

il arrive parfois que les symptômes, d'abord assez légers, augmentent graduellement et n'atteignent tout leur développement qu'après plusieurs semaines.

Ces faits sont importants à connaître parce qu'ils montrent que si l'expert doit toujours se tenir en garde contre la simulation et les exagérations des blessés, il ne faut pas non plus qu'il méconnaisse la réalité de certains troubles fonctionnels, ou qu'il les attribue, sans preuves convaincantes, à une autre cause qu'à l'accident.

Mais ce qui doit être signalé surtout à l'attention du médecin, c'est que chez les personnes qui ont été victimes d'accidents de ce genre il peut se développer, plus ou moins rapidement, des troubles du système nerveux qui constituent une maladie souvent grave, tenace, et parfois incurable : la névrose traumatique.

§ V. — De la névrose traumatique.

Le traumatisme peut provoquer diverses affections classiques du système nerveux : l'hystérie pure et simple, le *tabes dorsalis*, la paralysie agitante, la folie, etc. Mais ce qu'il provoque d'une manière incomparablement plus fréquente, c'est une affection que nous désignerons, à l'exemple de plusieurs auteurs, sous le nom de *névrose traumatique*.

La névrose traumatique a été tout d'abord étudiée et décrite chez les personnes qui avaient été victimes d'accidents de chemin de fer : de là les noms de *railway-spine*, de *railway-brain*, qui lui ont été donnés par les auteurs anglais et américains. Mais la maladie s'observe également chez les individus qui ont subi un accident de voiture, qui sont tombés de haut, qui ont été victimes d'une explosion, d'un éboulement, qui ont reçu une violente contusion à la tête. Elle ne se produit pas, sauf peut-être de rares exceptions dont nous n'avons vu personnellement aucun exemple, à la suite de blessures par instruments piquants ou tranchants, par armes à feu.

Symptômes. — Les symptômes essentiels de la névrose traumatique consistent en maux de tête, insomnie, cau-

chemars, asthénopie accommodative, troubles intellectuels et psychiques spéciaux, le tout constituant un état morbide permanent, entrecoupé par des paroxysmes, des sortes de crises ou d'attaques qui surviennent souvent plusieurs fois par jour.

Les troubles psychiques font bien rarement défaut ; parfois ils sont peu accusés, mais chez beaucoup de malades ils acquièrent une grande intensité. Chez ces malades tout effort est extrêmement pénible et ne peut être continué un certain temps. La mémoire, en ce qui concerne les choses récentes, est diminuée et parfois présente les plus singulières lacunes. Un commerçant oublie ses rendez-vous, renouvelle à divers fournisseurs une commande qu'il voulait faire à un seul ; un cocher de fiacre ne sait plus trouver son chemin dans Paris ; une ménagère oublie totalement de préparer le repas de la famille ; certains ne peuvent plus lire parce qu'arrivés à la fin d'une page ils ont oublié tout ce qui précède. Le caractère est profondément modifié ; tous ces malades sont tristes et leur air morne frappe au premier coup d'œil ; ils sont taciturnes et recherchent la solitude. Ils sont devenus extrêmement émotionnables, pleurent pour le motif le plus futile, et souvent aussi ils sont très irascibles et ne peuvent supporter la moindre contrariété. Sauf de rares exceptions, ces troubles ne s'accompagnent pas de délire ni d'hallucinations, et le raisonnement reste correct.

Un symptôme presque constant aussi est celui que nous désignons, peut-être à tort, sous le nom d'asthénopie accommodative ; la vue se brouille vite quand elle s'exerce assidûment à la lecture, à l'écriture, etc., et si l'effort continue, il occasionne bientôt des maux de tête, puis une de ces crises qui sont l'une des caractéristiques de la névrose traumatique.

Ces crises surviennent parfois sans cause appréciable, par exemple au milieu de la nuit. Plus souvent elles sont provoquées par une fatigue physique, par un effort intellectuel, par le bruit de la rue, des conversations ani-

mées, etc. Elles débutent par ce que le malade appelle ordinairement des étourdissements ; il faut entendre par là non pas de véritables vertiges, mais une sorte d'obnubilation intellectuelle avec quelques tintements d'oreille, et une grande augmentation du mal de tête ; puis le malade éprouve une sensation d'angoisse, d'anxiété, un malaise général extrêmement pénible ; il lui semble parfois qu'un horrible malheur va lui arriver. Le pouls devient faible, inégal et irrégulier. Rarement cette crise aboutit à une perte complète de connaissance, plus rarement encore à une attaque convulsive. La durée varie de quelques secondes à une demi-heure et plus. Il est des malades qui ont une dizaine de ces paroxysmes dans les 24 heures.

La plupart des malades présentent en outre un ou plusieurs des symptômes suivants. La dyspepsie est très fréquente ; l'anorexie, les digestions laborieuses avec développement abondant de gaz dans l'estomac, les alternatives de constipation et de diarrhée s'observent souvent. Fréquemment aussi le rachis est très douloureux à la pression et pendant les mouvements, ce qui donne au malade une attitude raide et tout d'une pièce. Le pouls est accéléré, au point de battre constamment entre 100 et 130, et parfois sans que le malade s'en aperçoive aucunement ; ou bien il est irrégulier quant à la fréquence et à la force des pulsations. La dyspnée, l'oppression sans lésions des organes thoraciques s'observent aussi. La force musculaire peut être extrêmement amoindrie, sans amyotrophie. Les reflexes tendineux sont souvent exagérés, amoindris, ou même abolis. Il n'est pas très rare d'observer du tremblement, notamment le tremblement fibrillaire des muscles de la face quand le malade est ému ou attentif. — La sensibilité présente des troubles variables, et qui nous ont paru relativement rares : fourmillements dans les extrémités, hyperesthésie (notamment de la face et du cuir chevelu), anesthésie, ordinairement disposée en plaques irrégulières. Parmi les troubles sensoriels, ceux de la vue et de l'ouïe sont les plus fréquents. Outre l'asthé-

nopie accommodative, on a noté très souvent le rétrécissement concentrique du champ visuel. Les bourdonnements d'oreille sont accusés par beaucoup de malades ; la dureté de l'ouïe et l'hyperacousie ont été parfois observées.

Dans certains cas, l'un des symptômes énumérés précédemment se développe outre mesure, prend une importance prépondérante, et paraît au premier abord constituer toute la maladie. On pourrait décrire ainsi des formes cardiaque, dyspnéique, spinale, etc., de la névrose traumatique, dans lesquelles il est d'ailleurs toujours facile de retrouver les symptômes fondamentaux indiqués plus haut.

Développement, évolution, diagnostic et pronostic. —

En général, les symptômes de la névrose traumatique ne commencent à se manifester nettement que quelques semaines après l'accident ; ce n'est souvent qu'au bout de plusieurs mois, d'une année, ou plus encore, qu'ils ont acquis tout leur développement. Il ne faudrait pas considérer comme le début de la névrose traumatique certains troubles nerveux qui s'observent souvent immédiatement après un accident. Les personnes qui ont été blessées ou fortement secouées pendant une collision de trains par exemple ont souvent pendant plusieurs jours une grande excitation nerveuse, de l'insomnie, de l'agitation, des maux de tête, de l'émotivité, du tremblement. Quelques autres, bien moins nombreuses, tombent immédiatement dans un état mental très voisin du somnambulisme ; l'activité intellectuelle ne se manifeste plus que par un automatisme restreint à un très petit cercle d'idées, à celles du salut personnel, du domicile à regagner, etc. Tous ces désordres peuvent se dissiper complètement et définitivement en quelques jours, et les personnes qui en ont été atteintes ne nous paraissent pas plus spécialement exposées au développement ultérieur de la névrose traumatique que celles qui, au moment de l'accident, n'ont pas présenté de troubles graves du système nerveux.

Une fois qu'elle est bien développée, la névrose traumatique constitue une maladie très nettement caractérisée,

toujours identique à elle-même, à l'intensité près, de sorte qu'on peut prévoir tout ce qu'accusera le plaignant. Il en résulte qu'un médecin attentif et surtout expérimenté en cette matière sera presque toujours à même de déjouer la simulation.

Au degré le plus léger, la maladie se borne à des troubles psychiques qui peuvent encore permettre au malade de vaquer à ses occupations et de faire prospérer ses affaires. Et cependant celui-ci a beaucoup perdu; il n'a plus l'entrain, la bonne humeur et le juste équilibre; il est devenu nerveux, inquiet, triste et irascible; il est malheureux et insupportable à son entourage. Au degré bien accentué, et lorsque la plupart des symptômes indiqués plus haut sont réunis, on est en présence d'un véritable infirme, d'un individu incapable de se livrer à tout travail, à toute occupation suivie; hors d'état non seulement d'exercer son métier, mais souvent de vaquer à ses occupations domestiques les plus simples.

Le pronostic de la névrose traumatique est difficile à établir, et ne doit jamais être formulé que lorsqu'il s'est écoulé plusieurs mois depuis l'accident. A ce moment, on peut dire d'une manière générale que si les symptômes sont peu intenses, restent depuis longtemps stationnaires ou se sont déjà amendés, la guérison est probable, mais elle ne se produit souvent qu'après plus d'une année. Si les symptômes vont en s'aggravant, et s'ils se sont développés tardivement, très graduellement, la guérison est très douteuse, et la maladie a une durée infinie.

Nature de la maladie. — M. le professeur Charcot enseigne que la névrose traumatique est constituée par l'association de la neurasthénie et de l'hystérie. Cette opinion, émise par un savant d'une si grande autorité, paraît adoptée par la plupart des médecins français. A l'étranger, plusieurs auteurs pensent au contraire que la névrose traumatique est une maladie spéciale, distincte de l'hystérie et de la neurasthénie. Quelques-uns ont pensé qu'il s'agissait non pas d'une névrose, mais d'une affection occasionnée par des lésions matérielles des centres

nerveux. Il est certain que dans quelques cas, on note des symptômes qu'il paraît impossible d'attribuer à une névrose pure et simple. Il peut se faire d'ailleurs qu'une même blessure, un choc à la tête par exemple, en même temps qu'elle occasionne de grosses lésions traumatiques des centres nerveux avec la symptomatologie qui en découle, provoque aussi le développement de la névrose traumatique¹.

§ VI. — Questions de survie.

Quand deux ou plusieurs personnes, parentes entre elles, succombent ensemble dans un accident, il est nécessaire de savoir laquelle a péri la première pour régler

1. Nous n'avons pu dans ce volume qu'esquisser sommairement l'histoire de la névrose traumatique. Parmi les nombreux travaux qui ont été publiés sur ce sujet, nous indiquerons seulement les suivants qui nous paraissent les plus importants.

John Eric Erichsen, *On railway and other injuries of the nervous system*: London. Ce livre est le premier en date sur la question.

Herbert W. Page, *Injuries of the spine and spinal cord and nervous shock, in their surgical and medico-legal aspects*. London, 1885.

Thompson et Oppenheim, *Ueber das Vorkommen und die Bedeutung der sensorischen Anästhesie bei Erkrankungen des centralen Nerven-systems* (*Arch. für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 1884).

Oppenheim, *Die traumatischen Neurosen*. Berlin, 1889. — Dans ce travail la question est étudiée très complètement et à tous les points de vue.

Charcot, in *Leçons sur les maladies du système nerveux*, et *Leçons du mardi*, et aussi dans *Ann. d'hyg. publ. et de méd. lég.*, février 1889.

Knapp, *Nervous affections following injuries railway-spine, railway-brain*, 1888, Boston.

Bouveret, *La Neurasthénie*, J.-B. Baillière, 1891. — Crocq fils. *Les névroses traumatiques*, Bruxelles, 1896.

Nous-même avons étudié la question plus spécialement au point de vue médico-légal dans deux mémoires: Vibert, *Étude médico-légale sur les accidents de chemins de fer*. J.-B. Baillière, 1888. *Contribution à l'histoire de la névrose traumatique* (*Annales d'hyg. publ. et de méd. lég.*, février et mars 1893). Tirage à part, J.-B. Baillière, 1893.

les questions de succession. La loi a prévu le cas où cette détermination serait impossible, et elle a fixé, en se basant sur l'âge et le sexe des personnes, dans quel ordre on admettrait qu'elles ont succombé.

Code civil. Art. 720. — Si plusieurs personnes respectivement appelées à la succession l'une de l'autre, périssent dans un même événement sans qu'on puisse reconnaître laquelle est décédée la première, la présomption de survie est déterminée par les circonstances du fait, et, à leur défaut, par la force de l'âge ou du sexe.

Art. 721. — Si ceux qui ont péri ensemble avaient moins de quinze ans, le plus âgé sera présumé avoir survécu.

S'ils étaient tous au-dessus de soixante ans, le moins âgé sera présumé avoir survécu.

Si les uns avaient moins de quinze ans et les autres plus de soixante, les premiers seront présumés avoir survécu.

Art. 722. — Si ceux qui ont péri ensemble avaient quinze ans accomplis et moins de soixante, le mâle est toujours présumé avoir survécu, lorsqu'il y a égalité d'âge, ou si la différence qui existe n'excède pas une année.

S'ils étaient du même sexe, la présomption de survie qui donne ouverture à la succession dans l'ordre de la nature doit être admise : ainsi le plus jeune est présumé avoir survécu au plus âgé.

Les médecins interviennent quelquefois dans ces questions de survie, parce que les héritiers leur demandent s'il est possible d'établir par la nature des blessures, par l'examen des cadavres et par les circonstances du fait, si telle ou telle personne a succombé la première ou la dernière. C'est là un problème qui ne comporte que rarement une solution précise et certaine, et toutes les considérations générales que les auteurs les plus renommés, comme Foderé et Devergie, ont présentées à cet égard, ne nous paraissent guère susceptibles d'application pratique. On doit même dire que les consultations médicales qui ont été publiées sur les questions de cette nature n'ont fait, pour la plupart, qu'émettre des hypothèses plus ou moins soutenables et dont on comprend que les juges n'aient pas toujours tenu compte.

Toutefois, dans certains cas, dans ceux par exemple où

il s'agirait de mort par inanition, par l'action du froid ou d'une température trop élevée, on conçoit qu'on pourrait tirer un parti utile des indications que l'on possède sur ces sujets (voy. le chap. VI, p. 196); de même, quand parmi plusieurs personnes exposées à un même genre de mort, par exemple à la submersion, il en est une qui a reçu, en outre, pendant qu'elle vivait encore, une blessure très grave, immédiatement mortelle.

La question de survie peut se poser aussi à l'occasion du meurtre simultané ou presque simultané de plusieurs personnes. Ici, le siège et la nature des blessures, la disposition des cadavres et des taches de sang sur le lieu du crime pourraient quelquefois fournir des indices très importants; il faut se rappeler toutefois que des blessures très graves permettent quelquefois une survie d'une durée tout à fait inattendue.

CHAPITRE ONZIÈME.

EXPERTISES RELATIVES AUX BLESSURES NON MORTELLES.

L'expression *blessures* a une signification beaucoup plus étendue en médecine légale qu'en chirurgie. Foderé définit ainsi la blessure. « Toute lésion faite au corps humain par une cause violente d'où seront résultés, conjointement ou séparément, une commotion, une contusion, une piqûre, une plaie, une déchirure, une brûlure, une distorsion, une luxation, etc., soit que la cause ait été dirigée sur le corps, ou que le corps ait été dirigé sur la cause offensante. » Un arrêt du tribunal de Lyon, en date des 8 et 15 décembre 1859, s'exprime ainsi : « Par l'expression générique de blessure, on doit entendre toute lésion,