

tômes qui ont d'autant plus de valeur aux yeux de l'expert que leur signification est méconnue par le malade. Il s'agit par exemple d'attaques exclusivement nocturnes, et l'on apprend qu'à certains jours le malade se réveille avec un sentiment de courbature, de fatigue générale, les conjonctives ecchymosées, un pointillé hémorragique sur la face, des contusions en divers points du corps ; l'oreiller est taché d'un peu d'écume sanglante, la langue a été mordue, le lit est souillé d'urine. Ce dernier signe, l'incontinence d'urine survenant à certains intervalles, est un indice important, dont la valeur, signalée par Trousseau, a été confirmée depuis. Il peut aider à reconnaître aussi les accès incomplets qui se manifestent pendant le jour ; ceux-ci passeraient souvent inaperçus si le malade n'avait conscience du malaise qui les suit et s'il n'avait été averti de leur existence par les personnes de son entourage.

La forme vertigineuse risquerait plus souvent encore de rester méconnue, si l'on n'était mis sur la voie du diagnostic par les actes étranges, inexplicables, qu'ont ordinairement déjà commis à la suite de ces excès les épileptiques qui font l'objet d'une expertise médico-légale.

Alors même que l'existence de l'épilepsie est démontrée, il reste à rechercher si l'acte incriminé a été commis sous l'influence de la maladie.

Un épileptique est responsable des actes commis en dehors de tout accès, qu'il a exécutés en pleine conscience, et dont il a gardé le souvenir. Dans ces conditions, sa responsabilité ne pourrait être atténuée que si l'épilepsie se manifestait chez lui, en dehors même des accès, par une altération permanente de l'état mental qui sera indiquée dans un autre chapitre.

Le délire et l'impulsion épileptiques entraînent l'irresponsabilité absolue. Le caractère impulsif de certains actes éclate du premier coup par leur instantanéité, leur violence, leur absence de tout motif, leur inconscience parfaite. Le délire épileptique peut être moins facile à reconnaître ; nous rappelons qu'il est caractérisé surtout

par la brusquerie de son début et de sa terminaison, par son inconscience et par le fait qu'il ne laisse aucun souvenir au malade.

#### § IV. — Alcooliques.

Les troubles de l'état mental produits par l'alcool doivent être distingués en manifestations aiguës et en manifestations chroniques.

**Alcoolisme aigu.** — L'alcool est supporté très différemment suivant les individus. Une même dose, qui ne produira guère d'effet appréciable chez les uns, occasionnera chez les autres l'ivresse complète dans sa forme commune, ou bien une ivresse spéciale ne se rattachant que par certains traits à l'ivresse banale, ou enfin des troubles cérébraux qui en diffèrent complètement, qui consistent par exemple en maux de tête, vertiges, obnubilation intellectuelle, sans aucune excitation psychique et sans désordres moteurs.

Parmi les sujets qui offrent cette susceptibilité spéciale, il faut citer les épileptiques, les dégénérés héréditaires, les gens atteints de névrose traumatique, et d'une manière générale presque tous ceux dont les fonctions cérébrales présentent habituellement quelques déficiences.

*L'ivresse*, dans sa forme commune, n'intéresse pas la médecine légale, car la loi n'admet pas qu'elle puisse être invoquée comme excuse, et l'expert n'a pas à ouvrir de discussion à ce sujet. Mais il n'en est pas de même quand l'ivresse se présente sous des formes anormales, dont nous allons indiquer quelques types.

Le premier de ces types, celui qui s'éloigne le moins de l'ivresse commune, est représenté par l'*ivresse agressive et violente*. Cette forme semble beaucoup plus fréquente qu'autrefois et il est probable que cette plus grande fréquence est due surtout à la sophistication des boissons spiritueuses qui contiennent aujourd'hui des alcools industriels, des essences artificielles dont les effets toxiques

et l'action pernicieuse sur le système nerveux ont été étudiés par plusieurs auteurs<sup>1</sup>.

Ici l'ivrogne n'est pas un être gai, expansif, loquace et titubant; c'est au contraire un individu sombre, taciturne, querelleur, qui pour un motif futile, que lui-même trouvera absurde le lendemain, prend en haine un de ceux qui l'entourent, et le frappe d'un bras bien assuré, car il a conservé toute la force et toute la précision de ses mouvements. Parfois ce n'est pas au hasard que de tels ivrognes choisissent une victime; ils vont chercher une personne contre laquelle ils avaient des griefs, et commettent ainsi un meurtre qui paraît bien prémédité et motivé seulement par la passion. Cependant, c'est souvent sous l'influence seule de cet alcoolisme aigu que l'idée du crime s'est formulée pour la première fois dans l'esprit, et sous la même influence aussi qu'elle a été acceptée d'emblée et traduite immédiatement en un acte.

Dans l'*ivresse excito-motrice* il semble que les effets de l'alcool se concentrent sur les cellules motrices du cerveau. Ici, il n'y a pas, comme dans l'ivresse ordinaire, un développement graduel, régulier des désordres cérébraux. Après une période, souvent à peine indiquée, de malaise et d'inquiétude, l'accès éclate brusquement et se manifeste par une rage aveugle qui pousse l'intoxiqué à frapper, à détruire, sans motif et sans prétexte même, tout ce qui s'offre à sa vue. « Dans un élan irrésistible de colère aveugle, de rage destructive et d'énergie musculaire qui décuple ses forces, le furieux court droit au but, et n'a rien de cette hésitation, de cette incertitude des mouvements de l'ivresse vulgaire. La parole a les mêmes dehors convulsifs que les actes; l'incitation motrice verbale aboutit à l'émission de cris rauques, de jurons, de rugissements, de sons à peine articulés où se révèle le désordre

<sup>1</sup> Voir notamment: Laborde et Magnan, De la toxicité des alcools dits supérieurs et des bouquets artificiels. *Revue d'hygiène*, 1887. Cadéac et Meunier, Étude physiologique de la liqueur d'absinthe. (*Même recueil*, 1889.)

convulsif de la musculature vocale » (P. Garnier<sup>1</sup>). Toute cette excitation ne dure pas longtemps en général; elle se ralentit pour aboutir rapidement à un sommeil profond, prolongé. Au réveil le malade n'a plus qu'un souvenir confus, très incomplet ou même nul du paroxysme qu'il a subi, et au cours duquel il semblait à peu près inconscient.

L'*ivresse convulsive* représente une localisation encore plus complète de l'alcool sur les régions motrices des centres nerveux. Le malade est pris brusquement de mouvements désordonnés, qui ne sont même plus adaptés à un but, comme précédemment. Il se livre aux contorsions les plus bizarres, les plus incohérentes, et pendant ce temps, sans être dans l'état d'inconscience absolue d'un épileptique, son intelligence paraît presque complètement anéantie.

Dans l'*ivresse délirante* (Garnier) l'alcool respecte au contraire les centres moteurs pour porter son action sur les régions purement psychiques. L'ivresse ne se traduit que par du délire dont la durée peut atteindre plusieurs jours. Ce délire est ordinairement assez bien systématisé, et prend la forme d'une idée fixe, presque toujours triste et terrifiante. Le malade se croit coupable d'un crime, va se dénoncer à l'autorité en donnant, avec les apparences de la lucidité, les détails les plus circonstanciés sur son forfait. Les aliénés qui viennent ainsi se dénoncer à la police pour un crime imaginaire sont 99 fois sur 100 des alcooliques, d'après Lasègue.

— En dehors de l'ivresse sous ses diverses formes, l'alcoolisme aigu comprend aussi des épisodes psychopathiques qui surviennent chez les individus qui sont déjà des alcooliques chroniques, à l'occasion soit d'un plus grand excès d'alcool (*a potu nimio*), soit au contraire de la privation brusque de ce stimulant (*a potu suspenso*), soit d'une affection fébrile quelconque, d'une blessure,

<sup>1</sup> Paul Garnier, *La Folie à Paris*, étude statistique, clinique et médico-légale. Paris 1890, J.-B. Baillière.

d'émotions, de fatigues intellectuelles, ou même sans cause occasionnelle appréciable.

Le délire qui éclate dans ces conditions a des caractères spéciaux. Il est précédé, accompagné et suivi d'insomnie; il est toujours plus marqué la nuit et parfois ne se manifeste nettement que pendant cette période. Il est toujours accompagné et l'on peut même dire qu'il est principalement constitué par des hallucinations qui intéressent surtout le sens de la vue. Ces hallucinations sont toujours terrifiantes, pénibles ou désagréables; elles sont multiples, mobiles, fugaces, et entraînent des réactions violentes. Le délire représente assez bien un cauchemar qui se déroulerait chez un individu en état de veille, et capable par conséquent d'opposer une résistance vigoureuse et énergique aux dangers qui le menacent. Le délire alcoolique s'accompagne d'un tremblement musculaire plus ou moins accentué.

Avec ces caractères constants, l'accès de délire alcoolique présente des degrés variables. Il se borne parfois à de l'excitation nocturne; dans d'autres cas, les hallucinations ne sont pas perpétuelles; le malade doute un peu de leur réalité, et il continue à vivre, tant bien que mal, de la vie ordinaire pendant l'accès, qui peut s'écouler ainsi d'une manière relativement paisible ou s'aggraver brusquement pour occasionner à l'improviste des actes violents. A son degré de complet développement, l'accès prend le nom de *delirium tremens*.

**Delirium tremens.** — Après une période prodromique pendant laquelle se manifestent de l'inquiétude, de la tristesse, de l'agitation, de l'insomnie, les hallucinations apparaissent, la nuit d'abord, puis toute la journée. Elles se multiplient, se succèdent, tantôt se rattachant toutes à une même idée directrice, tantôt n'ayant d'autre lien commun que leur caractère terrifiant ou pénible. Certains malades restent une journée entière poursuivis par des assassins, soit pas des gendarmes, soit par une armée entière; d'autres voient tour à tour un incendie qui les environne de flammes, des figures grimaçantes qui sor-

tent des murs, du plafond, des têtes coupées, des scènes d'assassinat, de tortures, de viol, des animaux qui se précipitent sur eux. Les autres sens, le toucher, l'odorat, le goût, l'ouïe même sont fréquemment hallucinés de la même façon. Il existe quelquefois aussi une anesthésie complète, et c'est ainsi que l'on voit des blessés arracher leur appareil, se servir de leurs membres fracturés sans paraître souffrir.

Le malade n'assiste pas passivement à la fantasmagorie qui se déroule devant lui. Il interpelle ses visions, exprime sa terreur ou sa colère, réclame impérieusement du secours, lutte violemment contre ses persécuteurs, cherche à leur échapper par la fuite, et pour cela saute par une fenêtre, escalade un mur, etc. Quand les hallucinations sont extrêmement nombreuses, mobiles et fugaces, le délire prend l'aspect de la manie la plus violente. Le malade vocifère sans interruption des lambeaux de phrase, n'ayant pas le temps de formuler entièrement chacune des idées qui se succèdent dans son esprit. De la même façon, il commence un acte avant d'avoir achevé celui qu'il venait d'ébaucher; ses mouvements incessants sont violents, brusques, désordonnés. Dans cet état, l'alcoolique peut encore parfois être arraché quelques instants à ses hallucinations et donner des réponses raisonnables et exactes quand on appelle fortement son attention; mais les conceptions délirantes reparaisent immédiatement.

La face est rouge, vultueuse, la peau couverte de sueur. Le corps est animé d'un tremblement qui occupe surtout les mains, les lèvres, la langue, les muscles du visage; mais qui est souvent généralisé et d'une intensité extrême. Des attaques épileptiformes s'observent souvent. La fièvre ne fait guère défaut dans les cas graves; elle peut atteindre 40 et 41°, et si elle se maintient deux ou trois jours à ce chiffre, elle annonce ordinairement que la mort est imminente. Alors le délire dégénère en rêvasseries plus tranquilles, puis aboutit à un état comateux qui précède la terminaison fatale.

La mort peut aussi survenir brusquement, à l'impro-

viste, pendant que le malade est en proie à l'agitation la plus violente. Au moment même où il lutte contre ceux qui cherchent à le maintenir, contre les agents de police qui l'emmènent, on le voit s'affaisser tout à coup et tomber sans vie.

Toutefois l'intensité du délire ne donne pas toujours la mesure de la gravité de la maladie. Il est des malades qui succombent sans avoir présenté une agitation très violente, mais avec une fièvre élevée et tous les signes de l'adynamie.

Le plus souvent l'accès de *delirium tremens* se termine par la guérison, après une durée de trois à huit jours.

**Alcoolisme chronique.** — Il est des individus qui peuvent ingérer quotidiennement de grosses doses d'alcool pendant de longues années presque impunément. Chez les autres, l'action du poison se manifeste exclusivement, ou du moins d'une manière très prépondérante, sur tel ou tel organe: le foie, l'estomac, le système nerveux. En ce qui concerne le système nerveux, il y a encore des distinctions à faire. Tel alcoolique présente surtout des troubles sensitifs, tel autre des troubles moteurs, tel autre enfin des désordres psychiques qui seront décrits dans le chapitre VI.

Il résulte de ce qui précède qu'on se tromperait beaucoup si l'on voulait mesurer l'influence que l'alcool a pu exercer sur l'état mental d'un individu, d'après l'intensité des symptômes que l'on trouve dans les descriptions générales de l'alcoolisme chronique. Il peut arriver que ces symptômes soient, sinon tout à fait absents, du moins rares et peu marqués chez un sujet dont les facultés intellectuelles et morales ont cependant subi une atteinte profonde du fait de l'alcool.

Sous ces réserves, nous rappellerons sommairement les principaux signes de l'alcoolisme chronique.

Les pituites matutinales, l'anorexie, la dyspepsie, les symptômes de la sclérose hépatique ou rénale sont des manifestations les plus communes de l'alcoolisme chronique viscéral. Quant aux troubles du système nerveux,

les plus fréquents sont le tremblement rythmé (vertical) affectant surtout les avant-bras, les mains, la langue; les crampes, les paralysies qui intéressent surtout les membres inférieurs, restent incomplètes et affectent spécialement certains groupes musculaires; les fourmillements, les engourdissements des extrémités; les anesthésies et les hyperesthésies; les troubles visuels: scotome *central*, diplopie, mouches volantes; enfin l'insomnie, les rêves professionnels, les cauchemars et les désordres psychiques qui seront exposés dans un autre chapitre.

#### § V. — Dégénérés héréditaires.

Sous ce nom de dégénérés héréditaires on comprend plusieurs groupes d'individus très différents les uns des autres au point de vue du degré de développement intellectuel: les idiots, les imbéciles, les débiles, les dégénérés supérieurs. Les traits qu'ils ont en commun sont des antécédents héréditaires habituellement fort chargés au point de vue des tares du système nerveux; l'existence assez habituelle de vices de conformation (asymétries crâno-faciales, strabisme, malformations des organes génitaux, etc., etc.), du bégaiement, du zézaïement, des tics, des mouvements nerveux, et surtout le déséquilibre des facultés mentales; la fréquence des obsessions, des impulsions, et aussi du délire qui revêt chez eux quelques caractères particuliers.

Nous aurons surtout en vue dans ce paragraphe les *débiles*, dont l'intelligence, bien que fort médiocre, ne choque pas au premier abord par son insuffisance, et leur permet d'exercer un métier, de vivre de la vie commune sans trop se faire remarquer, et les *dégénérés supérieurs* dont l'intelligence est non seulement moyenne, mais souvent même très puissante, au moins sur certains points.

Ces individus sont qualifiés aussi du nom de *déséquilibrés*. C'est qu'en effet, dès leur enfance, ils présentent une inégalité souvent très profonde des facultés mentales; si l'une ou plusieurs d'entre elles acquièrent parfois

un développement extrême, il arrive bien plus souvent que d'autres restent rudimentaires ou font presque complètement défaut. Les sentiments moraux peuvent, aussi bien que les facultés intellectuelles, rester à peine ébauchés, ou au contraire s'exagérer à l'excès ou différer considérablement de ce qu'ils sont chez les autres hommes. Certains dégénérés sont extrêmement émotifs; d'autres font preuve d'une insensibilité morale absolue, ignorant ce que c'est que la pitié, la compassion, la justice. C'est surtout chez eux que l'on rencontre aussi les plus singulières aberrations de l'instinct sexuel; les uns n'ont de penchant que pour les personnes de leur sexe; les autres éprouvent des désirs vénériens à l'occasion d'une circonstance sans aucun rapport avec la fonction génitale, et toujours la même chez un même individu.

Les dégénérés ont très souvent des *obsessions*. Une image, une pensée surgissent dans l'esprit sans causes appréciables; elles s'y installent, s'y implantent fortement et entraînent un besoin intense de réalisation. Certains sujets (*onomatomanie*) sont obsédés par un mot qu'ils doivent répéter à satiété, soit mentalement, soit réellement, ou qu'ils doivent au contraire soigneusement éviter, ou bien qu'ils doivent rechercher sans repos ni trêve jusqu'à ce qu'ils l'aient trouvé. D'autres obéissent rigoureusement à des règles, à des rites dont ils ne connaissent pas le motif, et qu'ils trouvent même absurdes, comme par exemple de monter un escalier toujours du pied droit, de compter leurs pas, en prononçant seulement les chiffres multiples d'un certain nombre: 2, 3, 5, etc.; de dénombrer soigneusement pendant les promenades, les visites, tous les objets d'une même espèce qui tombent sous la vue: les arbres, les chiens, les voitures, etc. D'autres évitent à tout prix le contact du cuivre ou de tel autre métal, des objets pointus, etc. L'*agoraphobie*, la *claustrophobie*, l'*écholalie*, la *coprolalie*, etc., sont des manifestations du même ordre.

Les malades ont la parfaite conscience de leur obsession, et en reconnaissent presque toujours l'absurdité.

Le besoin d'y obéir n'en est pas moins intense, et porte parfois à un tel point que, s'il n'est pas réalisé, il occasionne une angoisse extrême, qui fait place à un sentiment de détente, de calme et de bien-être dès que l'obsession est satisfaite.

L'*impulsion* ne diffère de l'obsession que parce qu'elle est habituellement moins continuelle, qu'elle procède ordinairement par accès et surtout parce qu'elle entraîne le malade à des actes plus apparents, plus ridicules ou plus dangereux pour les autres ou pour lui-même. L'impulsion est ordinairement unique et toujours la même, au moins pendant un certain temps, chez un même individu; elle se manifeste à intervalles variables et dure chaque fois plus ou moins longtemps. Son objectif, constant et bien limité dans chaque cas, est très différent suivant les individus; mais à cet égard les impulsions les plus fréquentes et les plus importantes sont les suivantes:

**Dipsomanie.** — Un individu qui parfois est habituellement très sobre, est pris du désir et du besoin de boire de l'alcool. Il résiste, et quelquefois très énergiquement, parce qu'il sait par expérience à quelles conséquences désastreuses il s'expose, s'il cède à son entraînement; certains malades vont même jusqu'à mêler des excréments à leur boisson pour s'en dégoûter. Après une lutte plus ou moins longue, il s'abandonne; il se procure de l'alcool à tout prix, et s'il le faut, il vend pour cela ce qu'il possède, mendie ou vole; il boit, s'enivre solitairement, boit encore et, après plusieurs jours ou plusieurs semaines de cette débauche, il reprend une existence régulière, redevient sobre pendant de longs mois, jusqu'à ce que survienne un nouvel accès. Il est à remarquer que ces individus ne deviennent presque jamais alcooliques.

**Pyromanie.** — C'est la *manie incendiaire*, l'impulsion à mettre le feu, à brûler les meules, les granges, les maisons. On voit parfois à la campagne éclater ainsi en peu de temps une série d'incendies. Le plus souvent, tous ont été allumés par un même individu, un imbécile, un débile, un dégénéré qui a obéi, en commettant ces méfaits,

non pas à une idée d'intérêt ou de vengeance, mais à une impulsion malade et non motivée.

**Kleptomanie.** — C'est l'impulsion à voler, à dérober des objets, souvent sans grande valeur, dont le voleur ne tire guère profit, et que parfois il accumule à son domicile sans les utiliser. De même que le pyromane, le kleptomane agit non seulement avec pleine conscience, mais encore en prenant toutes les précautions propres à lui assurer l'impunité. D'ailleurs il sait parfois aussi trafiquer fructueusement de ses larcins, de sorte que l'appréciation de la responsabilité est ici parfois fort délicate.

**Impulsions au suicide, à l'homicide.** — Ces impulsions surgissent, comme les autres, sans aucun motif que le malade puisse se donner à lui-même. Seulement elles sont peut-être moins souvent suivies d'effet, sans doute parce que le malade, qui comprend parfaitement toute la gravité de l'acte auquel il est entraîné, lutte plus énergiquement, et pour mieux résister réclame parfois l'assistance d'autrui.

**Délire des dégénérés.** — Les dégénérés délirent facilement à l'occasion d'une vive émotion, de fatigues intellectuelles, d'excès, d'une maladie aiguë, de l'accouchement, de la ménopause, etc., ou sans cause appréciable.

Ce délire se développe en général rapidement; il peut être général (maniaque, lypémaniaque) ou partiel (grandeurs, persécutions); mais il se présente rarement sous une forme nettement et étroitement systématisée, ou du moins il ne reste pas longtemps tel. Le plus souvent les idées délirantes de divers ordres coïncident en se succédant; le délire est polymorphe, diffus, sans évolution régulière. Il peut ne durer que quelques jours, que quelques heures même; il persiste quelquefois presque indéfiniment ou aboutit à la démence.

#### § VI. — Hystériques.

Parmi les hystériques, il en est dont l'état mental reste assez peu troublé pour comporter une pleine responsabilité; il en est peu pour lesquelles on puisse réclamer

le bénéfice d'une irresponsabilité absolue; il y en a un grand nombre qui doivent être classés parmi les malades dont la responsabilité est atténuée dans une mesure plus ou moins large.

Dans cette névrose, les troubles de l'état mental ne sont pas toujours en rapport exact avec les symptômes dits physiques, c'est-à-dire appréciables matériellement<sup>1</sup>. Si les facultés intellectuelles sont ordinairement profondément atteintes dans la forme de la maladie qualifiée de grande hystérie, elles le sont parfois aussi à un haut degré alors que les manifestations somatiques sont rares et peu accentuées.

On trouvera plus loin la description du délire, des impulsions hystériques, et des désordres psychiques permanents que la maladie occasionne en certains cas.

D'après quelques médecins<sup>2</sup>, le délire seul appartient en propre à l'hystérie; tous les autres troubles de l'état mental relèveraient de la dégénérescence mentale, laquelle est constamment associée à l'hystérie. Il semble bien difficile d'accepter sans réserves cette opinion. Il y a longtemps que les médecins décrivent un type psychique spécial à l'hystérie, distinct en certains points des dégénérés; ce type n'a pas été imaginé de toutes pièces et n'a pas été reproduit sans contrôle par tous les auteurs qui ont traité de l'hystérie; aujourd'hui encore on a de fréquentes occasions de l'observer et de le vérifier.

1. Rappelons brièvement les principaux stigmates permanents de l'hystérie, lesquels peuvent d'ailleurs faire tous complètement défaut dans certains cas. Ce sont: l'*anesthésie* cutanée, générale, le plus souvent intéressant une moitié du corps, en îlots irréguliers, en territoires géométriques (en forme de gant, de manches de veste, etc.), absolue ou partielle: analgésie, thermo-anesthésie, électro-anesthésie, etc.; l'anesthésie des muqueuses, — l'*hyperesthésie* cutanée, distribuée de la même façon que l'anesthésie, les arthralgies, les zones hystérogènes: cutanées, muqueuses, viscérales (ovarie); — les *anesthésies sensorielles*; le rétrécissement concentrique du champ visuel (plus marqué pour certaines couleurs), l'amblyopie; les *contractures*, l'amyosthénie.

2. Henri Colin. *Essai sur l'état mental des hystériques*. Thèse de docteur, Paris, 1890.