

§ III. Des variétés et des complications de la démence.

Tableau des variétés.

Variétés simples.	Nombre des individus.	
	1 ^{re} colonne.	2 ^e colonne.
Démence aiguë.....	10	11
— chronique.....	43	32
— sénile.....	35	2
— intermittente.....	7	2
Variétés compliquées.		
Démence monomaniaque.....	34	20
— maniaque.....	21	8
— convulsive.....	4	6
— épileptique.....	30 sur 289 épileptiques.	

La seule inspection de ce tableau montre que la démence aiguë est rare; que la démence continue est plus fréquente que l'intermittente. Lorsque la démence est intermittente, l'accès reparaît au printemps, à l'automne; mais après un certain nombre d'accès, elle devient continue; lorsqu'elle alterne avec la manie, celle-ci éclate à certaines époques, à l'équinoxe, aux solstices. Les retours menstruels annoncent les périodes de la manie, et doivent mettre en garde contre ses effets.

La paralysie complique très souvent la démence. Sur deux cent trente-cinq individus en démence, plus de la moitié offrent quelques symptômes de paralysie. La complication scorbutique est endémique dans tous les hospices où l'on reçoit des aliénés, je n'en ai pas tenu compte dans mes relevés, parce que cette compli-

cation s'étend à toutes les variétés de folie. C'est au moins ce que j'ai observé en visitant les hospices de France et de l'étranger. La complication de la paralysie et du scorbut si fréquente dans la démence, est plus rare dans la manie. Elle est autant l'effet de la maladie que des circonstances hygiéniques, qui, dans presque tous les hospices, semblent conjurées pour aggraver le sort des malheureux aliénés. Voyez : *Maisons d'aliénés*, ci-après.

§ IV. Maladies auxquelles succombent les individus qui sont en démence, et résultat des autopsies cadavériques.

La mortalité est bien plus fréquente dans la démence que dans la mélancolie et que dans la manie surtout, puisqu'il meurt presque la moitié des individus qui sont en démence. Les maladies qui terminent la vie de ceux qui sont en démence, sont généralement organiques, rarement inflammatoires, à moins que les inflammations ne soient passives.

Tableau des principales lésions organiques.

Lésions cadavériques.	Nombre des indiv.
Crânes minces diploïques.....	7
— éburnés.....	5
— injectés.....	3
Crânes épais diploïques.....	12
— éburnés.....	10
— injectés.....	29
Crânes irréguliers relativement aux divers diamètres et à la capacité des deux moitiés de la boîte osseuse.....	29
Méninges épaissies.....	11

Méninges injectées.....	19
Artères basillaires ossifiées.....	5

Cerveau dense.....	15
— mou.....	29
Cervelet dense.....	12
— mou.....	17
Substance grise épaisse.....	5
— grise décolorée.....	15
— blanche injectée.....	19
Adhérence de la membrane qui revêt les ventricules...	54

Lésions organiques du cœur.....	5
— du poumon.....	13
— du foie.....	2
Concrétions biliaires.....	8
Lésions chroniques et organiques du conduit alimentaire.	24
— organiques du vagin et de l'utérus.....	3

A l'autopsie le crâne offre des dimensions irrégulières, mais elles ne sont pas constantes. Très fréquemment la ligne médiane est déjetée, en sorte que les fosses de la base ne sont point égales entre elles, et les deux moitiés du crâne n'ont point la même capacité; quelquefois le crâne est déprimé latéralement vers les sutures fronto-pariétales. Le crâne est épais, tantôt éburné, tantôt diploïque, injecté, surtout lorsqu'il est épais et diploïque; il est mince, et alors même injecté; son épaisseur est variable dans différentes régions; la diminution de l'épaisseur du crâne est l'effet de l'épaississement des méninges, et non celui du renflement des circonvolutions. Le crâne chez le vieillard est plus épais, plus compacte; les sinus frontaux ont plus de capacité, à cause du plus grand écartement des deux tables du frontal, dont l'interne s'éloigne de la table externe; on rencontre

aussi à l'extérieur du crâne des dépressions qui vont d'avant en arrière, qui mettent en saillie la suture longitudinale des os pariétaux; dans ce cas, la dépression de la table externe ne déprime pas sur le cerveau la table interne; celle-ci s'est, pour ainsi dire, collée à la table externe par l'absorption de la substance diploïque qui les sépare ordinairement.

La dure-mère est souvent adhérente, soit à la voûte, soit à la base du crâne, quelquefois elle est épaisse. La face interne de la dure-mère est recouverte d'un enduit qui semble formé par du sang exhalé ou épanché dans la cavité de cette membrane. L'arachnoïde est plus dense, moins transparente; elle est infiltrée, elle contient dans sa cavité des épanchemens séreux et même sanguins. On trouve à la base du crâne des épanchemens séreux; ces épanchemens se rencontrent aussi et presque toujours dans les ventricules du cerveau. Ne sont-ce point des effets de la dernière maladie ou de la mort?

La pie-mère épaissie, infiltrée a perdu de sa transparence, adhère à la substance corticale. Les artères, qui rampent à la base du cerveau, sont cartilagineuses même osseuses, particulièrement dans la démence sénile; le calibre des veines est augmenté, elles sont gorgées de sang.

Les circonvolutions du cerveau sont atrophiées, écartées les uns des autres, peu profondes, ou bien elles sont aplaties, comprimées, petites, surtout dans la région frontale. Il n'est pas rare qu'une ou deux circonvolutions de la convexité du cerveau soient dé-

primées, atrophiées, presque détruites, et l'espace vide est rempli par de la sérosité.

La substance corticale est très rouge ou très colorée, elle est quelquefois jaunâtre, très dense à sa face crânienne et ramollie dans le reste de son épaisseur; elle adhère fréquemment à la pie-mère, et se déchire lorsqu'on veut en séparer cette membrane. Cela ne manque presque jamais, lorsqu'il y a eu complication de la paralysie avec la démence.

La substance blanche perd sa couleur, elle est d'un blanc plus mat, elle est plus dense, plus consistante, on retrouve dans son intérieur des traces d'anciennes affections, tantôt dans un seul hémisphère, tantôt dans les deux : ce sont des cicatrices, autour desquelles la substance blanche est durcie, ce sont des kystes contenant les débris fibreux jaunâtres, restes d'un épanchement sanguin ou arrondis et remplis de sérosité; j'ai vu deux fois le cerveau qui offrait l'aspect et presque la couleur et la densité du fromage de gruyère, chez des femmes mortes paralytiques et en démence. On trouve aussi des portions du cerveau ramollies et d'autres endurcies; enfin les traces d'anciennes hémorrhagies.

Les adhérences de la membrane qui revêt les ventricules latéraux sont constantes; elles sont rares dans les autres ventricules, elles oblitèrent l'appendice connu sous le nom de *cavité digitale*. Presque toujours cet appendice est séparé du reste du ventricule par des adhérences qui laissent tantôt une issue, tantôt deux, pour communiquer du ventricule à cette extrémité postérieure. Souvent cette membrane adhère avec la portion qu'

recouvre le corps strié. Ces adhérences plus ou moins étendues font perdre aux ventricules de leur caractère. Elles s'observent au reste dans un grand nombre de sujets qui ne sont point aliénés; elles confirment l'identité de cette membrane avec la séreuse des autres cavités splanchniques. N'expliquent-elles pas les céphalalgies chroniques, comme les adhérences de la plèvre expliquent des douleurs thoraciques, prises pour des douleurs *rhumatismales*.

Les plexus choroïdes tantôt injectés, tantôt décolorés, offrent presque toujours des kystes séreux de nombre et de volume très variables. Une fois ces kystes contenaient une substance sébacée, et une autre fois une substance osseuse. Deux fois j'ai rencontré dans chaque ventricule une hydatide grosse comme un petit œuf de poule.

La glande pinéale, chez les insensés comme chez les autres aliénés et les individus atteints de toute autre maladie, offre presque toujours quelques points d'ossification (Scarpa). Une fois, je l'ai trouvée aussi petite que la tête d'une épingle, une autre fois elle m'a paru manquer entièrement.

L'ouverture des cadavres des individus morts dans la démence offre assez souvent des tubercules des poumons. L'hypertrophie des ventricules du cœur; les ossifications de l'aorte ne sont pas rares. Les lésions du cœur ont fixé l'attention de quelques auteurs allemands qui ont écrit tout récemment sur les maladies mentales. Ces altérations doivent être observées avec soin et être étudiées dans leur rapport avec la folie en général, et plus particulièrement avec la démence.

Les altérations nombreuses du conduit alimentaire observées dans la démence sont presque toujours symptomatiques ou secondaires, aussi sont-elles essentiellement chroniques.

Ces résultats généraux des ouvertures cadavériques, faites sur des sujets morts en état de démence, offrent un plus grand nombre de lésions cérébrales qu'on n'en trouve dans les autres espèces de folie. On comprend que la démence qui est la terminaison de tous les désordres intellectuels et moraux, qui est le résultat des progrès de l'âge, qui est si souvent compliquée de paralysie et de convulsions, on comprend, dis-je, que le crâne, les méninges et le cerveau, aient subi un grand nombre d'altérations qui donnent la raison de l'affaiblissement de l'intelligence et de la sensibilité.

A ces résultats généraux j'ajouterai quelques faits qui se sont offerts à ma pratique. Quoique ces faits ne répandent point une plus grande clarté sur le siège immédiat de la démence, et sur son traitement, ils auront au moins de l'intérêt par la nature des lésions organiques.

R..., avait joui pendant sa jeunesse d'une bonne santé. Elle tombe dans la misère vers l'âge de 37 ans et devient mélancolique. Elle se marie à 38 ans, et n'a point d'enfants. Elle a beaucoup de chagrins et de contrariétés domestiques, son mari étant ivrogne. Elle cesse d'être menstruée à 42 ans. Depuis, sa santé s'altère : à 52 ans, elle éprouve des étourdissements, la mort de son mari la laisse dans la plus profonde misère. Elle a des douleurs lancinantes dans le

bras gauche, ses idées sont confuses, sa mémoire est affaiblie, ses propos n'ont pas de suite. Elle va et vient sans motif et ne sait plus ce qu'elle fait ; enfin elle tombe dans la démence la plus prononcée. R..... est conduite à la Salpêtrière, le 15 avril 1812, venant de l'Hôtel-Dieu. A son arrivée à l'hospice, R..... est très maigre, paraplégique, remuant avec peine les membres supérieurs. Elle dit et redit les mêmes mots qu'elle prononce avec difficulté. Elle répète les mots et les phrases qu'elle entend, elle paraît n'avoir aucun sentiment, ni de son état, ni du lieu où on l'a transportée. Nuit et jour elle pousse des cris perçants, sans pouvoir dire ni même indiquer quelle peut être la cause de ces cris. Elle succombe douze jours après son admission, le 27 avril 1812, âgée de 56 ans.

Ouverture du cadavre. — Les méninges et le cerveau paraissent sains ; après avoir enlevé le cerveau, j'ai trouvé une tumeur sphéroïde de la grosseur d'une noix, enveloppée d'une tunique propre, obstruant presque en totalité le trou occipital et fixée par un pédoncule de quelques lignes à la membrane qui tapisse le canal vertébral. Cette tumeur était dense, fibreuse et comprimait inférieurement le cervelet, particulièrement le lobe gauche. Le prolongement rachidien atrophié était aplati, n'ayant que quatre lignes de largeur, deux lignes d'épaisseur, contournant le pédoncule de la tumeur pour pénétrer dans le canal vertébral, reprenait sa forme normale quelques lignes au-dessous du trou occipital, quoique plus mince que dans l'état ordinaire. Le lobe gauche du cervelet plus comprimé que

le droit, logeait une grande portion de la tumeur. Le cerveau m'a paru sain. Les plèvres offraient des traces d'inflammation récente et d'anciennes adhérences.¹

Mad. F., âgée de 50 ans, est conduite à la Salpêtrière sans renseignemens antérieur : la face est pâle, le regard étonné, les yeux à moitié ouverts, les idées incohérentes : indifférence la plus complète sur sa nouvelle position. Nulle réponse aux questions qu'on adresse à la malade, elle exprime de temps en temps la crainte de tomber dans l'eau. Elle tousse, crache beaucoup. Cet état de démence persiste pendant onze mois. A cette époque le dévoiement s'établit ; F... s'affaiblit, ne quitte plus son lit ; il se forme une eschare énorme au sacrum, elle meurt.

A l'ouverture du cadavre, je trouvai le crâne mince, particulièrement les bosses frontales qui n'avaient plus quel'épaisseur d'une ligne. Les poumons étaient tuberculeux. La membrane muqueuse du colon transverse était ulcérée en quelques points. L'ovaire gauche très développé renfermait un kyste avec sa membrane propre, qui contenait une substance molle, gluante, jaunâtre, au milieu de laquelle se trouvaient enlacés des cheveux blonds². Ces cheveux semblaient implantés à un corps la couleur et de la consistance du suif, au centre duquel je trouvai un point osseux d'une à deux lignes, de

¹ Cette observation a été publiée par M. Scipion Pinel, à qui je l'avais communiquée pour sa thèse inaugurale.

² Plusieurs cas de kystes ovariens pileux ont été figurés et décrits par M. Cruveilhier dans son bel ouvrage : *Anatomie pathologique du corps humain*, in-fol., fig. coloriées.

forme irrégulière, et plusieurs autres fragmens osseux beaucoup plus petits.

Une femme âgée de 48 ans, d'une taille élevée, quelque temps après la cessation de la menstruation, s'aperçut qu'elle avait une petite tumeur au-dessus de l'oreille gauche. Cette tumeur provoquait un prurit incommodé et la malade la déchirait souvent en se grattant ; bientôt la tumeur se développa et fit une saillie considérable, occupant la région temporale. A mesure que la tumeur grossissait, les facultés de cette femme diminuaient, sa mémoire faiblissait, ses idées avaient moins d'énergie. La malade devint moins impressionnable, elle perdit le sommeil ; plus tard, elle eut de la difficulté à articuler les sons ; elle répondait juste aux questions ordinaires ; mais ces questions ne paraissaient ni l'émuvoir, ni provoquer chez elle des idées nouvelles. Elle parlait peu, marchait lentement, n'accusait aucune douleur, elle se plaignait seulement de gêne dans les mouvemens de la tête. Après trois mois, elle fut conduite à la Salpêtrière. La malade était peu amaigrée, son teint était pâle ; la tumeur située au-dessus de l'oreille externe gauche s'étendait sur le temporal, et derrière l'oreille. Cette tumeur avait deux pouces d'avant en arrière, un pouce et demi de hauteur, et huit lignes de saillie ; on y sentait des pulsations, mais très obscures, elle était adhérente dans tout son pourtour, n'avait pas de point culminant, était bosselée et la peau ne paraissait point altérée. Cette tumeur se développa encore pendant le séjour de la malade dans l'hospice ; l'intelligence s'affaiblit davan-

tage, la malade ne comprenait rien, ne parlait plus, elle paraissait sourde; néanmoins, elle marchait trois jours avant sa mort. Elle passa deux jours couchée et dans un état comateux, dont on la retirait en pinçant fortement la peau des membres.

A l'ouverture du cadavre, je trouvai une tumeur aussi saillante au dehors qu'à l'intérieur du crâne, occupant la région temporale. Cette tumeur offrait dans son intérieur, tous les caractères des tumeurs érectiles et était gorgée de sang. Elle avait sa tunique propre, et après avoir détruit une portion du temporal, de l'occipital, du pariétal, et un peu de l'aile gauche du sphénoïde, elle refoulait la dure-mère et par conséquent comprimait latéralement le cerveau. L'ouverture formée par la destruction des os était à-peu-près circulaire, de deux pouces et demi de diamètre. La dure-mère d'ailleurs était saine, le cerveau très dense, particulièrement l'hémisphère gauche, dont les circonvolutions latérales comprimées par la tumeur étaient aplaties et atrophiées. Les ventricules contenaient une petite quantité de sérosité; les autres organes étaient sains.¹

Monsieur P., âgé de 52 ans, né à Londres, d'une taille très élevée, d'un tempérament sanguin, d'une constitution forte, avait l'ouïe un peu dure; il était chef de bataillon au service de France. Il fut admis dans la maison de Charenton, le 3 mars 1830. Lors de son admission, ce malade parlait peu, réclamait sa liberté, se

¹ Cette observation doit être rapprochée de celle que j'ai rapportée page 85, tome I.

plaignait d'injustices exercées envers lui, paraissait distrait et indifférent aux objets nouveaux qui l'entouraient. Quelquefois il survenait de l'excitation, alors le malade accostait tout le monde, racontant qu'il venait de faire une succession de plus de cent mille francs; ses idées avaient assez de liaison, ses propos étaient assez suivis, pour donner à son récit l'apparence de la vérité. Le capitaine P. était d'ailleurs bon et affectueux, sa tenue était soignée et propre; on pouvait le laisser jouir de la liberté et des distractions qu'on accorde aux malades les plus raisonnables; mais ses actions avaient quelque chose de décousu, sa mémoire était peu sûre; et le malade répétait souvent les mêmes choses; sa facilité à se laisser diriger était remarquable. On reconnaissait de légers signes de paralysie à son hésitation pour prononcer certains mots.

M. P. mangeait beaucoup et avec avidité, il eut plusieurs congestions très fortes, qui étaient accompagnées de convulsions violentes dans l'un, ou dans les deux côtés du corps. A la suite des congestions, il restait de la faiblesse tantôt à droite, tantôt à gauche, alors le malade était penché d'un côté. Quatre ans plus tard (1834), l'intelligence s'affaiblit, l'incohérence des idées est plus prononcée, le malade est plus silencieux, fait des niaiseries et pleure à propos de rien. La prononciation est telle, qu'on peut à peine comprendre ce que dit M. P.; sa marche est faible et chancelante. Sa toilette est devenue sale et négligée; il n'est plus possible d'admettre le malade à la table commune, à cause de sa malpropreté et de sa gloutonnerie. Il survient de temps en

temps de l'excitation ; le capitaine P. pousse des cris , va et vient sans motifs et sans but , marche tout penché sur un côté , se plaint des personnes avec lesquelles il vit , et paraît ne plus comprendre ce qu'il fait.

En novembre 1834, M. P. refuse à plusieurs reprises de manger , ou ne prend que des potages après avoir long-temps refusé ; il éprouve alors des illusions bien singulières , il lui semble que tout est mouillé , le pain qu'on lui présente , les vêtemens qu'il porte , le lit dans lequel il se couche ; aussi jette-t-il le pain , quitte-t-il sans cesse ses vêtemens , ne peut-on le faire rester dans son lit. La faiblesse augmente , la santé physique s'altère ; il survient de la rétention d'urine , qui force pendant plusieurs jours d'avoir recours au cathétérisme. Le malade ne paraît plus lier aucune idée , ne répond plus aux questions qu'on lui adresse , enfin , le 10 décembre , il se déclare une fièvre avec agitation , loquacité incohérente. On applique des sangsues derrière les oreilles , des sinapismes , on administre des lavemens purgatifs. Le jour suivant , il survient des symptômes adynamiques , une hémoptysie très abondante ; M. P. succombe le 9 décembre 1834.

Ouverture du cadavre.— Les os du crâne sont épais , la dure-mère est adhérente au crâne dans une assez grande étendue ; le feuillet cérébral de l'arachnoïde est épaissi , d'un blanc mat , particulièrement sur la convexité des hémisphères. La pie-mère , un peu infiltrée , adhère à la substance corticale qui se déchire lorsqu'on enlève cette membrane. Elle présente çà et là des déchirures circonscrites dont le fond est inégal , rugueux

et légèrement rosé. Les circonvolutions sont petites. La substance blanche est peu rosée. A la région antérieure du corps strié , on aperçoit une dépression : en incisant sur ce point , on découvre au-dessous , les traces de l'hémorrhagie dont la matière n'étant point encore résorbée , présente l'aspect rouillé. Les ventricules contiennent un peu de sérosité. Le cervelet et la protubérance annulaire sont plus colorés que le cerveau. La moelle allongée est atrophiée , a perdu un quart de son volume normal , quoique saine d'ailleurs. Les deux poumons sont hépathisés et laissent couler du sang fluide ; la plèvre droite présente quelques fausses membranes ; le cœur est petit proportionnellement à la taille du sujet. La vessie est petite , à parois épaisses , sa membrane muqueuse est rouge.

M. C... , âgé de 37 ans , d'une taille moyenne , d'un tempérament sanguin , ayant la tête grosse , le crâne bien conformé , le système musculaire très développé , après avoir été garçon marchand de vin , avait acquis par sa bonne conduite et son activité une belle fortune et faisait le commerce des vins. Il éprouva quelques pertes faciles à réparer , des contrariétés et des chagrins domestiques. On s'aperçut qu'il s'adonnait à la boisson et qu'il était devenu très irascible. Enfin , au printemps 1832 , il fut pris de délire maniaque avec fureur. Après quelques saignées qui ne calmèrent point le malade , il fut conduit à Paris dans un état de délire général avec prédominance d'idées de fortune exagérée et un très léger embarras de la prononciation. Ce malade , toujours en mouvement , déchirait

rait ses vêtemens, marchait sans cesse, frappant au plus léger obstacle, à la plus légère contrariété, criant, chantant, distribuant de l'argent et voulant faire la fortune de tout le monde. L'insomnie était opiniâtre, les déjections faciles, l'appétit soutenu; mais indifférence complète sur sa nouvelle situation, sur ses intérêts et sur les objets de ses affections. Les ventouses à la nuque, les bains, les douches, les affusions d'eau froide, les drastiques administrés successivement pendant plus de quinze mois, n'ont modifié en rien, ni la susceptibilité du malade, ni l'incohérence et la violence de son délire, ni sa fureur, ni son insomnie. Pendant l'été de 1832, il se manifesta sur le cuir chevelu une vive irritation qui portait le malade à s'arracher les cheveux quoique très courts, et à se gratter jusqu'à produire des plaies plus ou moins profondes. Il s'écorchait aussi les tégumens de la face, au point que la partie inférieure ne formait plus qu'une plaie, et qu'il fallut recourir à la camisole pour obtenir la cicatrisation. Conduit à Charenton le 2 octobre 1832, le malade conserve de l'embonpoint, beaucoup de force musculaire, et, quoiqu'il marche avec vivacité, on observe quelque indice de paralysie des membres abdominaux. L'embarras de la langue est très prononcé. Pendant l'hiver les symptômes de la démence augmentent; M. C... ne parle point, ne fait aucune demande; quand on l'interroge ordinairement il ne répond point, si on insiste et s'il répond, il se contente de dire : « *Laissez-moi tranquille!* » Il est négligé sur sa personne. Quelque temps qu'il fasse, il est sans habit et

sans cravate. Au printemps 1834, M. C... eut plusieurs congestions qui paralysèrent, pour quelques heures seulement, l'un des bras. Il eut pendant plusieurs mois un mouvement spasmodique et presque habituel des mâchoires qui, frottant l'une contre l'autre, rendaient un bruit semblable au grincement de dents.

Les congestions qui se renouvelaient souvent offraient es symptômes suivans : M. C... se soutenait difficilement debout, ne pouvait plus se servir de l'un des bras, ne parlait plus; les traits de la face étaient altérés. Quelquefois il survenait des secousses convulsives dans le côté opposé à la paralysie. La saignée a quelquefois fait cesser les symptômes en quelques heures; le plus souvent, M. C... restait jusqu'au lendemain matin dans un état comateux. Alors le bras était dans un état de sidération. En novembre 1834, à la suite d'une congestion, le bras droit s'est paralysé et n'a plus repris le mouvement. Le malade s'affaiblit, refusa de manger et devint d'une indocilité absolue. Le 17 décembre, il survint des vomissemens, de la fièvre, des frissons, le malade s'alita; on le mit à la diète : les jours suivans, la déglutition devint difficile, les frissons plus prononcés; la sensibilité persista des deux côtés du corps. Le 22, il y eut un peu de contracture, puis de légères convulsions du bras droit. Dans la journée, frissons et vomissemens; les paupières sont baissées et les pupilles immobiles. On applique des ventouses scarifiées à la nuque après une saignée générale. Le 23, même état, pareille saignée; le 24, état comateux, alternant avec des convulsions générales et plus prononcées dans les muscles de l'abdomen. Les