

peu de bromure, d'opium ou de trional et, si possible, le transporter rapidement dans un établissement où il puisse être soumis à un traitement approprié.

Épilepsie au point de vue médico-légal.

L'épilepsie est certainement l'affection mentale la plus importante au point de vue médico-légal. Beaucoup de crimes sont commis par des comitiaux : vol, escroquerie, effraction, actes de violence, délits contre les mœurs, incendie, rébellion, outrages, désertion. Il est souvent très difficile de déterminer l'état mental de l'inculpé au moment de l'exécution de l'acte criminel. S'il s'agit d'un état crépusculaire de la conscience, de délire, ou d'une autre manifestation psychique analogue, l'appréciation est plus simple, surtout dans les délits qui sont commis immédiatement avant ou après une attaque convulsive.

L'appréciation devient plus incertaine quand l'acte incriminé est commis pendant une absence, un accès d'automatisme ambulatoire ou de fugue, une crise d'agitation, un état d'ivresse pathologique, un accès de colère ou de mauvaise humeur comitiales. Chose curieuse, des états de ce genre sont encore aujourd'hui assez souvent méconnus ou négligés. Le vulgaire comprend malaisément et se refuse à croire qu'on puisse déclarer comme irresponsable un individu qui, un moment avant ou après l'acte criminel, agissait d'une manière en apparence consciente et raisonnable. Or, il n'est pas rare de voir un épileptique exécuter pendant une absence, en dehors de tout délit ou crime, des actes inoffensifs, comme le calcul, l'écriture, la musique, sans conserver un instant après le moindre souvenir de ces divers actes. Il faut, en pareil cas, examiner soigneusement les symptômes dûment constatés et les comparer avec les états anormaux de la conscience qui ont été observés chez le même sujet pendant son séjour à l'asile. La soudaineté d'un acte, son exécution brusque, automatique, l'amnésie consécutive complète ou partielle sont, chez un épileptique avéré, autant d'indices en faveur d'un état pathologique. Parfois la période d'observation doit être très prolongée pour permettre d'établir le diagnostic d'épilepsie. Si les symptômes observés indiquent une crise comitiale motrice ou psychique survenue au moment précis où l'acte a été commis — cette cris-

fût-elle abortive, — le malade doit être déclaré irresponsable. Au contraire, les sujets qui n'ont que des accès convulsifs et d'autres accidents périodiques sont responsables pour les délits commis par eux dans l'intervalle de ces accès. L'existence d'un caractère épileptique ne peut être considérée que comme une circonstance atténuante. Nous avons déjà parlé du peu de valeur que peut avoir le témoignage d'un comitial. Il est parfois nécessaire de prononcer l'interdiction des épileptiques déments, en état de mal, ou dipsomanes.

Note supplémentaire sur l'épilepsie.

Parmi les indigènes de Malacca et de l'archipel de Malaisie, on observe un trouble psychique appelé la *course d'Amok*. Le malade se met tout à coup à courir, en brandissant un poignard, à travers villes et villages, pénètre dans les maisons et frappe de son arme tous ceux qu'il rencontre sur son chemin ; souvent il tue ainsi une douzaine de personnes, jusqu'à ce qu'on l'enchaîne ou bien jusqu'à ce qu'il se suicide. Cette attaque a pour base un délire accompagné d'hallucinations visuelles : le malade voit noir et rouge ; des animaux, le diable lui apparaissent. En même temps, il est pris de vertiges. A la suite de l'attaque survient le sommeil suivi d'un état de stupeur qui dure plusieurs jours ; l'amnésie est la règle. Mais chez les Malais se produisent d'ailleurs, et cela même sans excitation préliminaire, des états dépressifs avec stupeur. Parfois l'attaque survient au cours d'une psychose. Mais assez souvent aussi la crise se produit spontanément et se rapproche alors le plus des états épileptiques. On indique comme causes occasionnelles de ces états : des émotions violentes, les fièvres, surtout la fièvre paludéenne.

XVI. — FOLIE INTERMITTENTE

[Folie à double forme (Baillarger) ; Folie circulaire (J.-P. Falret) ; Folie à formes alternes (Baillarger) ; Folie intermittente (Magnan) ; Folie périodique (G. Ballet).]

Il existe tout un groupe de troubles mentaux qui apparaissent chez le même sujet, tantôt sous la forme d'un accès d'*excitation*, tantôt sous celle d'un accès de *dépression*. Ces accès, dont le contraste est si frappant, guérissent

généralement, mais laissent après eux une disposition à de nouveaux accès. Chaque accès pris isolément peut se caractériser soit par de l'excitation seule, soit par de la dépression seule; ou bien, dans un seul et même accès, ces deux phases morbides peuvent se produire successivement et alternativement; ou bien, enfin, les symptômes d'une de ces phases peuvent se mêler à ceux de l'autre phase et constituer ainsi une seule forme. Les symptômes fondamentaux de la phase maniaque ou de la phase dépressive se caractérisent : 1° au point de vue *cœnesthétique*, par une disposition d'humeur excitée dans le premier cas, déprimée dans l'autre; 2° au point de vue *psychomoteur*, par de la surexcitation motrice dans la phase maniaque et l'arrêt dans la phase opposée; 3° au point de vue *intellectuel*, par la fuite des idées dans la première phase et la suspension de tout processus d'association dans la phase dépressive. Il ne se produit pas de transformation de cette psychose périodique en d'autres troubles mentaux, c'est-à-dire que cette affection mentale n'engendre ni la paralysie générale, ni les psychoses d'épuisement, ni les processus démentiels, ni la paranoïa.

Hippocrate fait déjà remarquer que les mélancoliques peuvent devenir des maniaques.

On établit souvent une distinction entre la manie simple et la manie périodique, comme entre la dépression simple et la dépression périodique. De même, on distingue les cas dans lesquels il existe une alternance régulière des états de dépression et d'agitation, c'est-à-dire la *folie circulaire*. Mais, comme il n'est pas possible de reconnaître, d'après l'examen de diverses formes isolées de ces états, si l'on se trouve en présence d'une manie ou d'une dépression simples ou d'une manie ou d'une dépression circulaires; comme, d'autre part, la nature congénitale et héréditaire de ces différents types morbides permet souvent de les ramener les uns et les autres à un grand groupe unique, il est préférable de les comprendre tous, d'après Kraepelin, sous la seule rubrique de la *folie intermittente* (manie-mélancolie).

[Au début de ce chapitre, il nous paraît important d'appeler immédiatement l'attention du lecteur sur un point de doctrine qui sépare les aliénistes allemands et français. Alors que la plupart des psychiatres allemands considèrent la folie intermittente comme une des manifestations de la dégénérescence mentale héréditaire, beaucoup d'aliénistes

français, à l'exemple de Magnan, envisagent cette psychose comme tout à fait indépendante de la dégénérescence. Pour eux, les accès d'excitation maniaque et de dépression mélancolique de la folie intermittente doivent être totalement distingués, d'une part, des récidives de manie et de mélancolie *simples*, et, d'autre part, des accès maniaques ou mélancoliques à répétition qu'on constate chez les sujets entachés de dégénérescence mentale héréditaire.

Ainsi, d'après Gilbert Ballet (1), tout accès de manie ou de mélancolie simple est en général provoqué par des causes physiques ou morales qui agissent en raison de leur intensité ou de leur durée; les accès symptomatiques de la folie périodique peuvent naître spontanément sans l'intervention d'aucune cause provocatrice apparente. Ces accès périodiques se développent d'une façon assez brusque sans être précédés, comme les accès de manie et de mélancolie simples, d'une période prodromique plus ou moins longue. Enfin, leur multiplicité est tout autre que celle de ces derniers, dont on compte rarement plus de deux ou trois au cours de l'existence, quand les hasards de l'étiologie en amènent la récidive.

Quant aux accès de mélancolie et de manie dégénérative, ils se développent sur un terrain spécial. Dans l'intervalle de ces accès, les malades présentent la débilité intellectuelle ou le déséquilibre mental qui caractérisent les dégénérés. Au contraire, dans la folie périodique, au moins dans les cas types, et durant les premiers temps de l'affection, l'intelligence du malade est normale dans l'intervalle des accès.]

Symptomatologie. — L'*aperception* [ou l'attention active] ne reste indemne que dans des cas légers. Lorsque l'excitation est très vive, cette faculté est atteinte par suite de l'impossibilité de plus en plus grande pour le malade de fixer son attention. Le sujet se trouve excité par les impressions les plus différentes, souvent même par la première bagatelle venue, sans qu'il soit capable d'en rien élaborer convenablement dans son esprit. Les idées aperceptives ne sont plus suffisamment étayées sur des images de souvenirs. Loin d'être augmentée, l'attention active, c'est-à-dire l'aperception, est plutôt affaiblie et dans un

(1) Gilbert Ballet, art. *Folie périodique*, in *Traité de médecine Charcot-Bouchar*. Paris, 1894, p. 1123.

état dit d'*hypoprosxie*. La liaison des éléments constitutifs de l'aperception est également plus relâchée qu'à l'état normal et rappelle ce qu'on observe dans l'excitation d'origine alcoolique. Dans la phase dépressive, la conception des éléments d'aperception est rendue très difficile.

Les *troubles sensoriels* ne sont pas fréquents; néanmoins, il se produit parfois des illusions, plus rarement des hallucinations. C'est précisément l'état fugace et incertain de la conception mentale qui favorise la production d'illusions. En raison d'une vague ressemblance, le sujet se trompe sur la personnalité de certains individus de son entourage. Un malade prenait le bruit de voitures pour un roulement de tambours; un autre, en état de dépression, croyait reconnaître des cornes dans les cheveux épais de son médecin. Störing a décrit des pseudo-hallucinations dans lesquelles une foule d'images très nettes passent devant l'œil du sujet, sans qu'elles aient le caractère de l'objectivité et sans qu'elles puissent s'ordonner dans l'espace.

Le trouble de l'*association des idées* est particulièrement important dans la folie intermittente. Dans la phase maniaque, l'association des idées est affaiblie. Au lieu d'associer les idées, comme le fait l'homme sain, d'après leurs rapports réels (par exemple : maison, propriété; maison, toit), le maniaque intermittent associe souvent une idée à une autre, d'après une simple analogie de son, sans tenir compte de la signification du mot (par exemple : maison, tison). On peut même démontrer expérimentalement comment les associations fondées soit sur les rapports intimes des idées d'après leur sens (causalité, subordination), soit sur leur coexistence, vont en s'affaiblissant dans la phase maniaque; et comment, au contraire, les associations superficielles, fondées sur les habitudes du langage et sur les analogies des sons (rime et assonance), prennent une place toujours plus grande dans cette même phase et, quelquefois, constituent le débit tout entier du malade. Le processus d'association n'est nullement accéléré dans la phase maniaque, comme on le croirait au premier abord; il est plutôt relâché. La production des idées fondées sur les rapports extérieurs de mots est facilitée aux dépens de l'élaboration des idées d'après le sens. Les malades aiment, en conséquence, à rimer, à faire des jeux de mots, à citer, à déclamer, à chanter. Dans cette évolution fugitive de la pensée, ils ne peuvent fixer leur esprit sur un

but déterminé; ils font des digressions et ils changent sans cesse de thème, selon les nouvelles impressions extérieures qui se succèdent; ils font souvent des coq-à-l'âne.

Kraepelin cite quelques exemples de ces discours : « Abel — Babel — Babylone — eau — iode — Apollinaris... »

Au plus haut degré de l'excitation, la *fuite d'idées* devient une véritable divagation; les malades sont complètement désorientés, ou ne réagissent que très rarement à toute tentative de les ramener dans la voie de la raison.

Dans la phase de dépression, la fuite des idées est remplacée par l'*arrêt de la pensée*. Les malades deviennent insensibles à toutes les impressions du monde extérieur; il leur est difficile ou impossible d'associer une nouvelle impression à leurs images du souvenir; l'ordonnance associative des idées subit fréquemment un temps d'arrêt. Ils mettent longtemps à réfléchir aux choses les plus simples. Ils font souvent des fautes de calcul, de sorte qu'on les prendrait pour des sujets intellectuellement affaiblis, et pourtant ils se rendent parfaitement bien compte quand ils se trompent. « Mon intelligence a vraiment bien souffert », disait une malade lorsque, ayant à soustraire consécutivement les nombres 3 de 100, elle ne pouvait plus continuer cette petite opération arithmétique.

Le *jugement* est, dans la phase maniaque, extrêmement superficiel chez les intermittents; leur « esprit de conversation » ne s'élève guère au-dessus du niveau d'un bavardage banal. Parfois, ils émettent des *idées délirantes*; cependant, les malades eux-mêmes ne prennent souvent pas au sérieux ce qu'ils disent. Une meunière, tout en sachant très bien que c'était le médecin qui la questionnait, lui disait : « C'est entendu, je ne suis qu'un âne de moulin, monsieur l'apothicaire ». Les malades aiment à décerner aux personnes de leur entourage toutes sortes de titres ronflants, inattendus : « Votre Altesse Andalouse, Votre Majesté Bourbonnienne ». Mais, quand ils sont dans une violente colère, il arrive souvent qu'ils appellent par leur vrai nom ceux qu'ils invectivent. Quelques maniaques périodiques ont des *idées de grandeur* qui rappellent même parfois les inventions absurdes des paralytiques généraux : ils ont des millions, ils sont forts comme Hercule. Chez les déprimés se produisent parfois des *idées d'humilité*, de *persécution* et de *culpabilité*. Mais ces diverses idées ne persistent ordinairement pas longtemps.

La *mémoire* se montre presque toujours intacte, quand du moins il est possible de fixer l'attention des malades et de les décider à répondre. Seulement, dans les cas de la plus forte excitation avec confusion d'idées, il reste parfois de l'amnésie.

L'état *cœnesthétique* peut présenter toutes les nuances : la gaieté folâtre et exubérante, comme les malades représentés par les figures 86 et 87 ; l'« humour » imperturbable, comme l'homme de la figure 85 ; la bonhomie réfléchie,



Fig. 85. — Folie intermittente. — Excitation avec expression joviale et dégagée.

l'humeur sérieuse, tranquille et mesurée, la profonde tristesse, le désespoir le plus accusé. L'état *cœnesthétique* gai peut, dans la manie périodique, être si intense que les malades rient aux éclats au sujet de graves blessures qu'ils se font au cours de leurs accès

d'excitation. Dans d'autres cas, l'humeur excitée se traduit par des tendances agressives : les malades sont irrités, querelleurs, enclins à des explosions de colère. L'état *cœnesthétique* triste de la phase dépressive peut aller jusqu'à un accablement avec découragement et idées de suicide. L'humeur triste a plus rarement pour objectif un but déterminé ou une idée délirante : les malades sont plutôt presque toujours dégoûtés de tout ce qu'ils rencontrent sur leur chemin, et ne se trouvent relativement heureux que quand ils sont au repos complet.

L'*excitation psychomotrice* a principalement un caractère réflexe et se rattache étroitement au fond d'idées du moment. A l'opposé des déments juvéniles, qui exécutent des mouvements sans objet, le maniaque intermittent a toujours, dans l'expression motrice de son agitation, un but déterminé. Ce sont des actes qu'il accomplit, et ce ne sont

pas seulement des décharges purement motrices auxquelles il se livre automatiquement. Dans la forme la plus légère de cette excitation psychomotrice, le *besoin impulsif de parler* se trouve au premier plan ; plus l'agitation augmente, plus le *besoin d'occupation* devient intense. Les malades font toutes sortes de mauvais tours : ils veulent

ôter au médecin le mouchoir de sa poche, ou les lunettes de dessus son nez ; ils taquinent le personnel de l'établissement, ils dansent et chantent ; beaucoup se drapent d'une manière pittoresque avec toutes sortes de chiffons ; une fille de la campagne se costumait en Iphigénie (Voy. fig. 88). Très souvent, ils se parent de fleurs et de rameaux, se fabriquent des bagues avec toutes sortes de matériaux. Les tentatives d'évasion ne sont pas rares. Dans un état d'excitation violente, ils courent çà et là, comme des bêtes fauves, se déshabillent, s'arrachent les cheveux, invectivent ou menacent les personnes de leur entourage, se



Fig. 86. — Folie intermittente. — Excitation maniaque, avec rire exubérant.

jettent à terre avec leur literie, détruisent beaucoup d'objets. Une vieille femme, représentée par la figure 89, agitée au point de pouvoir à peine parler d'une façon intelligible, essayait toutes les nuits de reculer les lits des autres malades et se tordait de rire quand cette gaminerie réveillait ses compagnes. L'excitation des malades s'accroît extraordinairement chaque fois qu'il se passe quelque chose de nouveau autour d'eux. Une personne qui fait son entrée dans la salle est saluée par eux d'une façon bruyante ; une visite quelconque produit une surexcitation ; une contra-

diction peut provoquer un nouveau débordement de paroles ou d'actes violents. Toutes les expressions, tous les actes des malades, si fugitifs et si rudimentaires qu'ils soient, portent pourtant le cachet d'une certaine recherche,



Fig. 87. — Folie intermittente. — Excitation maniaque, vive gaieté; la malade frappe dans les mains pour applaudir.

d'un certain goût. La figure 90, par exemple, représente un modèle de tapisserie qu'une aliénée intermittente a exécuté pendant un de ses accès d'excitation. Le maniaque intermittent représenté par la figure 91 a fabriqué, pendant un de ses accès, une poupée avec le linge de son lit.

Les paroles prononcées par ces malades ont, dans la forme la plus légère de l'excitation, un caractère raison-

neur. Le sujet cherche, par un flux de mots et par des phrases plus ou moins subtiles, à ce qu'on lui donne toujours raison. Ensuite se produit un bavardage sans fin, avec des idées émises sans ordre, sans cohésion logique, une véritable *logorrhée*, mais qui pourtant est en rapport avec le sentiment de gaieté du moment. Le débit est plein de fanfaronnades, de termes étrangers, d'intermèdes chantés, de jeux de mots. Les maniaques intermittents représentés par les figures 92 et 93 en sont des exemples.

Les écrits des maniaques intermittents montrent la même volubilité: la forme de l'écriture change, les traits des lettres deviennent, au cours de l'écriture, plus épais et plus saccadés; les malades aiment à souligner souvent, à se servir d'encre de couleur différente.

La phase de *dépression* se caractérise, au contraire, par un arrêt psychomoteur, une difficulté de plus en plus grande à se décider, à agir volontairement, à exécuter tout mouvement, ce qui se révèle extérieurement par le ralentissement de tous les modes d'expression de la pensée et de la volonté. Dans les cas légers, les malades sont tranquilles et ne manifestent leur tristesse que lorsqu'on essaie de les changer de place, comme c'était le cas de la mélancolique



Fig. 88. — Folie intermittente. — Excitation maniaque modérée. La malade s'est costumée en Iphigénie.



Fig. 89. — Folie intermittente. — Excitation maniaque avec accès de rire effréné.

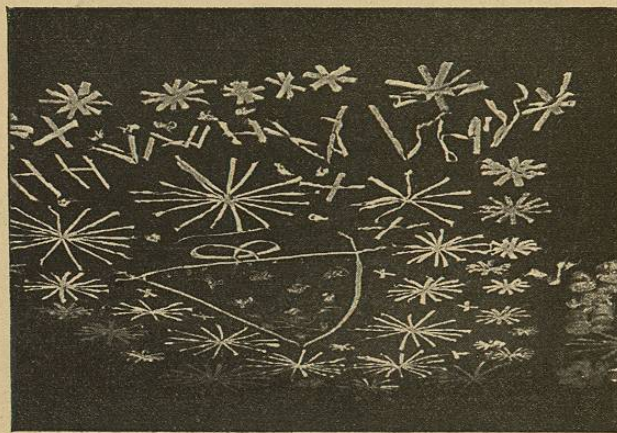


Fig. 90. — Modèle de tapisserie exécuté par une maniaque intermittente, avec des chiffons arrachés à sa literie.

intermittente représentée par la figure 94. Dans un cas d'arrêt psychomoteur plus accusé, les malades parlent peu et à voix basse; ils donnent la main lentement, montrent la langue avec circonspection. Chez ces malades, ce n'est pas seulement l'impulsion initiale du mouvement qui est retardée, comme cela arrive chez le catatonique avec stu-

peur; mais chaque phase d'un mouvement est exécutée chez eux avec une extrême lenteur. Quelques autres malades aiment à garder le lit; ils se soucient peu de leur entourage; on doit veiller à la façon dont ils accomplissent certains actes les plus élémentaires, comme de manger, d'être propre. Au plus fort degré de la dépression, le sujet peut tomber dans une stupeur très intense; il reste alors couché, complètement immobile; on est obligé de lui introduire dans la bouche sa nourriture; quelquefois, il urine sous lui; ses extrémités deviennent froides et cyanosées.

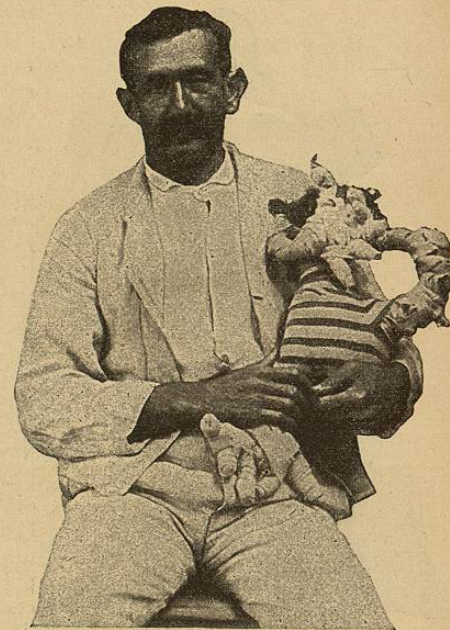


Fig. 91. — Folie intermittente. — Pendant son accès maniaque, le malade s'est fabriqué une poupée avec le linge de son lit.

Pour l'examen exact de la psychomotilité des intermittents, Kraepelin a construit une *balance d'écriture*. Chaque pression de l'écriture, ainsi que le montre la figure 95, est transmise au moyen d'un levier sensible sur le tambour tournant d'un kymographe (kymographio-dynamomètre), de manière que la hauteur, l'oscillation et l'augmentation de la pression, la rapidité de l'écriture et les pauses puissent être exactement indiquées par une courbe.

Les malades en stupeur examinés à l'aide de cette balance d'écriture (Voy. fig. 95) présentent une pression très

faible, une difficulté à avancer, une diminution de rapidité, des pauses beaucoup plus longues, une difficulté à passer d'un mouvement à l'autre. Dans la phase maniaque, nous trouvons, au contraire (Voy. fig. 95), une haute pression, qui augmente encore au fur et à mesure que l'écriture



Fig. 92. — Folie intermittente. — Excitation maniaque avec chant.

Il arrive que les malades de cet ordre ne dorment pas pendant des semaines et des mois, tandis que, dans des formes tout à fait légères d'excitation, le sommeil se produit souvent de bonne heure, mais ne dure guère longtemps. Les déprimés, au contraire, éprouvent continuellement le besoin du repos, quoique souvent ils restent, le soir, longtemps couchés sans dormir, ou

avance, une augmentation croissante des traits et une rapidité de plus en plus grande d'écriture. Dans certains cas, chez les déprimés, le kymographe ne révèle aucune déviation, bien que, dans les mouvements importants ou dans l'hésitation du sujet, il y ait lieu encore de constater un arrêt. La *démarche* est très différente dans la phase mélancolique et la phase d'excitation : dans la première, les pas sont petits et rapprochés (fig. 96) ; dans l'autre, rapides et grands (fig. 97).

La *fatigue* du maniaque intermittent est diminuée en raison de son excitation.

bien ils se réveillent parfois de trop bonne heure.

Les *expressions du visage*, dans la folie intermittente, correspondent à tous les degrés intermédiaires entre la bonne humeur, la gaieté, le rire cordial, jusqu'à l'exubérance et au rire le plus effréné, ou jusqu'à la colère et l'irritation la plus violente.

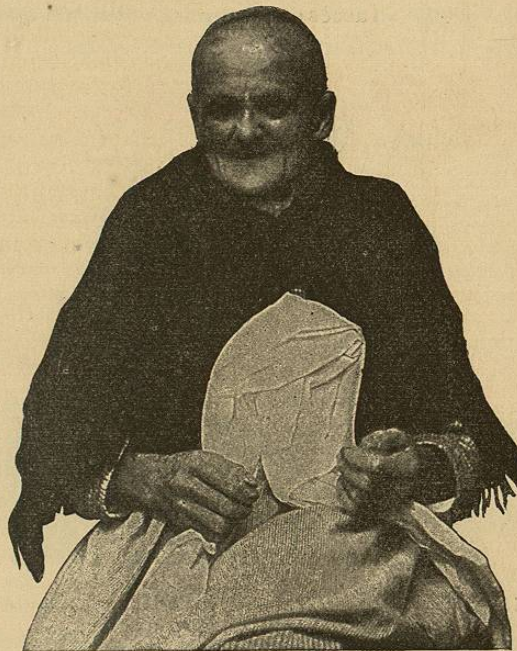


Fig. 93. — Folie intermittente. — Excitation maniaque avec rire et expression satisfaite.

Dans la dépression, la physionomie est grave, sombre, immobile, plus rarement inquiète. La physionomie du maniaque est extrêmement mobile et changeante, tandis que celle du déprimé est à peine altérée. Mais, en somme, les traits du visage sont tels qu'on les trouverait chez un individu normal, dont le visage correspondrait à une émotion correspondante : gaie ou triste.

Le poids du corps, ainsi que le montre le graphique représenté par la figure 98, baisse d'une façon tout à fait surprenante dans la période d'excitation, parfois de 50 p. 100, tandis que, dans la phase dépressive, il augmente. On a vu un malade perdre, en un jour d'excitation, 8 livres de son poids. Assez souvent le sujet présente de la constipation et des vomissements. Un malade vomissait habituellement à la fin d'un accès d'agitation. L'appétit du maniaque



Fig. 94. — Folie intermittente. — Accès de dépression mélancolique avec arrêt psychomoteur peu accusé.

est souvent très grand, tandis que chez le déprimé il faut parfois avoir recours à l'alimentation artificielle.

Le pouls s'élève, dans la manie, souvent à plus de 100 pulsations par minute, tandis que sa fréquence diminue dans la dépression et tombe quelquefois au-dessous de 50. La pression sanguine est abaissée dans la manie et tombe à 100, même à 60 millimètres de mercure; dans la dépression, elle s'élève à 130, même à 178 millimètres de mercure contre 110 ou 120 de l'état normal. Le sphygmomètre accuse dans la manie une élévation rapide et des

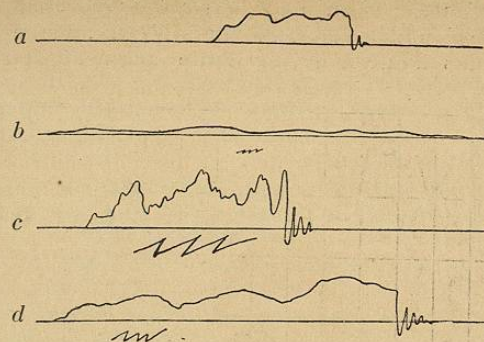


Fig. 95. — Courbes de la balance d'écriture; moitié de la grandeur naturelle (d'après Gross) (1). — a, courbe normale dans l'écriture de la lettre m; b, courbe de la lettre m, dans l'écriture d'un malade en stupeur: pression lente et moins accusée; c, la courbe de la lettre m dans l'écriture du maniaque: pression forte, augmentation de l'excitabilité; d, la courbe de la lettre m du maniaque passant à l'état de stupeur: excitabilité augmentant lentement.



Fig. 96. — Traces des pas dans la folie intermittente (phase dépressive avec stupeur): les pas sont petits et très rapprochés.



Fig. 97. — Traces des pas dans la phase maniaque de la folie intermittente: les pas sont rapides et grands. (Ces deux tracés sont empruntés à Kaplan et Mönckemöller, *Neur. Centralbl.*, 1900.)

(1) Kraepelin, *Psychologie*, t. II.