

qu'on a voulu séparer l'activité biologique de l'activité mentale, comme on avait séparé jadis le corps de l'âme, alors qu'il n'y a en réalité que des états de la personnalité. En fait, il n'y a pas de rapports du physique et du mental, il n'y a pas des *émotions* et des *modos d'expression* des émotions; les faits psychiques et les faits biologiques, concourent à former l'état émotionnel (1). Donc, quand nous étudions les réflexes émotionnels, nous étudions les émotions.

Ces réflexes sont-ils exagérés dans l'émotivité morbide? M. Féré semble le croire, lorsqu'il donne comme critères de cet état pathologique: 1° l'intensité extraordinaire des modifications somatiques; 2° l'insuffisance de la cause déterminante par rapport à l'intensité des effets; 3° la prolongation exagérée, le retentissement trop considérable de ces effets. Mais il est des cas d'émotivité, anormale assurément, ou les réflexes sont tellement atténués, qu'on en a conclu à une *apathie* complète: M. Féré les a signalés; le critérium proposé par lui est donc insuffisant. Ce qui, à notre avis, distingue les états pathologiques en général des états normaux, c'est uniquement le relâchement considérable des liens qui unissent les différents éléments des phénomènes morbides: l'état pathologique est un état de dissociation qui permet à l'observateur de faire l'analyse des faits trop complexes et trop cohérents à l'état normal. L'utilité de la psycho-pathologie sera précisément de permettre une analyse rigoureuse des faits psychiques, désagrégés par la maladie, décomposés en leurs éléments, avec les antécédents et les conséquences propres de ces éléments parfaitement distincts.

L'émotivité morbide est donc caractérisée par un désordre et une exagération ou une diminution sensible des réflexes émotionnels, dont la vivacité accrue ou réduite, cesse d'être dans le rapport habituel avec les excitations ordinaires.

Elle peut être diffuse ou systématique. Diffuse, « elle s'objective dans le caractère irritable des épileptiques, des choréiques, des hystériques, des neurasthéniques, si facilement accessibles à toutes les émotions, à toutes les passions... » Elle s'applique à tous les genres de représentations. Elle remonte souvent à l'enfance et se transmet héréditairement; jamais on ne la rencontre que chez des êtres débilités par une maladie congénitale ou acquise. Ce sont les êtres plus faibles qui sont les plus accessibles à cette émotivité morbide diffuse qui les fait passer par les alternatives les plus déprimantes de joie et de tristesse, d'émotions opposées toujours exagérées.

Chaque être a son caractère émotionnel propre; dans l'émotivité morbide, nous aurons donc une diversité illimitée de caractères émotionnels pathologiques. Prompts à s'émouvoir à tous, les « émotifs » seront cependant plus affectés par certains ordres d'événements, de représentations, de conceptions. Certains d'entre eux pourront par là se rapprocher des névropathes à *émotivité morbide systématique* dont le caractère émotionnel à l'excès « ne se trahit que dans des conditions particulières ».

L'émotivité systématique est surtout mise en évidence par les faits que Morel a décrits sous le nom de délire émotif. « Ce délire avec conscience repose le plus souvent sur la

(1) Pour ne l'avoir point compris, M. Féré a écrit bien des pages inutiles, à notre avis, sur les rapports du physique et du mental.

» terreur; mais l'amour et toutes les émotions intermédiaires » semblent aussi capables de produire le même résultat ». On connaît généralement les diverses formes des *phobies*: l'agoraphobie (peur des places), l'atrémie ou stasophobie (peur de la station verticale), le misonéisme des enfants, des animaux et des êtres débiles; l'horreur du vide, la claustrophobie, la peur de l'obscurité, l'hydrophobie, l'hématophobie et tant d'autres formes si intéressantes pour lesquelles M. Féré fournit de curieuses observations. (Voir obs. XXXIII, p. 409, peur des insectes; obs. XXXIV, syphilophobie; obs. XXXVI, p. 415, peur d'être contaminée par le sperme). Nous avons vu à l'Hôpital Saint-André, de Bordeaux, un malade qui avait peur de se compromettre par l'écriture; nous connaissons un homme distingué atteint de la folie du doute qui, cinq minutes après avoir mis une lettre à la poste, revient au bureau demander si sa lettre a vraiment été déposée. Les formes sont excessivement variées; elles dépendent de la direction du caractère, des circonstances particulières, de l'imagination, des hallucinations, des rêves. L'amour morbide n'est pas moins connu; inutile d'insister sur les étranges perversions de l'instinct sexuel, sur les inversions du sens génital. Les impulsifs et leurs obsessions nous montrent parfaitement le rôle que peut jouer une représentation persistante dans une intelligence débile: l'onomanie, la dipsomanie, la kleptomanie, les impulsions homicides, tout comme les frayeurs morbides, ne se rencontrent que chez des individus malades, débilités. Hantés par des conceptions les plus bizarres de leur imagination ou par le souvenir des faits les plus naturels, mais auxquels ils attachent une importance exceptionnelle, ils sont incapables de réagir contre le *vertige mental* qui les entraîne parfois à leur perte, ils ne trouvent pas dans leur organisme la force suffisante pour gouverner leur personnalité.

Nous touchons ici à la folie du monomane. Pour M. Féré, la manie, même joyeuse, est un état voisin de la colère; or, la colère est le propre des faibles. L'irritation, l'état paroxystique de certains maniaques décèle la faiblesse.

Si nous passons maintenant à l'apathie, soit diffuse, soit systématique, nous trouverons toujours liée à l'absence d'émotivité, l'absence d'activité normale psychique et biologique. Les états de stupeur, d'affaissement moral, d'aboulie, de mélancolie, accusent aussi bien un déficit somatique et intellectuel qu'un manque d'inactivité. Les idiots sont à la fois maladroits et peu impressionnables, il faut être bien portant et intelligent pour éprouver de la sympathie.

II. — CAUSES DE L'ÉMOTIVITÉ MORBIDE ET DE L'ÉMOTIVITÉ NORMALE

Une conclusion s'impose; l'émotivité morbide est comme tous les psychopathies liée à un état d'affaiblissement somatique, de misère biologique et psychique. C'est un état asthénique extrême. L'émotivité morbide est l'expression même d'une personnalité déprimée, désorganisée, ne réagissant plus aux excitations qu'elle subit que par une activité réflexe trop restreinte ou excessive, elle-même déprimante.

Nous sommes conduits à nous demander quelles sont les influences déprimantes qui peuvent agir sur l'organisme,

afin de connaître les antécédents de cet état pathologique (1) d'émotivité.

Nous savons déjà que ces influences déprimantes ou asthéniques peuvent être de deux sortes: les unes affaiblissent l'organisme par une activité insuffisante, les autres par une activité excessive. Tous les modes d'excitation peuvent exercer une telle influence; les agents physiques, biologiques et psychiques dépriment l'organisme par défaut ou par excès d'activité.

A) Influence asthénique du défaut d'exercice sur les fonctions essentielles.

Respiration. Oppression, ralentissement de la respiration sous l'influence de l'ennui.
 Nutrition... Anorexie, ralentissement, amaigrissement.
 Digestion... Diminution.
 Circulation... Diminution.
 Sécrétions... Diminution.
 Chaleur... Refroidissement.
 Motricité... Impotence, alitement.
 Activ. psych. Obnubilation de l'intelligence et de la sensibilité, troubles au langage, retard de réaction, diminution de la réceptivité, angoisse, pessimisme de la réceptivité, association lente et lâche.

B) Influence asthénique de l'excès d'activité.

Respiration. Suffocation, oppression, ralentissement, troubles respiratoires occasionnant les larmes par congestion.
 Nutrition... Ralentissement.
 Digestion... Ralentissement.
 Circulation... Altération du sang, anémie, scorbut.
 Sécrétions... Suppression de la salivation, impuissance génésique, sueur.
 Motricité... Atrophie musculaire progressive (?), diminution rapide de l'effet utile, paralysie par épuisement, contraction des muscles de la peau (horripilation).
 Activ. psych. Diminution de la sensibilité, surdité psychique, dilatation de la pupille, stupeur des pores excessives, troubles du langage.

S'il est vrai que les émotions soient composées en partie de réflexes, on voit par ce tableau quelle variété de réflexes émotionnels résulte de l'influence continue du milieu, des *circumfusa* et des *ingesta*, des agents naturels, physiques, biologiques et psychiques.

Mais à côté de l'influence asthénique du défaut ou de l'excès d'activité de l'organisme, nous devons placer l'influence sthénique d'une activité modérée.

Dans cet état de la personnalité tout entière, où les agents physiques (air, pression atmosphérique, température, état hygrométrique, tension électrique, etc.), fournissent à un organisme bien constitué des excitations modérées: où la digestion, la circulation, les sécrétions concourent à la réalisation approximative d'une activité idéale, parfaite et harmonieuse; où toutes les fonctions agissent et réagissent les unes sur les autres dans la mesure et de la façon la plus convenable, l'être vit de sa vie normale. Toute fonction en lui est, autant que possible, dirigée vers la fin qui lui est propre, tout tend à cet état de bien-être qui constitue le plaisir.

(1) Telle est l'étude que M. Féré a placée, sans raison apparente au début de son livre.

Influence sthénique de l'exercice modéré sur les fonctions essentielles.

Respiration. Régularisée.
 Nutrition... Augmentée.
 Digestion... Cisée.
 Circulation. Élévation du pouls, augmentation de la pression artérielle, de la tension vasculaire.
 Sécrétion... Plus abondante.
 Chaleur... Régularisée.
 Mouvement. Modification de toutes les qualités du mouvement, augmentation de l'énergie, de la rapidité, de la pression des mouvements.
 Activ. psych. Exaltation des fonctions intellectuelles, diminution du temps de réaction, sensibilité et discrimination accrues, plaisir de la puissance, optimisme, rétrécissement de la pupille.

Les faits justifient ainsi notre division en influences *asthéniques* et influences *sthéniques*, desquelles résultent les émotions de douleur et de plaisir.

III — CONSÉQUENCES DE L'ÉMOTIVITÉ MORBIDE ET DE L'ÉMOTIVITÉ NORMALE

Les émotions agissent à leur tour sur les différentes fonctions de l'organisme, tantôt pour accroître, tantôt pour diminuer leur activité. Elles ont leur influence asthénique par excès ou défaut d'excitation et leur influence sthénique par excitation normale. On comprend ainsi comment la joie peut être souvent un remède si efficace, comment la douleur ou les émotions violentes peuvent figurer si fréquemment dans l'étiologie des névropathies.

Il nous a suffi d'ailleurs de démontrer que l'excès d'émotivité n'était autre chose qu'un état morbide de la personnalité pour tirer de notre étude des conclusions médicales et juridiques. S'il est vrai que l'émotivité morbide est un état asthénique, le traitement médical sera celui qui, suivant l'âge, le sexe, les circonstances, paraîtra le plus propre à rendre à l'organisme l'équilibre détruit et les forces perdues (nourriture, air, exercice).

D'autre part, les faits démontrent que l'émotivité exagérée est la source de bien des misères et de bien des crimes; il faut donc recourir aux mesures légales les plus efficaces pour empêcher le développement de cet état morbide, qui sert d'excuse à des malfaiteurs assez heureux pour trouver des juges naïfs qui les acquittent et un public indulgent qui n'ose les blâmer.

Revue de la Presse Médicale Etrangère

De l'éclaircissement des cicatrices cornéennes (E. FUCHS: Beitr. sur Augenh. XI. 1893.)

C'est un fait bien connu que les taies cornéennes éclaircissent à la longue, en ce sens que leur étendue diminue et que leur saturation s'affaiblit. On voit souvent des taies anciennes traversées de stries et de lignes transparentes. L'auteur groupe toutes ces formes en trois catégories; 1° les lignes sont parallèles et croisées à angle droit ou aigu par d'autres lignes qui circonscrivent ainsi avec les premières des champs polygonaux; 2° les stries ont une direction radiale; 3° les lignes sont

disposées sans ordre. A quoi attribuer l'éclaircissement des taies cornéennes? et que signifient ces stries plus transparentes? *Fuchs* rappelle que des dispositions analogues s'observent dans le kératite aiguës. Ainsi après l'opération de la cataracte, on voit des stries parallèles, perpendiculaires à la direction de la plaie cornéenne. *Rachlmann* a décrit des cas de kératites spontanées où les raies grises étaient parallèles ou croisées sous des angles aigus. Enfin, dans l'abcès au début, on voit une masse infiltrée qui, à la loupe, se résout en stries radiées. L'analogie existant entre ces apparences indique que la disposition des stries grises dans la kératite et des stries transparentes dans les taies, est basée sur un élément anatomique. Comme il n'existe pas d'examen anatomiques de taies, l'auteur étudie le résultat des recherches anatomiques de cas récents de kératite. Dans la kératite striée, on a trouvé une distension des espaces lymphatiques de la cornée (*Becker et Recklinghausen*), et un plissement de la face postérieure de la cornée (*Hess, Nucl*). Ce que l'on appelle canaux nutritifs de la cornée, ce peut être le système d'espaces lymphatiques, ou bien les tubes cornéens découverts par *Bowmann*. *Fuchs* admet l'existence de ces derniers, qui se présentent sur une cornée injectée au bleu de Prusse, sous deux aspects. (a) Comme des lignes parallèles. (b) Comme une étoile bleue lançant ses rayons en tous sens. Comme se sont précisément les deux aspects sous lesquels les stries se présentent, ne peut-on y voir un rapport? A l'examen microscopique des cicatrices, on trouve, si celle-ci est récente, que les lamelles sont minces et les espaces compris entre elles larges et courts. Si la cicatrice date de longtemps, on constate une diminution des espaces lymphatiques. Il est très probable que la circulation lymphatique, malaisée au début, s'améliore plus tard dans les cicatrices, que les tubes cornéens se continuent de plus en plus dans le tissu cicatriciel et que les fibres voisines de ces tubes deviennent plus homogènes et par là plus transparentes.

Les Salicylates dans le traitement de la pleurésie avec épanchement (GEORGE DOCK : *Therapeutic Gazette*, page 78).

Après avoir rappelé les principaux travaux qui ont trait à la question, M. George Dock rapporte deux observations personnelles qu'il fait suivre des considérations que nous transcrivons ici : L'acide salicylique et ses sels comptent parmi les modificateurs les plus efficaces de la pleurésie avec épanchement séreux, qu'elle soit ancienne ou récente; ils donnent un résultat favorable dans la pleurésie sèche et agissent souvent sur la pleurésie secondaire. Il n'est pas démontré qu'ils aient une action quelconque sur les épanchements purulents. La médication agit comme diurétique, mais il est possible qu'elle ait une action directe sur le processus pathologique ou sur ses causes; en effet, les salicylates ont une action beaucoup plus marquée que les diurétiques ordinaires. On peut employer cette médication dès le début de l'affection et elle influence favorablement tous les symptômes. On usera soit de l'acide salicylique, soit de salicylates, soit du salol, et il est inutile d'atteindre des doses trop élevées; d'ailleurs par mesure de précaution, il sera toujours bon de tenir compte chaque jour de la quantité des urines.

Péritonite tuberculeuse et laparotomie (Ricerca sperimentali sugli effetti della laparotomia nelle peritoni i tubercolari), par A. NANNOTTI et O. BACIOCCHI (*La Riforma medica*, 21 juin 1893, p. 795).

Après développement de péritonite tuberculeuse expérimentale chez des chiens et des cobayes, les auteurs ont pratiqué la laparotomie sans lavage ou avec lavage avec l'eau distillée, avec une solution d'acide borique à 3 0/0 ou avec une solution de sublimé 4 0/0, puis ont exploré de nouveau le péritoine par la laparotomie au bout de 10, 20, 30, 60 jours, en excisant chaque fois un fragment d'épiploon pour l'examen histologique. Chez le cobaye, le développement de la péritonite tuberculeuse a été rendu moins actif. Chez le chien, les tubercules avaient diminué au bout de 15 jours, ils avaient disparu complètement au bout de un mois, et au bout de deux mois on n'en voyait plus trace à la surface du péritoine.

Méthode de traitement de l'asphyxie des nouveau-nés (R. J. NUNN : *Southern Medical Record*, mai 1893, page 229).

L'opérateur saisit avec la paume d'une main la partie supérieure du dos de l'enfant; l'extrémité de l'index de cette même main soutient la tête et permet de l'étendre à volonté. Les jambes de l'enfant sont saisies avec l'autre main. Le nouveau-né étant ainsi en position, l'opérateur fléchit les cuisses sur l'abdomen de telle sorte que celui-ci soit fortement comprimé, et il opère en même temps une pression énergique sur les côtes avec la main qui soutient le dos. Puis il allonge les membres inférieurs et cesse la compression costale. La première partie de l'opération chasse l'air des voies respiratoires, la seconde l'y appelle au contraire. Cette série de mouvement doit être continuée jusqu'à ce que la respiration soit bien établie.

Un cas d'abcès sous-diaphragmatique terminé par la guérison, par C. VANLAIR (*Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique*, 1893, 4^e série, t. VII, n° 2, p. 157).

Chez un enfant de six ans, de constitution un peu délicate, mais sans antécédent morbide à signaler, à la suite d'un début brusque par frisson, diarrhée intense, météorisme et douleur à l'hypocondre droit, on vit se développer presque simultanément les signes d'une collection purulente sous-diaphragmatique droite, d'un épanchement pleurétique du même côté et d'une broncho-pneumonie à la base du poumon gauche. La tuméfaction épigastrique, de plus en plus fluctuante et saillante, présenta une matité complète jusqu'au jour où elle devint subitement le siège, dans sa zone centrale, d'une sonorité tympanique, en même temps que l'auscultation y percevait un souffle rude, isochrone aux oscillations respiratoires et du tintement métallique. Trois jours plus tard, sans toux, sans dyspnée, sans vomique, apparut un pneumothorax du côté droit. Il s'était produit, en outre, une périphlébite de la veine épigastrique, à son embouchure dans l'iliaque externe. En présence du mauvais état général du malade et de l'émincissement de la peau au niveau de la tumeur épigastrique, l'opération fut décidée et une incision fut pratiquée couche par couche au creux épigastrique.

intra-utérine antiseptique, puis introduit l'hystéromètre pour se rendre compte des dimensions de l'utérus et des anomalies qui peuvent exister dans la direction de l'axe de la cavité et voir ce qu'elle renferme. Cette précaution étant prise, on introduit la curette tranchante dans l'utérus doucement et sans force, de façon à ne pas blesser le canal cervical.

La curette est ensuite enfoncée le plus profondément possible, mais sans efforts, et on râcle méthodiquement le fond, les angles, les faces postérieures et antérieures en allant de haut en bas.

Une autre précaution à prendre en faisant le curettage, c'est de ne pas chercher à obtenir quand même le cri utérin; on se trouve, en effet, dans des conditions bien différentes que dans les cas où il s'agit de métrites anciennes avec lésions profondes.

L'opération est terminée quand la curette revient à vide.

A ce moment, certains opérateurs se contentent de faire une injection intra-utérine sans placer de tampon dans le vagin.

La plupart font suivre le curettage d'une cautérisation des parois utérines soit avec le chlorure de zinc, le perchlorure de fer, la teinture d'iode, la glycérine créosotée.

M. Rivière termine toujours l'opération par une cautérisation de la paroi utérine à l'aide d'un écouvillon mou ou d'un tampon d'ouate imprégné de glycérine créosotée. Cette cautérisation a, en effet, l'avantage de fermer d'emblée les voies d'absorption ouvertes par la curette et d'opposer aux germes qui on pu demeurer dans la cavité utérine un obstacle infranchissable; c'est donc une très bonne chose que l'on ne doit pas négliger.

Le tamponnement utérin avec des lanières de gaze iodoformée est quelquefois un bon pansement, mais comme il est souvent douloureux et que, de plus, il exige d'être renouvelé au moins toutes les vingt-quatre heures, sans le repousser nous lui préférons un autre mode de pansement, qui consiste à introduire dans la cavité utérine, suivant sa capacité, un ou plusieurs crayons d'iodoforme que l'on maintient au moyen d'un tamponnement vaginal à la gaze iodoformée ou au moyen de tampons d'ouate iodoformée munis chacun d'un fil. On applique sur la vulve de l'ouate antiseptique et on maintient le tout par un bandage en T.

Soins consécutifs. — Les soins consécutifs sont très importants et exigent une antiseptie minutieuse sans laquelle on ne tarderait pas à observer des phénomènes de réinfection.

Si on a fait un tamponnement utérin, il faut renouveler le pansement au bout de vingt-quatre

heures; si, au contraire, on a mis des crayons d'iodoforme, on n'y touche pas de quarante-huit heures.

Après avoir enlevé le pansement, on fait une injection antiseptique vaginale, puis on refait le même pansement.

A la seconde fois qu'on enlève le pansement, on fait une injection vaginale antiseptique et on se contente alors d'un simple tamponnement vaginal qu'on renouvelle quand le besoin s'en fait sentir.

En général, les soins consécutifs que nous venons d'indiquer doivent être continués en moyenne 6, 7 et 8 jours.

Un grand nombre d'observations accompagne cette thèse qui fait grand honneur à M. le docteur Gaston et à M. le professeur agrégé Rivière, qui la lui a inspirée.

PSYCHOLOGIE PATHOLOGIQUE

LA PATHOLOGIE DES ÉMOTIONS

De M. Ch. FÉRÉ

(1892, Alcan, 605 pages, 12 fr.)

Le titre de ce gros volume promet une étude complète et scientifique de l'émotivité morbide, de ses causes et de ses conséquences. Mais étendant le cercle de ses investigations, M. Féré a traité dans les 400 premières pages avec sa compétence habituelle, quelques questions psychologiques très intéressantes, mais peut-être éloignées du sujet; l'attention, l'exercice physique, l'imagination, la mémoire, l'association, l'hallucination, la suggestion, etc. Cependant, son ouvrage est une source fort riche de documents psycho-pathologiques; nous nous contenterons d'y puiser (1).

I. — DE L'ÉMOTIVITÉ MORBIDE

Nous nous proposons d'étudier les émotions lorsqu'elles ont un caractère pathologique. Comment distinguons-nous l'émotivité morbide de l'émotivité normale? Nous ne savons pas d'une façon précise ce qu'est une émotion normale; nous comptons même sur la pathologie pour nous éclairer sur la nature des émotions en général. Dans tout état émotionnel, nous constatons une modification de la personnalité tout entière, des muscles, des viscères, des nerfs du cerveau, des fonctions psychiques. Au point de vue somatique, le plaisir ou la douleur, se compose de réflexes plus ou moins énergiques, plus ou moins coordonnés; on a nommé ces manifestations biologiques, les modes d'expression des émotions (parce

(1) Nous ne suivons donc pas l'ordre des chapitres et nous laisserons de côté toutes les questions qui n'offrent aucun intérêt. Le plan que nous suivons nous permet de passer des faits aux conclusions biologiques, psychologiques, médicales et juridiques.