

exprimer leurs souffrances de créer des néologismes souvent fort pitteresques.

Mais toutes ces tortures ne sont pas supportées avec une résignation passive. L'aliéné se défend au contraire, combine et met en œuvre avec patience et ténacité mille moyens de sauvegarde. Il vérifie soigneusement ses aliments, les fait analyser par un chimiste, change à tous moments de fournisseur, se barricade chez lui, porte des vêtements spéciaux destinés à le garantir contre les jets d'électricité; il réclame le secours de la police. Ce n'est en général que beaucoup plus tard, après une longue défense, qu'il passe à l'offensive et il devient alors extrêmement dangereux parce que cette offensive est préparée et exécutée avec sang-froid, intelligence et énergie<sup>1</sup>.

L'aliéné ne sait d'abord à qui attribuer les persécutions qu'il subit, ni même définir exactement la nature

m'insultant, une autre fois me recevant avec des alternatives de mieux et de pire... Cet homme me contait des choses odieuses, et prenant le nom des autres ouvriers que je reconnaissais sur les chantiers me causait mille tortures, au point que j'en étais devenu idiot, ne pouvant plus trouver de travail nulle part, n'osant même pas me montrer.

...D'après l'ascendant qu'il a pris sur moi, cet homme m'a offert, toujours me parlant par les sens, de faire l'indicateur dans ses chantiers, pour lui faire voir tout ce que les ouvriers faisaient, car cet homme voyait tout ce que je voyais, entendait tout ce que j'entendais, savait tout ce que je pensais, en un mot, était un autre moi-même.

...A l'heure où j'écris ces lignes, cet homme qui connaît ma pensée est là qui me taquine: « Fais ceci, fais cela; mets ceci, mets cela », ne me laissant ni trêve ni repos; à mesure que ma main écrit un mot, cet homme le dit; dès que je formule une pensée, cet homme le sait... Dans les premiers temps qu'il me tenait, tout le monde entendait ces voix qui me poursuivent sans relâche; mais plus tard les sons étant affaiblis je ne l'entendais que seul: cet homme ayant fait courir le bruit que c'était moi qui parlais de la sorte, et beaucoup de monde le croyait, car étant maître de mes sens les paroles me sortaient forcément de la gorge. Dire ce que j'ai enduré est affreux; il y avait des instants où j'avais envie de me suicider car je ne pouvais plus y tenir tant j'étais malheureux. Voilà où la destinée a poussé cet homme fatal à faire de moi un martyr... En cas d'accident, prière à celui dans les mains de qui tombera ce papier de le remettre à la gendarmerie. »

1. Voir le rapport à la fin du livre.

de celles-ci. Il y a de ces malades qui se trouvent empoisonnés, électrisés, magnétisés, hypnotisés, suggestionnés, téléphonés, inoculés; d'autres sont simplement mouchardés par celui qui leur prend leurs pensées, entre dans leur cerveau, etc. Les persécuteurs sont d'abord indéterminés; c'est « on », « ils », les « invisibles »; puis ils se précisent davantage; c'est une corporation, un parti politique, etc., « les médecins », les « jésuites », les « francs-maçons ». Enfin c'est une personne déterminée, et dès lors cette personne a, souvent sans s'en douter, un ennemi terrible aux coups duquel elle échappera difficilement. Parfois elle sera prévenue longtemps à l'avance par les reproches de l'aliéné ou par son attitude singulière; plus rarement celui-ci frappe immédiatement un inconnu qu'une hallucination auditive vient de lui faire prendre brusquement pour un de ses persécuteurs.

Nous avons dit que ce délire persistait très longtemps, parfois 20 ou 30 ans. D'après M. Magnan<sup>1</sup>, il finit toujours, après cette longue durée, par se transformer en délire des grandeurs, et finalement en démence, période qui serait rarement observée parce que le sujet succombe souvent par le fait de l'âge ou d'une affection quelconque avant que la maladie ait achevé son évolution.

### § III. — Épileptiques.

Les épileptiques sont pris parfois, immédiatement avant ou après l'attaque, d'impulsions inconscientes et irrésistibles qui seront étudiées dans un chapitre spécial.

Outre les impulsions proprement dites, l'épilepsie produit parfois aussi un délire plus ou moins prolongé, au cours duquel des actes délictueux ou criminels sont fréquemment commis.

On peut dire que ce délire est caractérisé surtout, comme d'ailleurs l'impulsion épileptique, par la disparition momentanée de la conscience. Par ce mot de conscience, il faut entendre la phase terminale des opéra-

1. Magnan et Sérieux, *Délire chronique*. Encyclopédie des Aide-mémoire. Paris, 1892, Masson.

tions intellectuelles, celle qui coordonne et synthétise les sensations, les idées, les incorpore *au moi* en les rattachant aux sensations et aux idées antérieurement acquises. Quand cette phase terminale manque, le fonctionnement intellectuel n'est pas supprimé ; mais il est réduit à un automatisme<sup>1</sup>, pendant lequel les idées, les sensations, les images se groupent entre elles, en éveillent d'autres, suscitent des actes, en vertu seulement d'associations aveugles, sans que la personnalité participe à tout ce mécanisme, sans qu'elle en ait même eu la notion, et que par conséquent elle puisse en conserver le souvenir. Aussi le caractère le plus constant du délire épileptique est-il d'être complètement oublié du malade, de ne lui laisser aucun souvenir.

Ce délire survient avant ou plus souvent immédiatement après l'attaque, que celle-ci soit constituée par un grand accès convulsif, par un accès incomplet, un vertige ou une absence. Le vertige et l'absence peuvent être très courts, très difficiles à apprécier, passer inaperçus, de sorte que le délire paraît indépendant de toute attaque, et peut-être l'est-il quelquefois réellement. Il survient brusquement, et se termine de même, caractères importants au point de vue du diagnostic. Sa durée est comprise entre quelques minutes et une quinzaine de jours. Sa forme est très différente d'un sujet à l'autre ; mais chez un même individu elle est souvent invariable, les divers accès délirants se reproduisent comme s'ils étaient copiés les uns sur les autres. Tantôt le délire est général ; il représente un accès de délire aigu, pendant lequel le malade déraisonne sur tout, est agité, violent, se livre aux actes les plus extravagants, ou bien il est constitué par un accès de mélancolie (voir plus loin ce mot) ; tantôt le délire est d'emblée ou devient partiel.

1. Ce phénomène de l'automatisme dont le rôle est extrêmement important en pathologie mentale, est loin d'appartenir exclusivement à l'épilepsie. Ce sujet est étudié d'une façon très complète dans le livre de M. Pierre Janet : *L'automatisme psychologique*. Paris, F. Alcan, 1889.

consiste en des idées plus ou moins nettement systématisées de grandeur, d'ambition, de mysticisme, d'obscénité, pousse le malade aux querelles, aux violences<sup>1</sup>, etc. Tous ces délires sont fréquemment accompagnés d'hallucinations, en général terrifiantes ou pénibles.

Une forme intéressante est celle où le délire paraît à peine mériter ce nom, car il est constitué seulement par l'inconscience des actes, qui ne portent pas toujours, au moins d'une manière très apparente, le cachet de l'insanité. Ici l'automatisme acquiert son maximum de perfection. En pareil cas, le malade est ordinairement poussé à quitter son domicile pour errer à l'aventure. Il fait des *fugues*, et revenu chez lui n'a plus aucun souvenir de ce qui s'est passé pendant cette période. Parfois cet *automatisme ambulatoire* est très prolongé et très compliqué. Le malade fait un long voyage, et un jour il se retrouve avec

1. Nous empruntons à M. Magnan (*Leçons sur l'épilepsie, Progrès médical*, 1882), le cas suivant qui peut être donné comme un exemple typique de délire épileptique.

Dans la nuit du 26 juillet, un grand bruit, des cris, des chants se font entendre dans une soupenne occupée par deux jeunes gens employés dans une crèmerie ; une bonne qui couchait à côté s'empresse d'accourir, et à travers la porte, elle voit l'un des garçons, Auguste P., âgé de 17 ans, armé d'un pilon, frapper à coups redoublés sur la tête de son camarade, qui expirait en quelques minutes. Elle veut avancer ; mais, menacée à son tour, elle s'enfuit en appelant au secours. On arrive et l'on trouve le meurtrier en chemise, déclamant, gesticulant à côté de sa victime : on s'empare de lui, il continue à psalmodier, à répéter des chants d'église. Il entre à Sainte-Anne le surlendemain et reste dix jours dans un état maniaque : loquace, incohérent, chantant, sifflant, déclamant d'un ton sentencieux, comme au sermon : *Misericordia regnus Deus Salvator meus et dignos meos*. Il resta ainsi très excité jour et nuit sans prendre aucun sommeil pendant 120 heures. — L'accès disparut assez brusquement au bout de deux semaines et fut remplacé par de la lassitude. P. demandait le motif de sa présence à l'Asile où il se croyait depuis la veille seulement, il ne voulait pas croire qu'il avait tué son camarade pour lequel il avait une grande affection et auquel il avait été souvent utile. Il a gardé le souvenir de tout ce qu'il a fait dans la journée du 26 juillet jusqu'au moment du dîner ; à partir de ce moment ses souvenirs sont confus, et il ne donne que des renseignements vagues sur ce qu'il a mangé à ce repas. A partir de ce moment, c'est l'oubli le plus complet et l'inconscience la plus absolue.

étonnement dans une ville complètement inconnue, dont il ignore le nom, ayant dépensé, il ne sait comment, une partie de l'argent dont il était muni, et ne se rappelant pas un seul des incidents des jours ou des semaines qui viennent de s'écouler. Pendant ce temps sa conduite est restée quelquefois à peu près correcte; parfois aussi il a accompli une série d'actes étranges, bizarres, délictueux ou criminels. Un malade de Legrand du Saulle, jeune homme intelligent, d'un rang social élevé, de goûts aristocratiques et d'habitudes mondaines, se retrouve, après ces périodes d'automatisme, très loin de chez lui, en chemin de fer ou en prison, harassé de fatigue, couvert de poussière et de boue, ayant dans ses poches une foule d'objets hétéroclites dérobés par lui sans qu'il ait aucun souvenir de ce qui s'est passé. — Un épileptique (Michot), chez lequel la maladie avait revêtu successivement ses trois aspects principaux: vertiges, accès incomplets, grandes attaques convulsives, est pris, après un grand accès, d'un de ces besoins de locomotion inconsciente au cours de laquelle il tue successivement sept personnes qu'il rencontre sur son chemin.

Le délire ou la folie épileptique dont il vient d'être question ici se rattache par des transitions graduelles d'une part aux impulsions qui n'en sont en somme qu'une variété, et d'autre part aux modifications de l'état mental qui précèdent souvent l'attaque, sans constituer un véritable délire. Nous reviendrons dans un autre chapitre sur ce dernier point, ainsi que sur les altérations que l'épilepsie imprime parfois d'une manière permanente aux facultés intellectuelles et morales du malade. Mais nous indiquons de suite la question du diagnostic.

**Diagnostic médico-légal.** — Il s'agit d'abord de reconnaître l'existence de l'épilepsie. C'est là une tâche en général facile quand on est en présence d'un malade à grandes attaques convulsives; ces attaques sont souvent de notoriété publique; elles se produisent quelquefois pendant le séjour dans la prison, même en présence du médecin<sup>1</sup>.

1. L'attaque d'épilepsie peut être simulée. Nous croyons utile de rappor-

D'ailleurs le prévenu donne quelquefois sur sa maladie des détails tellement précis et tellement caractéristiques, qu'on ne peut guère suspecter sa bonne foi; on l'amène, en conduisant adroitement l'interrogatoire, à mentionner de lui-même l'inconscience de ce qui se passe pendant l'accès, les phénomènes qui précèdent celui-ci, le sommeil qui le suit, etc.; une description exacte de tous points ne laisse de doutes que si l'inculpé est dans des conditions d'intelligence et d'instruction assez exceptionnelles. Enfin, l'existence de cicatrices sur la langue, de traces sur les diverses parties du corps, de blessures produites par des chutes, fournissent des indices importants.

L'épilepsie à forme moins franche peut être ignorée de celui qui en est atteint et se révéler alors par des symp-

ler les caractères de la grande attaque véritable. Au début le malade pâlit subitement, pousse un cri, et tombe en avant ou en arrière. Puis commencent les convulsions toniques; tout le corps est raide, les dents fortement serrées, les globes oculaires renversés en haut, les pupilles immobiles et dilatées. La main est fermée, le pouce sous les autres doigts; on parvient à redresser le pouce, et alors celui-ci reste dans sa nouvelle position. La téτανisation des muscles du thorax amène une forte congestion de la face. Puis surviennent les convulsions cloniques, agitant d'abord les muscles de la face, puis tout le corps, mais en général avec prédominance sur un côté. Pendant tout ce temps, la sensibilité est complètement abolie, et la perte de connaissance est complète. Enfin l'attaque se termine ordinairement par un sommeil profond avec ronflement stertoreux.

M. Voisin<sup>1</sup>, puis M. Boisseau ont décrit les modifications sphygmographiques du pouls pendant l'accès. « Quand l'attaque est commencée, on voit cinq ou six petites ondulations successives et disposées suivant une ligne ascendante, puis une série de courbes peu élevées. Ces courbes se prononcent davantage, présentent une convexité supérieure très accusée, donnant presque l'idée d'une moitié de sphère; puis au bout de quelques minutes, les lignes s'élèvent presque perpendiculairement à une hauteur trois ou quatre fois plus grande qu'avant l'attaque. Elles présentent au sommet un angle plus ou moins aigu, puis redescendent en présentant les caractères les plus accusés du dicrotisme. La durée de cette forme du pouls varie d'une demi-heure à une heure et demie, elle a même quelquefois duré six heures après l'attaque. » (Legrand du Saulle.)

<sup>1</sup> Auguste Voisin, De l'épilepsie simulée et de son diagnostic par les caractères sphygmographiques du pouls (*Annales d'hyg. publ. et de méd. lég.*, 2<sup>e</sup> série, 1868, t. XXIX).

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 reparaissent 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'affaïsser 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 hypéresthésies; 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 zéziement, 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