă e foarte voluminoasă.

În 2 cazuri ale lui Ramadier și Marchand, diagnosticate manie cronică, glanda tiroidă cântărea respectiv 45 și 60 grame. Am menționat mai sus cazul de manie cronică și gușă pe care l'am studiat împreună cu Popa Radu.

Din punctul de vedere istopatologic notez cercetările lui Amaldi, Perrin de la Touche și Dide, acelea ce le am făcut eu însumi și colaboratorii mei, D-ra Mateescu și Țupa, Popa Radu, D-na Stocker, apoi lucrările lui Laignel Lavastine, Borberg, Buscaino, Ramadier și Marchand, Garbini, Gorrieri, D-na Bailif, Ornstein etc.

O mențiune specială merită cazurile studiate, pe piese provenind de la intervențiile operatorii, și publicate de mine însumi, în parte cu D-na Stocker, precum și de Nastase, Stocker, D-ra Constanța Parhon, M. Derevici.

Mă mulțumesc a spune aci că în cazurile de manie s'au putut constata, adese ori, alterațiuni ce vorbes: în sensul unei stări iperfuncționale a glandei tiroide ca foliculi festonați, cu celule înalte, coloid fluid, une ori ipersecreții de coloid, foliculi comuni canți, lacuri de coloid în țesutul interstițial, vascularizație abundentă etc.

Uneori (D-ra Constanța Parhon), s'a găsit și coloid iper-

cromofil abundent, coloid iper cromofil ale cărui relațiuni cu emoragiile foliculare sunt demonstrate prin cercetările ce le am făcut cu Eniu, d-na Stocker, M. Derevici și confirmate de curând de Goldner. Prezența acestui fel de coloid indică o intensă activitate circulatorie în glandă.

Această varietate de coloid se poate observa și în melancolie. Și în aceasta se poate observa, de altfel, că foliculii cu celulele lor înalte, cu coloidul fluid sau absent și cu conturul festonat amintesc pe cei din sindromul lui Basedow. Laignel Lavastine și eu însumi, am putut observa astfel de alterațiuni și în tiroide extirpate, în scop terapeutic, în cazuri de melancolie.

Există și cazuri cu foliculii foarte mici, bogați în lipoide intracelulare, săraci în coloid, înconjurate de abundent țesut conjunctiv care îi izolează, pe fiecare în parte. Zone de țesut conjunctiv anhist, degenerat sau mixoid se pot, de asemeni, observa. S'au mai notat alterațiuni și în alte glande cu secrețiune internă, în special în capsulele suprarenale (Muratow, Laignel Lavastine, Léri, Parhon).

Etiologia. Sindroamele afective pot fi realizate de cauze multiple. Printre acestea însă trebuie să notăm ca factor esențial, și foarte frecvent, o anumită constituțiune a indivizilor atinși de aceste sindrome.

Am văzut că indivizii prezentând constituția picnică sînt mult mai des atinși de manie și melancolie decât cei astenici sau atletici. Factorul constituțional e evidențiat și prin frecvența însemnată a eredității similare sau numai nevropatice. Factorul ereditar s'ar găsi cam în proporție de 60%.

Nu prea rare ori mai mulți membri, din aceeași familie (frate și soră spre exemplu) sînt atinși de aceste psihoze. Mai mulți autori, printre cari cităm pe Pianeta (la doi gemeni) D-na Ballif, Kahane, au publicat astfel de observațiuni.

În fine factorul endogen, constituțional, rezultă și din frecvența mai mare a maniei, și mai mult încă a melancoliei, la sexul feminin.

Souckanoff și Ganouschkine găsesc proporția de 2,9 femei pentru 1 bărbat. Pe de altă parte pe 100 bărbați alienați ei notează 3,65 melancolici pe cîtă vreme procentul e de 10,75 la femeile alienate. Garnier pe 1000 alienați găsește 17 cazuri de melancolie iar pe 1000 alienate 150 de cazuri.

Schott găsește 2,5 femei pentru 1 bărbat. Kraepelin găsește că sexul feminin e reprezentat în 2 treimi din cazurile de psihoză maniaco-depresivă.

Mania și melancolia apar mai des după pubertate.

S'au putut totuși observa cazuri și la copii. Astfel în ca-

zul lui Liebers sindromul maniaco-depresiv s'a observat la un copil de 4 ani și 9 luni. Gregori a relatat un caz de psihoză maniaco depresivă la o copilă de zece ani, Antheaume și Trepsat au văzut agitația maniacală la un copil de 12 ani iar Lafora a publicat cazul unui băiat de 15 ani atins, în acelaș timp, de sindromul ipertirodian și de psihoză maniaco depresivă.

Mania se observă mai cu seamă între 15—35 ani. Pentru melancolie epoca menopauzei constituie o predispoziție marcată.

S'a descris și o manie (Teyssieu) și o melancolie pre-senilă (Gavssen). Bătrânețea însăși sau arterioscleroza (Weber) concomitentă, par a constitui de asemeni, un factor etiologic mai cu seamă pentru melancolie. (Seglas, Clouston). Unele cazuri de psihoze maniace, ipomaniace sau melancolice senile, nu reprezintă însă de cît accese ale unei vechi psihoze intermitente sau periodice. Cazurile relatate de Blondei constituiesc astfel de exemple. Anumite turburări ale schimburilor nutritive de natură endogenă, ca acelea realizate de sindromul lui Basedow, constituiesc de asemeni, factori etiologici pentru manie și melancolie. Diabetul de asemeni, mai cu seamă pentru melancolie. Intoxicațiunile pot fi, de asemeni, incriminate, cea alcoolică mai cu seamă. Soukhanoff a descris o melancolie alcoolică, care e precedată sau care se asociază des, cu alte sindrome, în funcțiune de această intoxicație, cum e delirium tremens, spre exemplu.

Excitațiunea, de tip maniacal, nu e rară la alcoolici deși pe de altă parte, împreună cu Irvin Neef, trebuie să admitem că alcoolismul e adeseori secundar psihozei maniaco depressive.

Pe de altă parte, în unele cazuri s'au putut nota mai multe intoxicațiuni, în acelaș timp, părând a determina sindromul maniac sau melancolic. Bolnavul (maniac) studiat de Sollier și Arnaud era, în acelaș timp, morfino, eroino și cocainoman.

O predispoziție nevropatică trebuie admisă, în acest caz, prin însăși toxicofilia sa.

Leuzia constituie, de asemeni, o predispoziție, pentru manie mai cu seamă.

Stările oligofrenice, anumite encefalopatii infantile, de asemeni.

Aceasta ne conduce a vorbi despre rolul infecțiunilor în psihozele afective.

Gripa a putut fi incriminată uneori. (Genil Perrin).

Merklen a observat determinațiuni psihice, cu predomință maniacală, în urma unei meningite cerebrospinale.

Olivier și Boidard au observat excitația maniacă, în cursul incubațiunei febrei tifoide. De curând am observat un caz de manie confuzivă în cursul unei scarlatine la o femeie.

Liebers a văzut o stare maniacală și unele simptome depresive apărând, în urma unei differii, la un copil de 4 ani și 9 luni.

Latapie invoacă stări infecțioase cronice și latente de origine chirurgicală în etiologia melancoliei.

Și paludismul a fost uneori incriminat.

Astfel Haughout, Lantin și Fernandey au văzut un caz de manie apărând după iradiațiunea splinei la un paludic. În acelaș timp hematozoarii s'au înmulțit în sânge dar au dispărut în urma unui tratament cu chinină și uree. Totuși individul a sucombat la o săptămână după debutul turburărilor psihice.

Sifilisul, câștigat sau ereditar, (Bonfiglio, Laiguel Lavastine) se întâlnește, de asemeni, în antecedentele unor maniaci sau melancolici. Dar tuberculoza pare un factor etiologic și mai frequent.

În cazul lui Mosny și Barat o psihoză acută, de tip maniac depresiv, coexistă cu o reacție meningeă de origine sifilitică, iar în acel a lui Tribaud cu un sindrom cerebelos de aceeași origine.

Dide și Bienvenu au observat stări melancolice la indivizi atinși de granulie.

Eu însumi am putut publica observațiunea unui astfel de caz.

Damaye a văzut melancolia confuzivă cu delir de negație evoluând, în acelaș timp cu tuberculoza pulmonară, și regresând odată cu aceasta.

Un caz publicat de curând de către Vater, sub eticheta prea generală de psihonevroză, și care mi se pare a intra în cadrul psihozei maniacodepresive poate fi, de asemeni, menționat aci.

Dufour și Rabaud au insistat, de asemeni, asupra rolului tuberculozei în melancolie. A'bumișuria e frequentă în aceste forme.

Cazul de melancolie cu limfocitoză în lichidul cefalorachidian, la un bolnav de nefrită acută, relatat de Mignot și Adam, pare a recunoaște de asemeni o origine infecțioasă.

Emoțiunile, ca spaima între altele, au putut fi, de asemeni, incriminate. Într'un caz observat de mine, o stare ipomaniacală apăru (la o femeie) cu ocaziunea îmbolnăvirii copilului său de poliomieliță.

Și surmenagiul psihic emotiv produs de o educație greșită poate avea partea sa în etiologia psihozei maniacodepresive.

Astfel Cercket, într'un caz de melancolie cu idei de culpabilitate, la un individ lipsit de orice tară ereditară, a putut

incrimina educația religioasă exagerată care a întreținut o stare psihică de neliniște și îndoială.

Am putut observa un caz analog, la o bolnavă educată într-o școală de călugărițe și care a fost în urmă atinsă de o melancolie cu idei obsedante, ce s'a terminat prin sinucidere.

Mediul rural ar da, după Schott, un procent mai mare de cazuri de psihoză maniaco-depresivă.

Royet e de părere că unele cazuri de melancolie sînt în raport cu polipi ai mucoasei nasale, ceea ce trebuie apropiat de cazurile de sindromul lui Basedow de origine reflexă.

În fine trebuie să adaug că, de foarte multe ori, mai mulți factori pot fi incriminați, în același timp, o anumită constituție rămânând factorul etiologic fundamental. Am citat deja cazul de intoxicații multiple a lui Sollier și Arnaud. Bolnavul lui Bonfiglio era în același timp sifilitic și alcoolic.

Iu această ordine de idei Rodiet și Masselon, consideră melancolia ca un accident psihic determinat de ori ce cauză ce tinde fie să desagraveze „sintezele mentale” fie să modifice schimburile nutritive la indivizi cu depresiune constituțională cerebrală. Printre aceste cauze cităm mai ales: emoțiile violente, infecțiile, intoxicațiile, pubertatea, manopauza și involuția senilă.

Patogene. Studiul etiologic al psihozelor afective ne-a arătat că avem a face cu numeroase cauze printre cari factorii constituționali sînt cei mai constanți și cei mai importanți.

Rămâne să vedem acum prin ce mecanism acești factori determină psihozele afective.

Pentru unele din ele trebuie să ne gândim la o acțiune directă asupra unor anumiți centri nervoși cum sunt ganglionii simpatici (semilunarul între alții) și mai cu seamă unii centri vegetativi de la baza creierului cari par să aibe rolul principal în mecanismul afectelor. Se poate admite, în mod ipotetic, că excitațiunea acestor centri ar determina sindromul maniacal iar insuficiența lor funcțională pe cel melancolic.

Unul sau cel'alt s'ar produce influențând direct anumiți conductori centripeti or centri ai cenesteziei sau printr'un mecanism indirect, prin modificări a le circulației, respirației, etc.

Modificări circulatorii (congestia cerebrală) au fost de mai multe ori invocate în patogenia psihozelor. În ce privește pe cele afective, în special, mi se pare mai logic să ne gândim, împreună cu Ziehen, la modificări ale hemodierezei cerebrale adecă ale vitezei cu care o anumită cantitate de sînge străbate vasele creierului.

Mecanisme asemănătoare se pot invoca și pentru in-

toxicațiuni, emoțiuni. Dar unele și altele pot pune în mișcare și alte aparate ale organismului chiar și fără o atingere directă a mecanismului cerebral. Voesc să vorbesc de glandele endocrine.

Încă din 1906 am susținut, împreună cu Marbe, că în patogenia psihozelor afective perturbațiuni ale funcțiunei tiroidiene (iper și disfuncțiune la cari trebuie să adăugăm de sigur și ipofuncțiunea), au o parte importantă.

Această opiniune a fost combătută de Stransky, pentru ca, mai în urmă, să fie admisă și susținută de el însuși.

Alți autori ca Arndt, Mott, Noble, admit, de asemeni, rolul tiroidei în patogenia unora cel puțin din cazurile de psihoze afective. Laignel Lavastine a adus de asemeni fapte importante în sprijinul acestui mod de a vedea iar Leopold Lévi și H. de Rothschild au denumit corpul tiroid glanda emoțiunei.

Faptele ce sprijină teoria endocriniană și în specială tiroidiană a psihozelor afective sînt următoarele:

Frecvența la bolnavii atinși de manie sau melancolie a unor simptome ce pot fi puse în raport cu o turburare a funcțiunilor tiroidiene ca exoftalmie, lărgirea deschiderii palpebrale, strălucirea ochilor, gușe, tahicardie, o stare de eutrofie generală sau une ori semne variate de insuficiență tiroidiană asupra cărora nu voi insista.

Asemănarea dintre psihologia basedowienilor și aceea a maniacilor.

Frecvența maniei și melancoliei la basedowieni.

Greutatea medie în psihozele afective e în genere în vecinătatea limitei superioare a normalei, trecând adese ori peste aceasta. Alterațiunile microscopice ale glandei tiroide ce se apropie adeseori de cele ce se găsesc în sindromul lui Basedow.

Această constatare are o valoare, cu atât mai însemnată, cu cât ea a putut fi făcută pe glande prevenind de la intervenții operatorii.

Frecvența psihozelor afective, ca și a sindromului basedowien sau a mixedemului, la sexul feminin.

Coincidența acestor psihoze cu epocile când glanda tiroidă funcționează cmult (pubertate, menopauză).

Iperexcitabilitatea sistemului nervos vegetativ e frecventă în psihozele afective ca și la basedowieni.

În cursul primelor, ca și la ultimii, se întâlnește relativ frecvent, mononucleoza. Absența acesteia nu vorbește, de altfel, în contra unei perturbațiuni a funcțiunilor tiroidiene.

Efectul favorabil al tiroidectomiei și, une ori, al opoterapiei tiroidiene.

Efectul, foarte des favorabil, al tratamentului ovarian, în virtutea antagonismului tiroovarian.

Putem adăuga și frecvența alterațiunilor, adese ori ipertrofice, ale glandei tiroide la acromegali și giganți la cari de asemeni se pot întâlni psihoze afective.

În melancolie, se pot observa încă, precum am zis și alterațiuni ce deșteaptă ideea unei insuficiențe tiroidiene.

Frecvența reacției lui Abderhalden, pozitivă pentru tiroidă, la maniaci, trebuie de asemeni menționată aci.

Tot astfel prezența frecventă a glicemiei, la melancolici mai ales, și exagerarea ei sub influența injecțiunii de adrenalina, după cum a observat-o Laignel Lavastine. Glicemia adrenalinică (ca și cea morfinică) poate lipsi la unii melancolici, la cari din contra găsim o glicemie alimentară (Claude și elevii săi).

Cele zise până aci arată că glanda tiroidă are un rol însemnat în patogenia maniei și melancoliei.

Alte glande pot interveni, de altfel, în acelaș timp, (sau și fără glanda tiroidă).

În primul rând trebuie să ne gândim la insuficiența ovariană și poate une ori, în stări maniacale în special, și la iperovarianism sau iperorhithism.

Pende insistă asupra caracterului trist, depresiv, al bolnavilor cu insuficiența suprarenală și, pe de altă parte, am văzut că alterațiuni ale acestor organe au fost notate la maniaci și melancolici. Noble se gândește și la participarea ipofisei.

Nu vom trece, de asemeni, cu vederea rolul pe care turburările hepatice pot să'l aibe, în special în patogenia melancoliei și ne vom gândi, de asemeni, și la acela, posibil, al alterațiunilor pancreasului.

Aubel, Targowla și D-ra Badonnei au insistat, de curând, asupra fenomenelor de insuficiență hepatică și de acidoză la melancolici.

Ei amintesc că Regis a descris o melancolie de natură hepatică și ca Gilbert și Lereboullet au insistat, de asemeni, asupra frecvenței melancoliei în afecțiunile hepatice.

Aubel, Targowla și D-ra Badonnei arată că urobilinuria de și slabă, e de fapt constantă la melancolici, reacția lui Hay de regulă pozitivă, acetonuria și diaceturia frecvente de asemeni. De altfel și Lanzenberg ca și Laignel Lavastine și Cornelius au observat acidoza în melancolie.

Aubel, Targowla și D-ra Badonnei găesc că raportul
azotul formul
 azotu ipobromit sau raportul lui Derrien-Clogne e mărit în mod constant.

Amintesc că azotul titrabil prin ipobromit e acel ureic

iar cel titrabil prin formol e cel amoniacal și al acizilor aminați. Raportul $\frac{\text{azot ureic}}{\text{azot total}}$ e scăzut, după aceiași autori.

În fine autorii găsesc, pe lângă o creștere a fosforului lipidic din ser, și contrariu celor ce s'au crezut de alții o ipofosfaturie.

Depozitele de fosfate urinare se explică, după ei, prin scăderea acidității ionice a urinelor. Ei au văzut, de altfel, și o ridicare, variabilă și neconstantă a lui ph. urinar.

Mai amintesc aci frecvența reacției lui Abderhalden, pozitivă pentru ficat la melancolici. De asemeni opiniunea lui Cuneo asupra raporturilor psihozelor circulare cu intoxicația prin carbonat de amoniac, care nu se transformă în uree.

Și unele turburări renale pot cauza, pe cât se pare, accese periodice de excitație. Astfel în cazul lui Gelma accesele de excitație ce apăreau, cam la intervale de 15 zile, erau însoțite de o oligurie relativă iar intermisiunile coincideau cu o descărcare urinară însemnată, cantitatea urinelor putând atinge până la 6 litrii în 24 ore. În zilele ce preceda agitația se nota o azotemie ușoară. Un prânz de probă azotat a provocat, în același timp cu azotemia, și criza de excitație.

În definitiv acești autori insistă asupra insuficienței hepatice la melancolici, fără să poată preciza valoarea ei patogenetică.

În rezumat se pare că, în starea actuală a cunoștințelor noastre, patogenia glandulară și în special cea tirodiană este aceea care corespunde mai bine faptelor, pentru majoritatea cazurilor. Combinațiuni variate ale turburărilor funcțiunilor glandulare pot contribui la explicațiunea variațiunilor stărilor afective.

Insuficiența ovariană combinată cu ipertiroidia și chiar cu ipotiroidia pare a favoriza inclinațiunea balanței afective în spre melancolie.

Tot astfel insuficiența hepatică. Ipertiroidia cu o alterațiune mai puțin însemnată (sau și fără o astfel de alterațiune) a funcțiunilor ovariane, hepatice etc. pare din contra a favoriza aparițiunea maniei. Cazurile de virilism cu psihoze periodice vorbesc, de asemeni, pentru natura glandulară a acestora (Laignel Lavastine).

Mecanismul glandular nu pare a lăsa nici o îndoială în psihozele zise menstruale. Bolnava studiată de mine era fica unei gușate și era ea însăși atinsă de gușe. Tiroidectomia parțială a avut un efect remarcabil.

În cazul lui Toma era vorba de o fată de 18 ani, atinsă timp de o lună, de stupoare apoi de manie. Bolnava prezintă în plus gușe și exoftalmie cu alternative de excitație și depresiune. Excitația debuta la finele epocii menstruale în ul-

timele zile ale menstruelor, ținea 2—3 zile, în timp ce gușa și exoftalmia scădeau, pentru a crește din nou în perioada depresivă.

Fazele de excitație puteau fi precedate, sau urmate, de 1—2 zile normale.

Și în perioada intermenstruală apărea, uneori, excitațiunea, însoțită adesea de epistaxe.

În perioada de stupeoare existau staze venoase cu insuficiența sistolei cardiace și a tensiunii sanguine care se ridica brusc când apareea fluxul menstrual.

Digitala, în doze mici, timp de zece zile, la sfârșitul unei perioade de excitație, a făcut să întârzie perioada de stupeoare, care a apărut după suprimarea medicamentului și a fost mai prelungită ca de regulă.

Și leziuni primitive (inflamatorii etc.) ale centrilor nervoși, în special ai celor ai vieței vegetative, par a putea realiza sindromul maniac sau pe cel melancolic.

Raportul turburărilor inervațiunii vegetative (simpaticotonie, vagotonie etc.) cu psihozele afective și cu stările afective, în genere, e încă prea puțin elucidat până în prezent.

Despre o predispozițiune, direct cerebrală, la periodici nu știm nimic precis.

Turburările glandulare și de inervațiune au, în tot cazul, un răsunset profund asupra țesuturilor și deci, a organismului întreg. Am văzut că D-ra Maria Parhon, găsește calciul scăzut în sângele maniacilor (fapt confirmat în unele cazuri de D-ra Siegler) și crescute în al melancolicilor. Mendici și Scala găsesc la rândul lor, o mărire a concentrațiunii în ioni hidrogen în țesuturile melancolicilor.

Și pentru patogenia glandulară a altor turburări ale afectivității, cum sînt fobiile, obsesiunile, impulsunile și chiar unele stări paranoide, există motive multiple, asupra cărora nu pot insista aici. Asociațiunea lor cu psihozele afective poate fi explicată în acest mod.

Diagnosticul maniei nu e, în genere, greu de făcut. Unele cazuri de paralizie generală realizează un sindrom maniacal destul de caracteristic pentru a se putea vorbi de o formă maniacală a boalei lui Bayle. Ipermnezia, fuga de idei, o euforie inperturbabilă, exagerarea autoaprecierii, exuberanța psihomotilității, toate concordă la realizarea sindromului maniacal.

Cu toate acestea, chiar în formele incipiente, când acest sindrom se prezintă așa de caracteristic, delirul, e vorba de un delir de mărire, nu lipsește, mai nici odată, și acest delir e deja un delir absurd în care ideile megalomaniace sînt cu

totu! exagerate. Bolnavul face planu! grandioase. Un inginer plănnește un pod peste ocean, spre exemplu; un controlor de tramvai sau un mic comerciant are puterea de a învia morții. un altul poate construi deadreptul oameni din lut și suflând asupra lor le poate da viață.

Bolnavii sint în relațiuni sociale din cele mai înalte, ne invită la banchete somptuoase la cari va perticipa și familia regală sau au relațiuni de prietenie și de înrudire cu însăși Dumnezeu.

Deliruri de acest fel nu se observă, mai nici odată, în manie. N'am putut observa, în cursul unei experiențe neuropsihiatrice care se apropie de 30 de ani, decât un singur bolnav, la care paralizia generală era exclusă, și care prezinta un delir de mărire asemănător cu acela al paralticilor. Boala acestui individ evolua în mod cronic. Se putea vorbi de un delir cronic megalomaniac sau de o manie cronică delirantă.

În ce privește diagnosticul cu paralizia generală mai e de remarcat că ultima se observă de regulă după 40 de ani (deși nu e cu totul rară nici la vârste mai tinere și poate exista chiar la copii) și mai des la bărbați, pe câtă vreme mania se întâlnește, mai cu seamă, la femei iar primul acces se vede, în genere, înainte de 35 de ani.

Unele modificări pupilare, ca reacția leneșe la lumină, inegalitatea sau deformăția pupilelor nu lipsesc, de regulă, la paralticii generali. În forme mai înaintate turburările de vorbire, de calcul, de memorie, ușurează încă mai mult, diagnosticul.

În tot cazul când acesta este indoeinic, examenul lichidului cefalorachidian, care ne arată creșterea albuminei, reacția pozitivă a globulinelor, ca și aceea a lui Wassermann, Lange, reacția benzoei coloidale, limfocitoza, ne permit să soluționăm, cu ușurință, problema diagnosticului.

Uneori problema pare și mai complicată și, pentru un moment cel puțin, greu de rezolvat. Astfel într'un caz al lui Barbé și Benoist în care aceștia admiteau un debut melancoliform al paraliziei generale, Bernheim ridică problema dacă nu e vorba, în realitate, de accese independente de paralizia generală dar cari, la sifilitici, constituiesc factori favorizanți pentru apariția paraliziei generale.

Problema unei simple coexistențe a fost ridicată și de Ballet cu ocaziunea unui caz observat de el.

Într'un caz relatat de Mosny și Barat, limfocitoza lichidului cefalo-rachidian, de natură sifilitică, a părut autorilor independentă de psihoza maniacó-depresivă, de care bolnava era atinsă, ba chiar ultima boală a părut a influența, în mod

favorabil, dispariția limfocitozei, sub influența unui tratament specific.

Considerațiuni analoage cu acele ce am făcut pentru diagnosticul cu paralizia generală se pot face pentru diagnosticul sindromelor maniacale aparținând altor infecțiuni, ca encefalita letargică.

În paludism putem avea accese de excitație, de regulă însă cu o nuanță confuză marcată. Ele țin una sau 2 zile și alternează cu intervale, de 1 sau 2 zile, în cari starea psihică se menține normală.

Problema diagnosticului se pune, de asemenea, între manie și demența precoce. Bolnavii atinși de ultimul sindrom sînt, adeseori, excitați; euforia, erotismul, sînt prezente, uneori.

E însă de remarcat că excitația lor e mai puțin francă, și mai puțin variată de cîtă maniacilor iar euforia lor, cînd există, e mai mult pasivă. Demenții precoci vorbesc mai mult pentru ei înșiși pe cîtă vreme maniacul e comunicativ. Asociațiunile de idei, de și rapide și superficiale, la maniac își păstrează încă mult din cele ce se observă la omul normal pe cîtă vreme ataxia intrapsihică e proprie sindromului skizofrenic.

Diagnosticul trebuie făcut, uneori, între manie și unele forme ale paranoiei. În mod excepțional se poate observa un delir cronic de tip megalomaniac. Mai des se pot observa din contra, precum am văzut, psihoze psiodice cu tip paranoic sau paranoid. Unii autori au vorbit de o asociație a 2 constituțiuni diferite (Dupré și Kahn). Diagnosticul formelor caracteristice e în genere ușor de făcut. În formele la cari ne referim mai sus interpretarea cazurilor a variat cu concepțiunile diferiților autori referitoare la înrudirea dintre delirurile cronice și psihozele afective.

Prezența halucinațiunilor permite a face diagnosticul confuziei mentale cu mania. Factorii etiologici toxi-infecțioși ai primei, unele fenomene somatice ca turburările hepato-renale, etc. sprijină încă diagnosticul confuziei mentale.

Excitațiunea psihică a epilepticilor e, în genere, pseudo-maniacală. Un anumit grad de confuzie o însoțește de regulă. Fuga de idei e puțin marcată sau lipsește cu totul. Se observă o amnezie consecutivă.

Am văzut că ceea ce s'a numit manie tranzitorie se aproprie de echivalenții psihici ai epilepsiei.

Mania se poate observa și la oligofreni sau la bătrîni, și arteriosclerotici, mai mult sau mai puțin demențiați. Va trebui, atunci, să punem în evidență fondul psihic anterior al

bolnavului și să ținem seamă de ce este supraadăugat. În genere diagnosticul nu e greu de făcut.

În ce privește diagnosticul melancoliei el trebuie făcut, de asemeni, cu formele depresive ale paraliziei generale. Delirul, în aceste din urmă, e absurd, adese ori cu o nuanță ipohondriacă și dementială, în acelaș timp.

Se observă, în genere, fenomenele somatice ale boalei, reacțiuni ale lichidului cefalorachidian.

În encefalita letargică antecedentele bolnavului, simptomatologia somatică actuală (rigitate etc.) unele reacțiuni ale lichidului cefalorachidian, glicorachia, eventual limfocitoza, etc. permit, în genere, a face diagnosticul.

Cu demența precoce, de asemeni, de cele mai multe ori, diagnosticul nu e greu de făcut. Problema aceasta se pune, mai des, pentru formele incipiente ale demenței precoce (D-ra Pascal) și stuporoase ale melancoliei. În acestea din urmă, pe cari unii autori le pun de altfel pe contul demenței precoce, figura bolnavului exprimă o suferință reală. Boala apare, de regulă, în urma unui traumatism psihic intens. În demența precoce catatonică, bolnavul e, mai de grabă, indiferent; trăește, în bună parte, o viață autistică, prezintă alte simptome ale sindromului catatonic (catelepsie, stereotipii de atitudini și de mișcare, ecolalie, ecomimie, ecopraxie).

Trebuie notat însă că fenomene catatonice se pot observa, uneori și în cursul psihozei maniaco-depresive. Unele cazuri, ca acel publicat de Seglas și Collin pot fi considerate ca aparținând, fie psihozei maniaco-depresive, fie skizofreniei. De fapt e vorba de o immixiune de simptome fără să știm nimic precis asupra naturei lor. Cercetările biologice vor elucidă, poate, în viitor, aceste cazuri.

Cu confuzia mentală depresivă, sau stupidă, facem diagnosticul după aerul absent în aceasta din urmă, după prezența, frecventă, a halucinațiilor, starea generală a pacientului, etc.

Fondul intelectual, vârșă, unele fenomene ca ametețiile, pierderile de conștiință, simptome paretice, ne permit a presupune că un sindrom melancolic însoțește sau chiar e în funcțiune de procesul bătrâneței (sau senilității) sau de cel arterioclerotic.

Problema diagnosticului se poate pune și cu psihastenii, neurastenia, „astenomania“, cu stările abulice etc.

În psihasteine fondul afectiv e constituit, mai cu seamă, de anxietate. Fobiile, obsesiunile sînt simptomele caracteristice. Dar aceste simptome se combină, foarte frecvent, cu cele melancolice. În definitiv trebuie să considerăm aceste

stări ca foarte înrudite cu melancolia și reprezentând o latură a patologiei afectivității.

Astenia, ce alternează cu mania, în concepția astenomaniei lui Tastevin, Benon, etc. n'ar fi însoțită de durerea psihică, etc.

După experiența mea în aceste stări anhedonia e regula și se pot considera ca forme atenuate de melancolie, cu atât mai mult cu cât sindromul excitației maniace e, în genere, tipic.

Stările abulice, consecutive unor emoții violente, par a trebui, de asemeni, apropiate de melancolie deși durerea morală pare a lipsi în acestea din urmă.

Fondul afectiv pare o anumită anestezie psihică, care se observă și ca consecință a durerilor morale însemnate. În definitiv abulia mi se pare să aparțină, foarte des cel puțin, tot patologiei afectivității, ultima funcțiune fiind necesară ori cărei activității a funcțiunei complexe, ideoaffective, pe care o numim voință.

În ce privește diagnosticul cu neurastenia, propriu zisă, în afară de unele simptome ca oboseala exagerată, senzația de cască, rachialgia, balonarea abdomenului după masă, opresiunea respiratorie frecventă, avem de remarcat că neurastenicul iubește viața și nu așteaptă decât cuvântul de încurajare al medicului pentru ca dispoziția să i se amelioreze pentru mai mult timp.

Neurastenicul e mai degrabă un optimist, pe câtă vreme melancolicul e un pesimist, adeseori algo și tanatofil.

În plus Escudie e de părere că între neurastenie și melancolie nu sînt bariere nete, cazurile mixte fiind numeroase.

Diagnosticul cu stările paranoice sau paranoide se face, în special, după fondul afectiv al acestora, constituit din autofilie, susceptibilitate, neîncredere în mediul înconjurător, irascibilitate, pe cîtă vreme melancolicul e trist, umilit, etc. Primii sînt mai cu seamă eteroacuzatori, ultimii auto-acuzatori.

Totuși idei de persecuție se pot observa, uneori, la melancolici. Cellier le consideră ca secundare, urmări ale anxietății.

După Fluegel ideile de persecuție, ca și cele de posesiune, sau ipohondriace, se văd mai des la melancolicii debili intelectuali.

În cît privește delirurile ipohondriace, sau chiar cele de ruină, autoacuzatorii, etc., cronice, am văzut că unii autori (ca Vallon și Marie, Hübner, Seglas) le pun alături de delirul cronic sistematizat și că Roncoroni a vorbit de o paralipèmanie (comparabilă cu paranoia).

De fapt le putem considera, tot așa de bine, ca melancolii cronice.

Am văzut, pe de altă parte, că Specht¹ consideră paranoia ca o formă a psihozei maniaco-depresive.

De și această opinie nu e împărtășită, în genere, de majoritatea autorilor, trebuie să constatăm că și în delirurile cronice, de persecuție sau cu un alt colorit, alterațiunea afectivității are un rol important.

Cercetările biologice vor trebui să ne arăte întru cât diferitele tipuri de deliruri cronice pot fi puse alături.

În ce privește diagnosticul melancoliei, ca și al maniei, cu nebunia simulată, ocaziunea de a-l face se prezintă destul de rar. În ultima exagerarea excesivă a simptomelor, bizazaria lor, dispariția, când bolnavul e distrat, permite ușor diagnosticul.

* * *

Prognosticul maniei, și al melancoliei e, în genere, favorabil, majoritatea cazurilor terminându-se cu viudecarea. Prognosticul e, în genere, cu atât mai un cu cât bolnavul e mai tânăr. Totuși, uneori, simptomele iau un caracter acut, foarte însemnat. O stare confuzivă intensă se adaugă, starea generală suferă și bolnavul sucombă.

Prognosticul rămâne încă întunecat prin pericolul, constant sau aproape, al recidivelor.

În ce privește frecvența acestora datele diferiților autori se depărtează în mod apreciabil unele de altele.

Astfel după A. Dumas mania și melancolia, cu un singur acces e de 3 ori mai frecventă de cât cele recidivante.

Rogé într'un mediu rural a observat 40 de cazuri, de manii simple, față de 27 recidivante.

P. Abély, considerând numai melancolia, găsește accesul unic în 50% din cazuri.

Régis relatează, la congresul din Geneva și Lausanne statistica lui Lalanne și a sa, cuprinzând un număr de 181 cazuri. Din acestea 48 erau de manie simplă (31 b. și 17 f.) 86 de melancolie simplă (43 b. și 43 f.); 47 se împărțeau astfel: 21 manie recidivată (13 b. 8 f.), 18 melancolie recidivată (7 b. 11), 8 psihoză circulară (5 b. 3 f.); deci 134 din 181 cazuri fără recedive, deci 74% și numai 47, deci 26% de cazuri de manie, melancolie sau psihoză circulară, recidivată.

Ballet și Charpentier găsesc în schimb procentul de recedive, la maniacii internați în azilele Senei (între 1904 și 1909), crescând de la 50%, la bolnavii în vârstă de 15—20 ani, la 95%, la cei cari au trecut de 55 ani. Cifra aceasta se apropie, destul de bine, de aceea obținută de Lallemand și Dupouy cari găsesc că recedivele de la 9,9% între 15 și 20 ani, ating cifra de 91,30% între 45 și 50 ani.

Larat admite, de asemeni, că recidivele sînt extrem de frecvente.

Recidivele se pot ivi și la epoci foarte îndepărtate.

Astfel în cazul lui Boutet un acces de manie, apărut în urma unei spaimе, a reprodus exact 2 accese anterioare ambele puerperale, din care ultimul avusese loc cu 36 ani mai înainte.

Abély admite că un anumit grad de slăbire intelectuală, nu e rar ca urmarea melancoliei.

Un mic număr, aproximativ 10%, de cazuri de manie și melancolie se poate termina prin cronicizare, demență sau moarte.

*

Tratamentul maniei poate fi igienico-dietetic, fizioterapic, medicamentos, opoterapic.

În ce privește tratamentul igienic, repaosul, fizic și psihic, este o primă condițiune. Maniacii foarte excitați vor trebui ținuti la pat ca oricare bolnav grav (clinoterapie). Acest mod de a proceda are, pe lângă alte avantagii (economisirea forțelor), și pe acela de a face să pătrundă în mintea bolnavului conștiința boalei.

E recomandabil ca maniacii să ocupe camere semiohscure¹⁾, depărtate de ori ce sgomot. Li se vor evita vizitele, conversația îndelungată etc.

În ce privește perioadele de excitație ușoară, o oarecare activitate, intelectuală sau manuală, va fi însă permisă și adese ori chiar necesară.

Regimul alimentar al bolnavilor va fi, pe cât posibil, mai lipsit de excitante. Alcoolul, ceaiul rusesc, cafeaua neagră, vor fi cu totul interzise. Se va da preferință regimului lacto-vegetal. Clorurul de sodiu, de asemeni, nu va fi permis de cât într-o mică măsură, ionul sodiu, antagonist al celui calciu, fiind considerat ca un excitant al sistemului nervos.

În ce privește tratamentul fizioterapic trebuie să cităm, în primul rând, pe cel hidroterapic. Băile temperate, 27—28° R, sînt utilizate cu succes în tratamentul maniei. Durata șederii în baie poate varia cu gradul excitației și starea generală a pacientului.

De la 15—20', în cazurile de excitație moderată, ea ve putea fi prelungită până la 8—10 ore, și chiar mai mult, (băile zise permanente) în cazurile de excitație foarte intensă.

În aceste cazuri e, bine înțeles, că apa va fi menținută la temperatura necesară, schibându-se, când e nevoie și se vor

1) Geamurile albastre, dând o lumină de aceeași culoare, au epuata sedativă.

lua măsurile necesarii pentru ca bolnavul să fie în baie într-o poziție comodă, neobositoare. Bolnavul va putea lua masa în baie.

Am menționat deja lumina albastră ca agent sedativ al excitației nervoase.

Radioterapia, de asemeni, pare chemată a da rezultate bune în unele cazuri de manie. Tratamentul radioterapic (Laignel Lavastine) va fi aplicat asupra glandei tiroide în scop de a modera funcțiunea acesteia.

În ce privește tratamentul medicamentos, locul de onoare îl ocupă scopolamina sau hioscina, medicamente ce aduc o sedățiune rapidă și cari par capabile, în unele cazuri cel puțin, să scurteze durata accesului.

Se administrează în injecțiuni subcutanate de o jumătate de miligram pentru prima doză la femeile și de 6—7 decimiligrame la bărbat.

Este recomandabil a nu se repeta injecțiile de cât la 2 zile odată și numai când agitația e însemnată.

Toleranța pentru medicament, odată încercată, doza va putea fi crescută, progresiv, până la 1 și chiar 2 miligrame pentru 4 ore.

Urechia a întrebuințat clorurul de calciu (10—20 centigr.), în soluție izotonică intrarachidian. A obținut o sedățiune durând între 1—9 zile. Uneori a observat, în urma injecțiilor, o albuminoză a lichidului cefalorachidian. Graves a întrebuințat cu succes lactatul de calciu, pe cale bucală, în stările de excitație.

În ce privește tratamentul opoterapic vom avea în vedere, mai cu seamă, a determina scăderea activității tiroidiene. În acest scop putem administra preparatele de ovar, indicate mai cu seamă când există și turburări menstruale ca amenoree, dismenoree. Când erotismul este foarte marcat vom proceda cu prudență cu aceste preparate, ele putând a-l exagera. Totuși erotismul nu indică totdeauna o iperovarie. Acest simptom a putut fi observat, cu oare care frecvență, și după castrafia ovariană.

Preparatele de ipofisă, de timus, de pancreas, se bucură de asemeni, de reputația stabilită, în parte pe cercetări clinice și experimentale, de a modera activitatea glandei tiroide.

În aceeași ordine de idei eu însumi am propus tiroiectomia parțială, care a dat rezultate îmbucurătoare în mai multe cazuri iar Laignel Lavastine a recomandat radioterapia aplicată asupra glandei tiroide.

Disparația accesului e adese ori rapidă. Recidivele devin mai rare, uneori excepționale, chiar atunci când ele erau foarte dese înainte de operație, și durata lor e scurtată.

Și tratamentul tiroidian a fost utilizat cu succes în unele cazuri. Kemp a văzut un caz de manie ce data de 9 ani, vindecându-se în 6 luni sub influența unui tratament tiroidian. Psihoza a recidivat însă după un timp.

Din punctul de vedere al tratamentului psihic e necesară o asistență moderată. Se vor evita, pe cât posibil, contrazicerile violente față de bolnavi, a căror autoapreciere e exagerată și a căror susceptibilitate e mărită în aceeași măsură.

De asemeni se vor evita, cât mai mult, mijloacele de coercițiune al căror efect obicinuit e tocmai mărirea agitațiunei.

Tratamentul melancoliei poate fi privit din punctul de vedere igienico-dietetic, psihoterapic, fizioterapc, opoterapic, medicamentos.

Repausul în pat constituie o primă indicațiune în melancolie. Pe lângă economisirea forțelor bolnavului, acest tratament are și avantajul de a imprima în conștiința sa ideea că într'adevăr este bolnav, căci în genere conștiința boalei lipsește, și ea poate constitui o ușurare, față de ideile delirante ce chinuesc pe melancolici.

În cazurile când, totuși, anxietatea e intensă, e preferabil a lăsa pe bolnavi să facă oare care mișcare.

Tratamentul clinoterapic are și avantajul că bolnavul poate fi mai ușor supravegheat. Supravegherea nu trebuie, de altfel, să lipsească niciodată când e vorba de un melancolic. Ea trebuie să aibă loc ziua și noaptea, pericolul sinuciderii existând în aproape fie care caz de melancolie.

În ce privește igiena psihică e necesară o asistență discretă. Ballet spunea că în tratamentul melancoliei e nevoie ca cineva să fie mai mult psiholog de cât chimist.

De și dreptatea acestei afirmațiuni e discutabilă se poate spune că un tratament psihoterapic e bine venit în melancolie.

Trepsat ca și alți autori vorbește de tratamentul psihanalitic la axioși. Valoarea acestui tratament, în psihoza maniaco-depresivă, mi se pare însă foarte discutabilă.

Mai întâi bolnavul trebuie să fie izolat ori de câte ori supravegherea, liniștea, repaosul, îi lipsește în propria'i familie. Isolarea se poate face într'un spital sau casă de sănătate dar și într'o familie străină de a sa. (Rodiet).

Am zis că e nevoie de o asistență discretă. Bolnavul trebuie încurajat, atunci când e posibil, fără a-l contrazice nici o dată, în mod violent, și fără a persista când vedem că încurajările noastre nu fac de cât să accentueze durerea bolnavului.

Tot astfel în ce privește distracția, preumblările bolnavului nu trebuie insistat de cât atunci când el singur le primește cu oare care mulțumire. Când însă ele nu fac de cât

o injecție de 5 cm. de ser de cal (aseptic). Ideile delirante melancolice și de persecuție, ca și halucinațiunile auditive penibile au dispărut, de asemeni, după câteva zile.

* * *

Medicina legală. Precum am văzut bolnavii atinși de manie cît și cei atinși de melancolie, pot veni în conflict cu codul penal și valoarea unora din actele lor e, de asemenea, discutabilă din punctul de vedere al codului civil.

În principiu e bine ca bolnavii să fie izolați în totdeauna și, atunci cînd accesul e de oare care durată, să fie puși sub interdicțiune.

Astfel valabilitatea actelor lor civile va fi pusă în afară de ori ce discuție.

Cînd însă perioadele intercalare sînt lungi, s'a văzut că ele pot trece de 30 de ani, atunci ele au, de sigur, din punctul de vedere psihic, valoarea unei *restitutio ad integrum* după cum se exprimă Reira și în cursul lor, capacitatea civilă și „responsabilitatea” trebuiesc considerate ca normale.

Alterațiunea afectivității conferă nevalabilitatea unor acte, (a testațiunilor spre exemplu) chiar atunci cînd ideațiunea nu e prea atinsă, după cum cu drept cuvînt a susținut-o Gilbert Ballet, pentru melancolia anxioasă.

Din punctul de vedere penal maniacii, și melancolicii, cad sub prevederile art. 57 (codul penal) beneficiind de impunitate. Internarea se impune, mai ales în aceste cazuri.

BIBLIOGRAFIE

În afară de Tratatetele de psihiatrie și de numeroasele articole și feferate din revistele de specialitate am consultat pentru această lucrare următoarele monografii.

Dreyfus. — Die melancolie. Fischer. Iena. 1907.

Antheaume. — Les psychoses périodique. Geneva 1907.

Gaussen. — La mélancolie presenile. Thèse. Edit. Alcan Paris.

Bessière. — Paranoïa et psychoses périodiques. Thèse. Paris. 1913.

Tissyeu. — La manie présence. Allers. Thèse. Bordeaux.

Masselon. — La mélancolie. 1906.

Allers. — Ergebnisse stoffwechselfathologischer Untersuchungen bei Psychosen. III. Das manisch-depressive Irresein. Zeitschr. f. die gesamte Neurolog. und Psychiatr. IX. 6. 1914. pag. 585.

După lucrarea aceasta am citat un însemnat număr de fapte referitoare la nutrițiunea generală, schimburi, urină și sânge în psihoza maniaco-depresivă.