



DOCUMENTS DE CRIMINOLOGIE  
ET DE MÉDECINE LÉGALE

---

DES  
IMPULSIONS MORBIDES

A LA DÉAMBULATION  
AU POINT DE VUE MÉDICO-LÉGAL

PAR

le D<sup>r</sup> P. DENOMMÉ

EDITEURS

A. STORCK  
LYON.

| G. MASSON  
PARIS

F15E16

DOCUMENTS DE CRIMINOLOGIE  
ET DE MÉDECINE LÉGALE



DES  
**IMPULSIONS MORBIDES**

A LA DÉAMBULATION

AU POINT DE VUE MÉDICO-LÉGAL

PAR

le D<sup>r</sup> P. DENOMMÉ

EDITEURS

A. STORCK  
LYON

G. MASSON  
PARIS

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES PARENTS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

*M. le Professeur LACASSAGNE*

A MES AMIS

A MES MAITRES

A MES CAMARADES

DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

## INTRODUCTION

---

Séduit par la perspective de considérations nouvelles nous avons accepté avec reconnaissance de M. le professeur Lacassagne le sujet qui fait l'objet de notre thèse. Les faits que nous relatons, consacrés par de hautes personnalités du monde médical, sont actuellement scientifiques, et si leur singularité étonne au premier abord, leur multiplicité et leur importance médico-légale expliquent les recherches nombreuses auxquelles ils ont donné lieu.

Les traités de médecine légale les plus récents signalent bien l'altération particulière que nous décrivons, mais la question est à peine effleurée. Dans les divers traités de médecine pure ou de clinique des observations sont publiées, des discussions soulevées, la question est là à l'ordre du jour. Notre but a été de rechercher les impulsions à la déambulation, de les classer, de montrer

leur fréquence et leur importance médico-légale. Nous avons peu apporté d'observations nouvelles, mais le nombre de celles qui ont été publiées suffirait à lui seul amplement pour les conclusions qui en découlent. C'est aux cliniciens que revient l'honneur d'avoir décrit pour la première fois les fugues ambulatoires. L'état morbide connu tout d'abord sur le nom d'*automatisme comitial ambulatoire* fut recherché et successivement trouvé dans les principales névroses. Avec les observations nouvelles des théories se firent jour, des différenciations s'établirent. A côté de l'automatisme comitial ambulatoire créé par Charcot surgit bientôt le *Déterminisme ambulatoire*, créé par de Duponchel.

Etudier ces différentes modalités et en tirer des conclusions médico-légales tel a été notre but.

Au point de vue particulier où nous nous plaçons le nom d'*Impulsion morbide à la déambulation* créé par Duponchel nous a semblé être le plus général et le plus en rapport avec chacun des cas, l'impulsion étant la caractéristique qui permet de rapprocher les divers états pathologiques qui nous intéressent.

Dans un premier chapitre, nous nous sommes occupés de l'activité motrice et de l'automatisme en général. Nous avons signalé les rapports qui pouvaient exister entre les impulsions à la déambulation et les états décrits sous le nom de : *petit automatisme; amnésies traumatiques; automatisme vrai; somnambulisme naturel, provoqué ou pathologique*. Et nous avons terminé par un court historique.

Dans un deuxième chapitre, nous avons montré la nature des impulsions morbides à la déambulation; leur

fréquence dans l'épilepsie, l'hystérie, la *neurasthénie*, dans la *vésanie*, les *intoxications*, les *traumatismes* avec observations à l'appui.

Dans un troisième chapitre, nous avons montré les conséquences pour le sujet et la société de l'impulsion à la déambulation. Pour le sujet au point de vue des actes présents et de l'état intellectuel ultérieur; pour la société au point de vue des actes ou délits pouvant entraîner des jugements de la part de l'autorité civile ou militaire. Désertion, vagabondage.

Dans un quatrième chapitre, nous avons cherché à déterminer le rôle de l'activité volontaire : *ce que devenaient la volonté et la personnalité*. Nous avons ensuite abordé la question de la *responsabilité* de la fuite et des actes commis pendant sa durée.

Nous avons enfin proposé un examen particulier des sujets dans tous les cas de fuite, désertion, vagabondage, qui donnent lieu à une expertise médico-légale.

L'importance presque exclusive de cette question, au point de vue de la juridiction militaire, explique surtout l'intérêt que nous avons pris à développer un sujet un peu en dehors du cadre ordinaire des thèses. Notre jeune expérience n'a pas toujours été à la hauteur de notre tâche, mais nous espérons qu'il nous sera tenu compte de nos efforts.

Que notre maître, M. le professeur Lacassagne, veuille bien nous permettre, avant de commencer ce travail qu'il nous a inspiré, de le remercier pour ses conseils éclairés qui nous ont permis de le mener à bonne fin. Ce sera toujours pour nous un doux souvenir et un grand honneur d'avoir appris à aimer par son enseignement la médecine

légale. Nous avons trouvé auprès de notre maître la méthode qui nous a guidé et la sympathie qui nous a soutenu.

Arrivé au terme de nos études médicales c'est pour nous un devoir bien doux de remercier tous nos maîtres de la Faculté de Lyon, dont les leçons ont contribué à notre instruction médicale.

Que nos maîtres de l'Ecole du service de santé militaire reçoivent ici l'expression de toute notre reconnaissance pour les conseils qu'ils nous ont prodigué pendant nos années d'école.

## CHAPITRE PREMIER

---

### De l'activité motrice et de l'automatisme en général

*Petit automatisme. — Amnésies rétrogrades  
Somnambulisme. — Historique de la question*

Le terme de déambulation que nous employons mérite tout d'abord une explication. Créé, pour le besoin de la cause, par Duponchel il réunit pour lui toutes les impulsions à la marche, à la fuite; il implique l'idée d'une locomotion pathologique, différente de l'activité motrice normale. La marche n'est sans doute à une certaine période de son accomplissement qu'un acte purement réflexe dont la répétition s'opère au contact du pied avec le sol. L'exécution est automatique mais la volonté a commandé le premier pas et l'acte continue machinalement.

La déambulation est un acte automatique dès sa naissance, elle est purement mécanique et sans conscience; elle a pour point de départ une impulsion morbide incons-

ciente. De plus, pendant toute sa durée l'individu ayant en quelque sorte perdu la notion du monde extérieur ne semble ni voir ni entendre, il n'est ni endormi, ni éveillé, il n'est qu'une pure machine. Rechercher ces cas où des individus, sous l'empire d'une impulsion irrésistible, tout à coup partent, accomplissent des courses, des voyages et se retrouvent plusieurs heures, plusieurs jours même après le début de la crise, sur une route, dans un bois ou une ville inconnue, tel est notre but. N'est-ce pas là, comme le disait le professeur Charcot, une altération de l'activité motrice bien digne d'attirer l'attention et de fixer le jugement.

La déambulation est donc une marche pathologique née sous l'influence d'une impulsion morbide et caractérisée pendant toute sa durée par un automatisme véritable. Il nous semble nécessaire avant d'aborder sa description complète de chercher dans des états presque analogues l'explication de cette anomalie. De plus pour éviter toute confusion nous établirons le plus nettement possible la distinction entre les différentes formes d'automatisme décrites jusqu'à ce jour.

Avant d'arriver à l'automatisme pathologique que nous décrirons, il est possible d'établir des différences essentielles qui montrent sous combien d'aspects variés se manifeste l'activité motrice des individus. De même que nous ne sentons pas tous également, de même nous n'éprouvons pas tous le même besoin de mouvement. L'activité motrice a, comme l'activité intellectuelle, ses génies et ses fous et, considérés individuellement, nous offrons sous ce rapport des contrastes frappants. Des études récentes sur les émigrations ont montré la prédominance de ce besoin de mou-

vement chez certains individus, chez certaines races même. On a distingué à ce propos ce que l'on a appelé les *Névropathes voyageurs*, attribuant à l'influence héréditaire les brusques départs, les lointains voyages entrepris tout à coup sans raison plausible, ou sous le couvert de prétextes irraisonnés. Et ce besoin de la marche, cet amour des voyages a déjà une cause définie, c'est en quelque sorte un premier échelon qui nous permettra d'arriver à l'altération morbide que nous voulons décrire. L'étude de M. Megge sur la race juive et le Juif errant en particulier fait ressortir en effet chez ces ambulants une certaine asthénie psychique et une tendance fâcheuse aux impulsions. Déjà par l'examen de ces sujets nous pressentons la déambulation et nous voyons en quelque sorte l'impulsion à l'état latent. Mais l'individu tout en se sentant entraîné vers des lieux toujours nouveaux en a conscience et il lui est possible de résister à cette tendance.

D'autre part ne voyons-nous pas des déments, des fous pris d'un besoin invincible de marcher, de courir. J'ai connu un paralytique général qui, dans le cours de sa maladie, à plusieurs reprises, partit pendant plusieurs heures faisant 40 à 50 kilomètres, heureux de se sentir mouvoir et marcher. Que dirons-nous aussi de ces malades qui arpentent fiévreusement pendant des journées entières la chambre ou le jardin où ils sont enfermés? Le besoin de mouvement est exagéré et il se traduit par une marche en quelque sorte irrésistible. Si nous parlons de ces cas c'est uniquement pour montrer que la déambulation pathologique telle que nous la décrivons n'est en somme que l'altération de certains actes normaux dont l'exagération chez certains individus peut même donner le change.

Abordons maintenant la question de l'automatisme. Nous avons vu ce qu'était l'automatisme normal, physiologique, il faudra déterminer la véritable nature de l'automatisme pathologique consécutif aux impulsions à la déambulation. Mais auparavant nous allons, en une rapide revue, considérer les divers états automatiques dans lesquels la marche peut être rencontrée sans que pour cela l'impulsion à la déambulation existe. Cet exposé est indispensable pour écarter tout équivoque et pour comprendre clairement la nature intime de l'état morbide. Nous distinguerons avec le professeur Charcot comme pouvant simuler le véritable automatisme ambulateur : 1° le petit automatisme, 2° les amnésies traumatiques, 3° le somnambulisme naturel, provoqué ou pathologique. Nous pourrions alors facilement comparer ces états avec l'automatisme ambulateur que nous trouverons chez les épileptiques, les hystériques, etc

Par *petit automatisme* il faut comprendre cet état particulier dans lequel nous nous trouvons au cours d'une journée. Quel est celui de nous qui chaque jour n'accomplit pas en effet machinalement un acte quelconque sans en avoir conscience ?

Charcot cite le cas de St... M... qui composait ses ouvrages en arpentant machinalement le square de F... Mais pour chacun de nous on peut citer des exemples semblables et l'automatisme de la marche créé par l'habitude est un fait évident. L'individu ayant l'idée de se rendre en un point déterminé et connaissant sa route se met en marche et est tout étonné de se trouver au but qu'il s'était donné, ayant été occupé à tout autre chose pendant le trajet. « Je montai ainsi, nous dit Charcot, les

quatre étages d'une maison et ne m'arrêtai tout surpris qu'à la dernière marche. » Voilà le *petit automatisme*.

Dans les accidents en chemin de fer, dans les chutes sur la tête, les chocs en général, nous voyons se produire un automatisme singulier, sur lequel nous reviendrons du reste. Les cas de Rouillard, Kaempfen, Féré, Motet sont si caractéristiques qu'il n'y a aucun doute à avoir sur la nature de l'automatisme qu'ils signalent. Par l'effet d'un ébranlement nerveux, à la suite d'une chute de cheval ou de voiture, nous voyons des individus entrer dans un état singulier; après une perte de connaissance très courte ou même sans qu'ils aient perdu connaissance ils accomplissent des actes coordonnés, commandent, parlent, marchent, comme ils le feraient à l'état normal et pourtant ils n'agissent que par habitude. Brusquement ils reprennent conscience après un temps plus ou moins long, tout souvenir de ce qui s'est passé depuis leur chute ayant disparu.

Le cas le plus extraordinaire est celui de cette sage-femme qui, se rendant à un accouchement, tombe dans son escalier, perd connaissance, puis part chez sa malade, fait l'accouchement et revient chez elle où elle sort de cet état de sommeil pathologique. Des actes accomplis depuis sa chute, elle n'avait gardé aucun souvenir.

Dans la thèse de Guillemaud faite au laboratoire de médecine légale de Lyon nous trouvons cités plusieurs cas de ce genre aussi caractéristiques.

Une personne, par exemple, blessée dans un déraillement, voyage une journée entière pour regagner son domicile, prenant son billet, payant le cocher, allant à une autre gare, mais accomplissant tous ces actes d'une



façon en quelque sorte automatique, n'ayant aucune pensée. Tels sont les cas, que nous pourrions du reste multiplier, qui relèvent de ce qui a été appelé *l'automatisme intellectuel*.

Nous ne ferons que signaler l'automatisme pur et simple que l'on rencontre à chaque pas dans l'épilepsie. Les exemples abondent dans la littérature médicale; les recherches de Trousseau, Bourneville et Bricon, Féré en témoignent. L'épileptique peut accomplir des actes automatiques avant, pendant et après son attaque. C'est souvent un « phénomène de remplacement de l'attaque. » C'est ainsi que Trousseau explique le cas de ce juge qui pendant les audiences, se levait, allait uriner dans la salle du conseil et venait s'asseoir sans se souvenir de l'acte qu'il venait de commettre.

De même pour cet individu qui, avant ses crises, brusquement sortait de chez lui et se mettait à marcher jusqu'à ce qu'il tombât à terre en proie aux convulsions épileptiques. L'aura chez ces individus semble être essentiellement constitué par cette période subconsciente pendant laquelle ils accomplissent machinalement certains actes. Ce sont là, comme le dit Charcot, des cas d'automatisme tranquille, pondéré, peu actif si on peut parler ainsi.

Il est nécessaire aussi de distinguer les impulsions morbides à la déambulation des cas de marche ou de fuite, survenus pendant le cours d'un accès de *somnambulisme*. La marche dans le *somnambulisme naturel* est fréquente; on voit les malades quitter leur lit, s'habiller, sortir s'ils n'en sont empêchés, se promener sur les toits, traverser des rivières, etc... Les exemples de

faits de ce genre sont innombrables. Mais, outre qu'en général il est rare d'observer des périodes d'inconscience de longue durée, le grand caractère distinctif réside dans ce fait que l'acte singulier que l'on peut avoir à observer se passe d'une manière constante, non dans la période de veille, mais dans la période de sommeil. L'individu endormi se lève et c'est comme dans un rêve qu'il marche et accomplit les actes de la vie ordinaire.

Restent le *somnambulisme provoqué* et le *somnambulisme spontané pathologique*. Sous l'influence d'une suggestion un sujet peut accomplir des actes qui ressemblent à ceux de l'état de veille. Nul doute, comme le fait remarquer Tissié dans sa thèse inaugurale, que la suggestion ne puisse pas déterminer la marche, la fuite, et c'est là une expérience qui, tout en n'ayant pas été faite peut être considérée comme telle. Mais quoiqu'il en soit, nous signalons la remarque car elle nous servira à comprendre les cas d'impulsions à la déambulation consécutives chez les hystériques à une véritable suggestion intérieure, nous voulons parler des « *Captivés* ».

Nous retrouverons comme dans le *somnambulisme provoqué* l'oubli au réveil de tout ce qui s'est passé pendant l'acte accompli. Mais dans le *somnambulisme* l'imagination est exaltée, l'insensibilité extérieure est complète, l'appréciation du temps est possible, etc., signes qui font défaut dans les cas d'automatisme consécutifs aux impulsions à la déambulation. De plus, comme le fait remarquer Charcot, le *somnambulisme naturel* s'observe beaucoup plus fréquemment chez la femme que chez l'homme, beaucoup plus rarement chez l'adulte que chez les adolescents et les enfants, lois que nous verrons

renversées quand nous parlerons de l'automatisme ambulatorio vrai.

La distinction pourra être difficile à faire dans les cas d'automatisme ambulatorio survenant la nuit, qui du reste sont rares. Et encore l'erreur serait-elle peu importante si l'on admet avec Trousseau que tout accès nocturne doit faire conclure à l'épilepsie. Il y a une épilepsie nocturne pendant laquelle les sujets peuvent être atteints d'impulsion à la déambulation, dans ces cas seulement la confusion serait possible.

Que sont donc ces impulsions morbides? L'impulsion est, a-t-on dit, une force irrésistible qui pousse l'être à l'acte. Cette définition si brève résume tout ce que nous voudrions chercher à expliquer, elle explique la genèse de l'acte et toute autre explication serait superflue. Comme nous l'avons déjà dit, comme nous nous efforcerons de le prouver ce sont de véritables entités pathologiques déterminant instantanément la marche ou la fuite automatique et inconsciente. Que l'individu soit atteint d'automatisme comitial ambulatorio ou d'automatisme hystérique, il part inconscient, droit devant lui, obéissant à la force qui le pousse, sans pouvoir ni modérer ni arrêter le mouvement. Signalées par *Hippocrate*, nous ne les trouvons citées qu'en passant par les différents auteurs qui se sont occupés de l'épilepsie. *Legrand du Saulle* en donne plusieurs exemples dans son traité de médecine légale. *Charcot* prend un cas d'automatisme comitial ambulatorio comme sujet d'une de ses leçons du mardi et jetant le premier jalon pour le diagnostic de cette altération psychique il en fait un syndrome épileptique. Il constate l'instantanéité et l'inconscience de l'acte et explique son

affirmation par la réussite du traitement bromuré qui éloigne les accès, les fait même disparaître.

La thèse de *Tissié* de Bordeaux sur les aliénés voyageurs apporte une foule d'observations et de documents nouveaux complétés dans celle de *Gehin* parue dans le courant de cette année.

En Italie, sous l'inspiration de ces différents travaux la question mise à l'ordre du jour est développée et les professeurs *Borri*, *Funajoli*, *Simplici*, *Corrado Ferranini* apportent des explications nouvelles.

Nous croyons rendre aussi un hommage mérité au professeur *Jauchen* de Vienne qui, un des premiers, dans un article paru dans la *Wiener medizinische Wochenschrift* de 1887 relate la fréquence de l'impulsion à la déambulation dans ce qu'il nomme l'état épileptoïde et en fait ressortir le premier l'importance médico-légale au point de vue de la désertion. Nous n'oublierons pas non plus de signaler *Duponchel*, dont les efforts ont tendu à faire admettre cette forme spéciale d'impulsion et dont les observations raisonnées ont jeté un jour nouveau sur la question.

C'est nous basant sur l'autorité de ces maîtres incontestés, que nous avons entrepris l'histoire de ces fugues ambulatorio qui peuvent sembler singulières. Nous avons cru utile de contribuer pour une certaine part, à la vulgarisation de ces faits en les groupant dans un travail d'ensemble. Nous avons puisé à toutes les sources et notre travail résumera, nous l'espérons, l'état de la question telle qu'elle doit être posée actuellement.

Les différents auteurs qui l'ont traitée ont pris pour point de départ la leçon clinique de *Charcot*. Le terme

d'automatisme comitial ambulatoire fut généralement accepté. La détermination même de la cause et la définition stricte qui en résultait furent la conséquence d'une confusion qui se fit bientôt jour lorsque certains publièrent des observations où l'épilepsie ne pouvait nullement être considérée comme cause déterminante de l'état morbide. Jules Voisin, en particulier, présenta dans différentes séances de la *Société médicale psychologique* des malades ayant accompli des fugues ambulatoires instantanées, inconscientes et chez lesquels on retrouvait tous les signes caractéristiques de l'hystérie, sans pouvoir découvrir aucun symptôme d'épilepsie.

C'est à cette époque aussi que Duponchel étudiant ce que Tissié appelle les *Captivés* créa le déterminisme ambulatoire. Nous nous trouvons donc actuellement en présence de ces deux définitions, l'automatisme comitial ambulatoire et le déterminisme ambulatoire. C'est pour en montrer l'analogie que Tissié groupe tous les faits sous le terme général d'automatisme ambulatoire.

Mais comme nous l'avons vu par les exemples que nous avons donnés au début de ce chapitre, cette définition ne peut servir de caractéristique à l'état que nous décrivons. L'impulsion a pour nous une importance aussi grande que l'automatisme et c'est pourquoi nous lui avons donné le premier rang.

Mais il était nécessaire de le répéter pour qu'aucune confusion ne fût possible, l'impulsion à la déambulation se rencontrant aussi bien dans l'automatisme comitial ambulatoire que dans le déterminisme ambulatoire. Les impulsions morbides à la déambulation ont pour conséquence dans tous les cas que nous étudierons un automa-

tisme total et nous éliminons après description tous les cas d'automatisme partiel que nous avons signalés où la conscience subsiste comme le dit Frenkel dans sa thèse inaugurale, mais où des actes qui sont d'ordinaire conscients y échappent. L'automatisme total qui succède à l'impulsion morbide « ne se rencontrant jamais à l'état normal et étant toujours l'expression d'un trouble mental. » Les diverses variétés d'automatisme décrites au point de vue clinique, ou distinguées suivant leurs caractères psychologiques ne seront pas étudiées ici, notre but étant uniquement d'étudier les rapports de l'automatisme pathologique avec la déambulation.

Dans cette étude nous n'avons été guidés ni par une idée préconçue ni par une expérience personnelle, nous avons classé simplement les faits constatés et si quelquefois nous avons émis une hypothèse, plus souvent nous avons été le colporteur de l'opinion de maîtres autorisés.

---

## CHAPITRE DEUXIÈME

---

Fréquence des impulsions à la déambulation  
dans l'épilepsie, l'hystérie, la neurasthénie;  
dans les délires, la vésanie, les traumatismes.  
-- Observations.

### 1° EPILEPSIE

Le résumé des observations qui suivent, classées parmi les plus concluantes et les plus riches en aventures, suffira pour montrer combien les impulsions morbides à la déambulation sont fréquentes chez les épileptiques. Le relevé de toutes les observations publiées jusqu'à ce jour remplirait à lui seul un volume. Dès le début, il nous semble utile de citer une statistique établie en 1888 par le docteur Janchen, de Vienne. Ayant étudié particulièrement ce qu'il appelle « les états épileptoïdes » et parcourant les rapports du comité de santé militaire qui fonctionne depuis 1857 à Vienne, le docteur Janchen a acquis la certitude que plus d'une fois ce comité a eu

à donner son avis motivé sur des cas semblables à ceux que nous relatons. Il a relevé 176 affaires militaires, dans lesquelles 23 compliquées de désertion, où l'état épileptoïde était en corrélation manifeste et intime avec la faute. Dans tous ces cas, dit-il, on se trouve en présence d'un besoin périodique et invincible de quitter l'endroit où l'on se trouve, de gagner le large et de marcher à l'aventure. C'est là l'origine de la désertion. « Souvent ce besoin se manifestait seul, la plupart du temps il y avait des phénomènes concomitants qui le rendaient encore plus impérieux. Les inculpés, en général, savaient très bien s'orienter quant à l'heure et à la direction, mais beaucoup assuraient n'avoir eu au commencement qu'une vague notion des hommes et des choses, bien que plus tard ils eussent le sentiment de sortir d'un rêve et qu'ils aient retrouvé la pleine liberté de leur esprit. »

Toutes les observations qui suivent démontrent d'une façon évidente le rôle que joue l'épilepsie dans la production de l'impulsion morbide. Nous nous croyons autorisés par cela même, à considérer l'impulsion à la déambulation, au même titre que les impulsions au vol, au meurtre, comme pouvant servir de symptômes révélateurs de l'épilepsie larvée. Dans un cas comme dans l'autre, la manifestation de l'état épileptoïde est la même et doit amener aux mêmes conclusions. Avant tout et surtout ce qu'il importe de remarquer, c'est dans la plupart des cas la pénurie d'autres symptômes pouvant mettre sur la voie de la maladie originelle.

A part les antécédents héréditaires et quelques signes particuliers que nous allons essayer de dégager, l'im-

pulsion semble seule exister. Après les rapports de Charcot, de Jules Voisin, de Chantemesse, nous pouvons, en quelque sorte, poser en principe que l'impulsion à la déambulation sera souvent la seule caractéristique de l'état épileptique et devra servir seule de base au diagnostic et aux conclusions médico-légales, si on en constate la spontanéité, l'inconscience et l'oubli. Cette trilogie devant écarter tous les doutes, permettre l'affirmation et impliquant une conduite particulière.

De l'examen des observations nous pouvons tirer quelques considérations générales et surtout dégager un certain nombre de causes adjuvantes qui interviennent dans l'apparition de l'impulsion.

Dans presque tous les cas, nous nous trouvons en présence d'héréditaires, chez qui les ascendants ont été épileptiques, paralytiques généraux ou fous. Jusqu'à l'âge mûr, en général, la tare originelle reste latente, puis brusquement, un jour, elle se révèle par l'impulsion. Mais pour cela un certain nombre de causes occasionnelles physiologiques ou morales sont nécessaires. On ne peut contester l'influence des privations, des déceptions ou des chagrins et nous pourrions ici multiplier les exemples. De même pour les excès de toute nature, pour l'alcoolisme et l'onanisme qui, affaiblissant l'individu, diminuent sa force de résistance à la diathèse et préparent l'apparition de l'impulsion. Pourquoi cette impulsion plutôt qu'une autre, nous n'essayerons pas de le savoir, mais peut-être pourrait-on en trouver la cause dans une localisation spéciale. Mais qu'importent les hypothèses, la constatation du fait nous importe seule et doit seule nous occuper. Brusquement, l'individu part,

et poussé par un besoin irrésistible de marcher, il va droit devant lui, sans but et sans direction. Pour l'un c'est l'inconscience absolue, l'automatisme complet, les actes accomplis pendant la marche n'étant nullement perçus par le moi ; pour un autre c'est un état subconscient de rêve pathologique pendant lequel les objets extérieurs entrevus laissent un vague souvenir dans la mémoire. Dans les deux cas, sommeil complet ou rêve, l'individu n'est plus maître de sa personne, l'homme machine a remplacé l'homme réfléchi et volontaire.

Véritable automate, il marche droit devant lui, ne coordonnant jamais ses mouvements ; que deux chemins se présentent, il prend celui qui est le plus en rapport avec la direction première et sans délibération.

Il ne s'arrête que lorsqu'il revient à lui, reprenant possession de sa personnalité sans qu'aucun état intermédiaire établisse de transition. Ce réveil spontané en quelque sorte est en général consécutif à une chute, à un grand bruit ou à une émotion violente ; c'est ainsi que nous voyons le malade de Charcot se réveiller dans la Seine où il venait de faire un plongeon, ou au bruit d'une musique militaire.

Les impressions ressenties à ce moment sont variables, suivant le caractère de l'individu, mais l'étonnement et la fatigue sont les deux signes les plus communs. L'épileptique est là, harassé de fatigue, mourant en général de faim et de soif et il se demande dans quel lieu il se trouve, et pourquoi il s'y trouve et comment il y est venu. Des actes accomplis pendant son voyage, il n'a nul souvenir, sa représentation étant tellement affaiblie, comme dit Tissot, qu'il n'en reste plus trace quand il revient à la raison.

Quant aux actes accomplis pendant la période d'inconscience ils peuvent être coordonnés, tendre même à un but, sans que le malade s'en rende compte ; l'habitude, cette seconde nature, servant à leur accomplissement. Chez tous ces sujets, « la représentation acquise, presque supprimée, fait place à la représentation instinctive. De là des actes automatiques mais ayant pourtant une marque individuelle suivant l'état d'esprit habituel du sujet. Men... S..., dont l'histoire est résumée dans l'observation IV, pendant une période d'inconscience qui dure huit jours, voyage de Paris à Brest. Porteur de 700 francs, il sait garder son argent et ses dépenses sont conformes à ce qu'il aurait fait à l'état normal. La meilleure preuve que ses actions ressemblaient à celles d'un homme sain d'esprit, c'est qu'il a pu voyager ainsi huit jours sans éveiller l'attention de ceux qui le rencontraient ou avec qui il se trouvait. Mais il n'en est pas moins vrai que l'épileptique automate peut en même temps être dominé par d'autres impulsions qui viennent s'intercaler et nous pouvons en citer de nombreux exemples. Pendant la fugue, ne voyons-nous pas le malade de l'observation VIII s'emparer de tout ce qui lui tombe sous la main, celui de l'observation X assassiner un paisible bourgeois, celui de l'observation II commettre un faux en écriture, celui de l'observation XIII donner un coup de couteau à une fille publique. On voit par ces différents cas l'importance médico-légale de cette étude.

Nous dirons en terminant qu'il faut bien remarquer que l'impulsion à la déambulation est surtout un phénomène de remplacement de l'attaque d'épilepsie. La constatation en a d'autant plus d'importance et l'on comprend

quel est son importance au point de vue clinique et médico-légal. Nous concluons donc avec Frenkel « que l'automatisme comitial ambulatoire qui en est la résultante présente un type clinique actuellement parfaitement caractérisé, que cette variété d'automatisme mérite d'autant plus l'attention qu'elle était jusqu'à ces dernières années méconnue et qu'elle est de nature à faire absoudre beaucoup de malades inculpés de vagabondage, de vols, d'attentats publics à la pudeur, d'homicide, etc... »

#### OBSERVATION I

*Annales d'hygiène publique et de médecine légale  
Juillet 1888 (Duponchel)*

Achille L..., 22 ans, est un héréditaire, tares nerveuses multiples du côté maternel.

A 14 ans, quitte brusquement le lycée de Rodez, où il se conduisait pourtant bien puisqu'il était constamment au tableau d'honneur ; il ne sait pas pourquoi il est parti.

A 16 ans, attaque avec perte de connaissance, à cette époque M. Voisin porte le diagnostic de vertiges épileptiformes.

Engagé à 18 ans, bizarreries, arrive au grade de sous-officier et contracte des habitudes d'alcoolisme.

Première fugue, mois de novembre 1885 : étant de garde à la porte du quartier, abandonne son poste. Il ne sait comment il est sorti, il s'est trouvé à dix heures du soir derrière les murs de l'hôpital de Caen. A sa rentrée, punition de 30 jours de prison.

De 1885 à 1887, plusieurs fugues. Cassé du grade de brigadier en 1886. Il était sorti avec deux cavaliers allant à la

corvée d'avoine ; en route il quitte ses hommes et va vagabonder, il ne se souvient plus de rien à partir de ce moment.

Enfin, au mois de juillet 1887, il prend le chemin de fer pendant la nuit, quitte Caen sans permission ; après avoir parcouru Paris il se retrouve le matin rue d'Assas, chez sa sœur, déclarant qu'il ne savait pas comment ni pourquoi il était venu.

#### OBSERVATION II

*Thèse de Tissier. Les aliénés voyageurs (t. VI, page 48)*

Bernard L..., caporal au 34<sup>m</sup>e de ligne, envoyé à la prison militaire de Bordeaux pour désertion à l'intérieur et faux en écritures commis au préjudice de son capitaine. Héréditaire. Masturbation. Attaques d'épilepsie. Pisse au lit. Tentative de suicide. Désertion avec vol d'effets militaires. Amnésie partielle. Anesthésie généralisée.

Voici son interrogatoire. On lui demande :

— Pourquoi avez-vous déserté? — Je l'ignore, j'éprouve tout à coup un besoin irrésistible de marcher. Je ne peux rester en place, marcher beaucoup me soulage. Ce besoin m'a pris très jeune ; à l'âge de 10 ans, je partis de Saint-Martin de Hynx pour aller à Bayonne, je fis cette course qui est de 25 kilomètres en 4 heures. Avant de m'engager, j'allai de Bayonne à Biarritz. Je marche très vite, quand je vois un chemin droit devant moi il faut que je parte. Le sentiment qui m'a poussé à la désertion est très vague, je suis parti un matin sans trop savoir pourquoi, je voulais marcher. Il me semble avoir dormi tout le temps. Je suis allé de Mont-de-Marsan à Buglosse où j'ai travaillé sur les lignes de chemin de fer. Je suis resté trois ou quatre jours dans cette ville, puis je suis parti tout à coup et suis arrivé à Bayonne, chez mon oncle, qui m'apprit que j'étais déserteur.

Les gendarmes vinrent me chercher, la maison de mon oncle est située en face de la gendarmerie ; je ne sais ce qu'ils me dirent et ils m'appliquèrent les menottes.

Arrivé au régiment, mon capitaine m'apprit que j'avais commis un faux en écritures à son préjudice ; j'avais, paraît-il, emprunté trente francs en son nom ; j'ignore avoir commis cette mauvaise action. »

Une ordonnance de non-lieu fut rendue en sa faveur et peu de temps après sa réintégration au régiment il fut réformé.

### OBSERVATION III

*Malade présenté dans la séance du 27 juin 1890, à la Société médicale des hôpitaux par M. Chantemesse.*

A signaler un seul accident pouvant faire penser à l'épilepsie. Pendant la guerre de 1870 une nuit il se débattit, cria et tomba à bas de son lit.

Etant employé d'octroi, un jour il prépare son repas puis tout à coup, sans l'avoir mangé, il emporte son argent. Trois jours après on le retrouve au Trocadéro, mouillé et éreinté, n'ayant conscience de rien.

Plusieurs autres fugues. Il se rend compte de ses accès, les aura débutant souvent plusieurs heures d'avance par une sensation de martellement autour des yeux, aux tempes et au front.

### OBSERVATION IV

*Charcot. Leçons du mardi 21 février 1889*

Men... S..., 37 ans. Antécédents personnels et héréditaires nuls. Première fugue le 15 mai 1887. Parti pour un recouvrement avenue de Villiers, se retrouve quatorze heures après sur la place de la Concorde, harassé, les souliers usés.

Deuxième fugue, au mois de Juillet. Revenait de Passy, a l'idée d'aller visiter la tour Eiffel ; à partir de ce moment perd la conscience de ses actes et se réveille de son sommeil dans la Seine, où il venait de se jeter du haut du pont National. Il était resté absent de son domicile deux jours et deux nuits.

Troisième fugue au mois d'août. Se retrouve à Claye à sept lieues de Paris. De 1887 à 1889, traité par BrK, accès avortent ; il cesse le traitement en septembre 1888.

Le 18 janvier 1889, quatrième fugue. Men... se réveille sur un pont suspendu dans une ville inconnue au bruit d'une musique militaire, le 26 janvier. Il était à Brest ; il ne se souvient de rien, il est arrêté comme malfaiteur.

Nous relevons encore dans cette observation 6 autres fugues. Enfin le 30 juin 1890, il conduit sa mère à la gare Saint-Lazare, à son retour quitte sa nièce qui l'accompagnait et depuis plus de nouvelles de lui malgré les recherches faites pour le retrouver.

### OBSERVATION V

*Archives de Médecine Navale 1890. Décembre (D<sup>r</sup> Le Dantec)*

C... Pierre, 33 ans. Symptômes d'épilepsie larvée : arrêts brusques dans la conversation.

Le 1<sup>er</sup> septembre 1890, il se rend au champ de manœuvres de Caudan, près Lorient. Arrivé là il perd conscience de ses actes. Quand il revient à lui, le 5 septembre, il est à 10 kil. de Lorient auprès d'un ruisseau, en proie à une soif ardente ne sachant ni ce qu'il a fait, ni pourquoi il est venu là. Il se rappelle pourtant vaguement avoir été dans une maison et avoir bu un verre de cidre.

### OBSERVATION VI

*Thèse de Gehin. (Bordeaux 1872)*

B., Pierre, 48 ans. Entré à l'hôpital Saint-André de Bordeaux pour attaques épileptiformes.

P. DENOMMÉ



Première crise en 1886. B., travaillait assis à son bureau, tomba la tête en avant, perdit connaissance, et ne revint à lui, qu'au bout d'un temps qu'il ne peut évaluer. Depuis cette époque attaques tous les huit ou quinze jours.

En juin 1891, B... accomplit une grande fugue. Venu à Bordeaux pour voir son fils il se rend à son bureau. Puis que se passa-t-il il n'en sait rien. Toujours est-il que onze heures plus tard il revient à lui chez un boulanger. Ses habits n'étaient ni salis, ni déchirés et B... n'était pas fatigué.

#### OBSERVATION VII

*Revue Médicale de l'Est, juin 1891. Docteur Guyot d'Andelot*

X... 25 ans. Brasseur depuis l'âge de 15 ans. Plusieurs parents fous du côté maternel. Pas d'antécédents personnels. Céphalies fréquentes avant l'époque des fugues.

En 1883 dans le courant du mois de mai, entre 6 et 7 heures du matin, il part subitement à la fin de son travail au gerموir. Au bout de sept heures il se trouve à huit kilomètres de Reims où il habite et n'ayant aucun souvenir de ce qui s'est passé pendant ce laps de temps.

Quelques mois plus tard même fugue qui a duré trois ou quatre heures.

X... entre le 20 février 1884 dans l'infanterie de marine et part pour le Sénégal. Rien d'anormal jusqu'en 1887. Rentré à cette époque en France, en garnison à Cherbourg, au mois d'avril de cette même année, il part subitement et involontairement après avoir fait son service et soldé le prêt de ses hommes. Il reprend conscience à 27 kilomètres de Cherbourg, 62 heures après son départ; la perte de mémoire avait duré tout ce temps. Son porte-monnaie contenait 70 francs à son départ et il n'avait rien dépensé.

Il regagne alors en chemin de fer Cherbourg où il arrive le mercredi; il croyait être au mardi. Il se rend tout naturellement à la caserne; ses galons de sergent lui sont retirés après cinq jours de prison.

Huit à dix jours après il part de la même manière, cette fois à midi et rentre le lendemain matin, on lui inflige quinze jours de prison.

Enfin il quitte le métier militaire et reprend celui de brasseur. En 1889, il a eu cinq ou six fugues, chaque absence durant 1 à 2 jours, en 1890 3 fugues dont l'une a duré trois ours.

#### OBSERVATION VIII

*(Legrand du Saulle). Traité de Médecine légale.  
Art. Epilepsie larvée.*

Un jeune homme éprouvait une sensation particulière à l'estomac avant les fugues. Lorsqu'il retrouvait sa lucidité d'esprit au bout de quelques heures et parfois de quelques jours, il était fort surpris d'être harassé de fatigue, très loin de chez lui en chemin de fer ou en prison. Ses vêtements étaient en désordre, couverts de poussière ou de boue, ne se souvenant de rien; les poches pleines d'objets divers tels que foulards, sifflets, porte-monnaie, cure-dents, etc...

#### OBSERVATION IX

*Legrand du Saulle. Idem*

Un cocher très honnête et très sobre abandonne sa voiture pour marcher droit devant lui et se trouve couché à terre dans le bois de Meudon, quand il revient à la raison.

OBSERVATION X

*Legrand du Saulle. Idem*

Un garçon de 20 ans, sobre et travailleur, mais bizarre, irascible et original s'échappe et va ordinairement du côté du bois de Meudon d'où il revient tout courbaturé au bout de 24, 36 ou 48 heures et ne sait ni ce qu'il a fait, ce qu'il a mangé, ni où il est allé. En mai, Philibert V... après avoir ainsi erré toute la nuit assassine au coin de la rue de Provence, à 5 heures du matin, un pauvre père de famille qu'il n'avait jamais vu et qui emplissait tranquillement un seau d'eau à la borne fontaine.

OBSERVATION XI

*Legrand du Saulle. Idem*

Un mécanicien, âgé de 32 ans, très sobre, très intelligent, disparaît pendant un, deux, trois jours, reprend son travail, l'abandonne tout-à coup, se dirige vers la gare Saint-Lazare, prend un billet de chemin de fer pour le Havre où il s'embarque pour Trouville et se fait arrêter chez le concierge de M. Thiers, alors président de la République. Il n'avait jamais eu de vertiges, de convulsions, ni d'incontinence d'urine ; seulement il accuse des absences à diverses reprises.

OBSERVATION XII

*Dictionnaire Declanche, art. Epilepsie*

Un officier, épileptique depuis de longues années, marié, disparaît à un moment donné emportant une forte somme d'argent. Ce n'est qu'après des recherches actives qu'on parvint à le retrouver à Londres. Il fallut devant le conseil de guerre toute l'autorité de Legrand du Saulle pour faire admettre l'irresponsabilité de ce déserteur.

Quant à dire ce qu'il a fait en Angleterre, la chose nous est impossible, le malade n'ayant conservé aucun souvenir de toute cette partie de sa vie. « C'est, nous disait-il, comme un feuillet arraché au livre de ma vie. »

Ce qu'il y a de certain, c'est que, pendant son séjour en Angleterre, il a pu aller et venir, manger au restaurant, coucher à l'hôtel, en d'autres termes mener une existence qui n'est pas celle d'un individu dépourvu de toute intelligence.

La personnalité a donc été pour ainsi dire dédoublée pendant une certaine période de sa vie.

OBSERVATION XIII

*Thèse de Sous. Paris*

Le nommé V..., 21 ans, a été arrêté à 11 heures du soir, dans Paris et conduit à la préfecture de police pour avoir donné sans motif appréciable et sans provocation un coup de couteau à une fille publique qu'il avait rencontrée sur le trottoir. Sa mémoire est confuse, il dit ne se rappeler qu'une chose c'est que le couteau est entré tout seul.

V... déclare lui-même qu'il n'a pas beaucoup de mémoire, quelquefois il se surprend ne sachant plus faire son travail habituel. Il lui arrive souvent d'être distrait quand il lit, il éprouve fréquemment des étourdissements.

Il lui arrive très souvent de quitter brusquement son atelier et de se promener sans but dans Paris ou les environs. Un jour, il est parti tout-à-coup de son atelier pour faire le voyage d'Amiens, il est resté deux jours sans rentrer chez lui, sans manger. Le jour où il a commis l'acte violent pour lequel il a été arrêté il s'était promené pendant toute la journée dans la campagne sans en avoir conscience et n'avait rien mangé.

#### OBSERVATION XIV

*Traité de Médecine légale militaire. Duponchel*

X..., jeune soldat du 4<sup>me</sup> régiment de hussards était atteint depuis l'enfance de vertige épileptiques. Un de ses oncles était épileptique, ses frères et sœurs présentaient des accidents neuropathiques. Lui-même avait pissé au lit jusqu'à l'âge de 18 ans.

Souvent il était sorti de chez lui au milieu de la nuit et ses absences avaient d'autant plus vivement inquiété sa famille qu'il avait des habitudes très rangées. Depuis son incorporation il est sorti une première fois de la caserne sans but ni mobile appréciable et est allé errer dans la campagne. Puni disciplinairement pour ce motif on n'avait pas tardé à lui lever sa punition et à le renvoyer en permission, il avait fait l'effet d'un malade.

Pendant sa permission ses vertiges reparurent, il recommença à pisser au lit et entra au Val-de-Grâce. Quelques jours après son entrée, le matin au moment de la visite, on remarque qu'il n'est pas à son lit, sa présence avait pourtant été constatée à 7 heures. A 9 h. 1/2 il est ramené à

l'hôpital par son frère qui l'a rencontré auprès de la maison maternelle.

Personne ne l'a vu sortir, on ignore le chemin qu'il a pris, il n'en sait rien lui-même; la tenue dans laquelle il se trouve (capote d'hôpital, bonnet de coton) écarte à elle seule toute idée de départ prémédité.

#### OBSERVATION XV

*Thèse de Géhin. Bordeaux 1892*

Jean B..., 20 ans, domestique, a été bien portant jusqu'à l'âge de 12 ans. En 1883 comme il revenait de l'école il est pris de céphalée, de gastralgie. Au lieu de rentrer chez lui il se sauve et reste trois jours sans rentrer. Pendant ces trois jours il a perdu complètement connaissance et il ne se souvient pas de ce qu'il a fait, il ne se rappelle même pas avoir mangé durant cette crise. En revenant à lui il est tout étonné de se trouver à Captieux.

Cette première attaque a été suivie d'un grand nombre d'autres. Il se sauve ainsi tous les six mois environ; quelquefois il est resté plus longtemps sans ressentir de crise.

En perdant connaissance il lui arrive quelquefois de tomber, on le lui a dit; il se secoue, agite ses membres, a de la bave aux lèvres, puis aussitôt il se lève et s'enfuit. Il part droit devant lui, rien ne saurait le retenir.

Pendant sa marche il ne répond à personne, il ne sait même pas s'il entend et cherche toujours à se cacher. « Je fais mon renard, dit-il. » Il évite les obstacles; la pluie, le vent, le soleil, la neige ne le dérangent point, il n'y prête aucune attention. Quand il se réveille il est pris d'un vif étonnement, éprouve le besoin de dormir. Il a oublié complètement ce qui s'est passé durant son attaque et ne sait dire par où il a passé.

OBSERVATION XVI

*Revue médicale de la Suisse Romande, 20 juin 1891*

M. T..., 34 ans, pas d'antécédents personnels, ni héréditaires. Première crise en janvier 1890. T... travaillait dans son bureau, brusquement, à neuf heures du matin, il prend son chapeau et part. Il reprend connaissance au milieu de la nuit, dans une chambre d'auberge à 50 kilomètres de chez lui.

En septembre 1890, en se promenant, il devient subitement inconscient sans idée fixe d'aller dans un endroit plutôt qu'à un autre. Il ne reprend conscience que deux jours après, tout étonné d'être à une centaine de kilomètres de chez lui et provoquant l'hilarité d'un passant en demandant quel jour il était.

Pas de symptômes hystériques. Dépression psychique et rêves pénibles. Amnésie totale. Absences entre les crises

OBSERVATION XVII

*Archives de Médecine navale (février 1893)*

B. Touré 25 ans. Père sain (?) Mère syphilitique. Première attaque d'épilepsie il y a sept ou huit ans. Plusieurs fugues ambulatoires à signaler ; la représentation est toute instinctive ; aucune réflexion, la volonté fait absolument défaut. Il part, il marche d'une façon tout à fait inconsciente. Il ne choisit pas sa route, il s'engage dans celle qui se présente la première devant lui, et il ne s'arrête que lorsque la fatigue vient l'empêcher de continuer sa course. L'acte suit immédiatement le désir.

De plus le souvenir fait absolument défaut ; notre malade après sa première fugue, ne se rappelle plus où il est allé, ni ce qu'il a vu ; il croit avoir dormi.

De même pour un second voyage : il n'a conscience ni de l'endroit d'où il vient, ni de ce qu'il a fait, ni depuis combien de temps il est parti. Il croit revenir de son *bougau* (champ cultivé) parce que c'est là probablement qu'au retour (trois jours d'absence) il a repris complètement possession de ses sens.

OBSERVATION XVIII

*(Etudes cliniques sur les maladies mentales, Falret)*

M... Georges 20 ans. Il lui arrive souvent de sortir de chez lui pendant le jour ou la nuit. Il éprouve le besoin de marcher sans but. Une fois il s'est retrouvé au milieu de la plaine St Denis, une autre fois il a été ramené par la police.

G... 47 ans. Par moments il lui prend des besoins de marcher de se soulever sans savoir où il va « Je vais n'importe où dit-il, *je vais où la tête me fait aller*. Quelquefois cet état dure une heure d'autres fois plus longtemps. Il n'a eu qu'une seule fois une attaque de nerfs, seulement étourdissements, absences.

OBSERVATION XIX

*Service de M. Drivon médecin des hôpitaux. — Th. Frenkel*

F. Jean-Marie, 35 ans. Aucune manifestation névropathique. En 1887, sortant du théâtre, il se disposait à rentrer chez lui, à Saint-Just, quand brusquement il perd conscience de ses actes. A partir de ce moment sans qu'il se soit senti défail-

lit, les événements lui échappent absolument, les facultés intellectuelles ne lui sont revenues que huit jours après.

Accès convulsifs durant son séjour dans le service, avec perte de connaissance mettant hors de doute l'épilepsie.

#### OBSERVATION XX

*Clinique de M. Forel. — Th. Frenkel*

L. Henri. Une sœur aliénée, une sœur hydrocéphale, mère nerveuse. 15 ans. A l'école assidu aux leçons obtient les meilleures notes. Il était doué d'une bonne mémoire et était intelligent. Il y a quatre ans l'enfant commença à s'échapper de l'école pour quatre, huit, quatorze jours, pendant lesquels il ne reparait ni chez lui, ni à l'école. Interrogé sur la cause de ces fuites, il répondait qu'il lui semble avoir parfois des fils de fer dans la tête et y sentir comme un roulement; quand survient cette sensation il est forcé de s'en aller et ne peut rester où il se trouve.

Ces fugues avaient lieu en moyenne quatre fois par an. A partir du mois d'avril 1882 il s'enfuit presque tous les quatorze jours, il restait d'ordinaire cinq jours hors de la maison. Il dit qu'une force intérieure le pousse à quitter la maison et qu'une fois dehors il est tellement occupé par ses pensées qu'il ne songe plus à rentrer chez lui.

#### 2° HYSTÉRIE. — NEURASTHÉNIE

Comme le prouvent les observations qui suivent, il faut admettre que les impulsions à la déambulation peuvent se rencontrer aussi dans l'hystérie et la neurasthénie. Mais, disons-le de suite, leur fréquence et leur importance médico-légale sont beaucoup moins grandes que dans l'épilepsie. Les cas extraordinaires que nous avons trouvés publiés et que nous résumons, permettent d'établir pourtant de grandes différences entre les fugues ambulatoires hystériques et les fugues épileptiques.

On a fait tout d'abord remarquer qu'au début de la crise on rencontrait souvent : la sensation de boule, les inspirations profondes, les douleurs en casque, etc., et que d'autre part les vertiges, les absences, les arrêts dans la conversation, la pâleur subite du visage, manquaient en général. Mais, à notre avis, ce ne sont là que des signes inconstants et furtifs qu'une observation, même délicate, peut rarement déceler. Bien plus importants sont ceux qui découlent de l'examen même du sujet. Alors qu'en effet la filière morbide est difficile à suivre chez l'épileptique et que les présomptions de la maladie originelle doivent presque uniquement reposer sur l'établissement des antécédents héréditaires, chez l'hystérique au contraire le diagnostic de la tare nerveuse s'impose par un ensemble de signes constants et certains. Sans parler des crises hystériques nettement constatées, nous verrons que nos observations relatent toutes soit des troubles sensitifs, soit des troubles moteurs : anesthésies, zones hystérogènes, contractures, etc.

Trouvons-nous dans la fugue elle-même des caractères nettement tranchés ? En jetant un coup d'œil rapide sur les observations qui sont réunies ici, l'impression pourrait être défavorable. Malgré notre désir, nous ne pouvions les publier *in extenso*, notre désir étant d'en augmenter chaque jour le nombre pour bien établir la fréquence de l'état morbide que nous décrivons. Il résulte de nos recherches que, si l'on trouve dans tous les cas l'instantanéité et l'inconscience de l'acte à un premier examen, l'analyse des faits montre clairement bientôt qu'il n'en est pas ainsi en réalité. L'impulsion au lieu de naître tout d'une pièce et instantanément comme chez l'épileptique, utilise pour sa production une pensée ou une idée préalablement élaborée par le cerveau. En d'autres termes, bien que l'accès hystérique débute brusquement, on peut dire qu'il a été au préalable en quelque sorte pressenti. A un moment donné la personnalité de l'hystérique se dédouble sans qu'il en ait conscience et la personnalité seconde accomplit automatiquement un acte pensé et délibéré par la personnalité première. Il y a donc, comme le dit Duponchel, un certain *déterminisme de la fugue*.

Dans la plupart des cas en interrogeant habilement l'individu on verra que le but final du voyage n'a pas été, comme chez l'épileptique, absolument aveugle. Telle des malades citée, après avoir longtemps pleuré et pensé à son mari mort récemment, se rend sur sa tombe ; telle autre sous le coup d'une violente émotion part et se retrouve dans une maison où elle avait fait le projet de se rendre le matin. Un autre exemple bien caractéristique, mais de suggestion externe surtout, nous est fourni par

Borri. Son malade, parti de Florence, arrive à la frontière française ; dans sa condition seconde, il entend l'idiome changer et ce fait lui donne la volonté d'aller à Paris.

« La suggestion qui le meut vers la capitale française tient d'un élément prédominant qui est l'impression subie par lui par des lectures antérieures, et d'un élément occasionnel qui est d'entendre parler français autour de lui. Français... France... Paris... l'association de ces idées est rapide, le terrain est prédisposé à recueillir et à faire germer l'idée et l'acte s'ensuit instantanément. »

Nous pourrions citer de nombreux exemples analogues. Le cas de cet Albert D... qui se dirige inmanquablement vers une cité dont il a entendu prononcer le nom est bien caractéristique de cette suggestion cause déterminante de l'acte. Chez lui, comme le dit Tissier, l'acte est accompli sous l'empire d'une idée dont il est *captif*.

On comprend dès lors qu'il est inutile de rechercher dans la fugue ambulatoire hystérique la même coordination que dans la fugue épileptique. L'acte est en quelque sorte accompli en connaissance de cause bien que l'individu ne puisse nullement le modérer ni l'arrêter. Mais le but est fixé et l'incohérence de la marche, constatée chez l'épileptique qui erre à l'aventure, ne se constate pas chez l'hystérique. Comme le dit fort justement Verga, après avoir étudié le mécanisme de cas semblables, on devrait adopter ici le nom d'*automatisme ambulatoire conscient* pour le distinguer de l'*automatisme comitial ambulatoire* qui, lui, est véritablement *inconscient*, l'une et l'autre impulsion du reste appartenant à l'ordre du véritable automatisme.

Nous dirons donc que l'hystérique est capable de coordonner ses mouvements, de choisir entre plusieurs alternatives et que c'est là un caractère distinctif qui mérite spécialement de fixer l'attention. Cette association singulière peut provoquer l'étonnement au premier abord, mais qu'on se reporte aux observations que nous résumons pour faciliter les recherches et l'on verra que nous n'avançons rien qui ne se base sur des faits bien observés et la conviction s'ensuivra.

La fugue ambulatoire hystérique tire de la maladie originelle qui la provoque un autre caractère qui permet de poser fermement le diagnostic de l'hystérie. Interrogez les malades après la fugue, à l'état de veille, ils vous répondront presque comme des épileptiques. Ils paraissent, en effet, ne rien savoir, ne pouvoir dire ni pourquoi ni comment ils sont venus. Et pourtant ils ont tous remarqué avec étonnement que le lieu où ils se rendaient ne leur était pas complètement inconnu ; ou bien ils en avaient entendu parler, ou bien ils avaient désiré s'y rendre. Caractère important car une fois découvert il éclaire l'état morbide d'un jour nouveau. Sans plus tarder, recherchez les signes ordinaires de l'hystérie et tentez l'hypnotisation. *Si vous réussissez, vous pourrez faire réapparaître alors toute la phase oubliée de l'existence du malade* et, comme le dit Jules Voisin, *ce fait devra suffire à lui seul à établir la nature hystérique de la fugue ambulatoire.*

Nous serons bref sur les impulsions morbides à la déambulation qui peuvent être observées dans la *Neurasthénie* ; un nombre trop restreint d'observations ne nous permettant pas d'être trop affirmatif. Nous sommes dans

ces cas en présence plutôt d'une tendance malade qui, dans la marche, fait chercher au sujet un soulagement à ses souffrances. Ce n'est plus une impulsion irrésistible, comme dans les fugues ambulatoires hystériques ou épileptiques c'est un désir conscient et voulu. Le malade sans doute marche machinalement, mais pourquoi dès lors ne pas considérer tous ceux qui désirent se promener comme des impulsifs ambulatoires automates ? L'exagération est toujours nuisible et la constatation simple des faits n'implique pas ici une interprétation semblable, que l'on pourrait considérer à juste titre comme fournie par les besoins de la cause. Est-ce à dire que les impulsions morbides à la déambulation ne puissent pas se rencontrer dans la neurasthénie ? Non, et la meilleure preuve c'est que nous en reproduisons des observations évidentes. Mais d'autres sont nécessaires pour fixer un jugement indiscutable, aussi ne ferons-nous que reproduire les conclusions de Géhin qui s'est occupé le premier de la question. Pour lui, l'automatisme chez le neurasthénique envahit seulement le champ de l'impulsion (mécanisme simple du déclenchement) le reste restant en pleine conscience individuelle, la représentation est consciente, l'exécution aussi, le passage de l'une à l'autre seul est mécanique et nécessaire. Mais il y a néanmoins déviation de l'acte volontaire normal, une idée étant donnée l'acte s'ensuivant successivement, l'acte ne peut être réfléchi et pour cela être arrêté.

En résumé la conviction que nous nous sommes faite par nos recherches, c'est que dans les névroses l'impulsion morbide à la déambulation se rencontre avec une fréquence qui mérite de fixer l'attention et les recherches. De plus, elle est avant tout et surtout une manifestation de l'état épileptique soit confirmé soit larvé.

OBSERVATION I

*Thèse de Tissé*

Albert D.. 26 ans. Maux de tête fréquents ; présente sur le cuir chevelu au niveau du vertex une zone hyperalgésique. Hémianalgésie du côté droit, rétrécissement concentrique très marqué du champ visuel facilement hypnotisable par la fixation du regard.

Le récit de ses voyages est un long roman ; ses fugues très fréquentes le conduisent successivement dans toutes les villes de France, en Belgique, en Allemagne, en Russie, en Turquie D... parcourt ainsi le monde sans pouvoir se soustraire à l'auto-suggestion dont il est atteint. Installé dans une ville, il se met au travail mais bientôt l'impulsion réapparaît et D... repart à nouveau pour une nouvelle destination.

OBSERVATION II

*Duponchel*

X... est atteint d'hystéro-épilepsie. Il a parcouru toute la France, l'Algérie, l'Allemagne, la Russie, toute l'Europe, sans raison connue, sans trêve ni repos, marchant toujours et sans cesse, laissant mort de fatigue sur la route un compagnon qui avait cru pouvoir le suivre. Soldat en France, plusieurs fois déserteur, bon ouvrier en Allemagne, mais ne pouvant se faire nulle part, et nouveau Juif-Errant contraint de marcher toujours par la fatalité de son impulsion.

OBSERVATION III

*Annales médico-psychologiques 1889 (J. Voisin)*

D... 36 ans. Depuis 2 ans à la suite de pertes d'argent phénomènes hystériques graves : hémiplegie gauche entre autres guérie par la suggestion, hémianesthésie droite, champ visuel rétréci. Examiné par J. Voisin après une fugue pour laquelle il avait été arrêté, il raconte à l'état de veille que, sans pouvoir l'expliquer, car il ne sait comment cela est arrivé il s'est réveillé à T... dans un hôtel ne sachant nullement comment il y était venu. Pendant l'état hypnotique le malade raconte son voyage.

OBSERVATION IV

*Annales médico-psychologiques idem*

M D.... vient à la consultation du professeur Voisin très impressionnée de ce qui lui est arrivé. Elle reçoit au moment où elle préparait son déjeuner la visite d'une personne qui lui apporte une nouvelle très grave ; son mari la trompait. Mme D... qui s'était contenue devant cette étrangère, aussitôt après son départ ressent une pénible impression, éprouve de la suffocation, de la strangulation, du vertige puis perd connaissance. Elle se retrouve quatre heures après dans une maison de campagne qu'elle possède à six kilomètres. Elle ne sait comment elle y est venue, ni ce qu'elle a fait pendant les quatre heures qui ont suivi la perte de conscience.

P. DENOMMÉ

6



OBSERVATION V

*Idem*

M... 36 ans. Pas d'antécédents.

La mort de son frère survenue un mois après l'établissement de ses règles à 18 ans lui cause un grand chagrin. Depuis cette époque crises d'étouffement, sensation de boule, douleurs ovarismes, mais jamais de grande crise.

A la suite de la perte d'un de ses enfants à l'âge de 30 ans première fugue qui dure quatre heures, la malade se réveille couchée la face contre terre sur la tombe de son mari à plusieurs kilomètres de sa demeure.

Deuxième fugue quinze jours après, sortie de chez elle à huit heures du matin pour aller faire une commission à quelques pas, elle se retrouve le soir à quatre heures sur un banc du square de Saint-Germain-des-Prés, sans savoir pourquoi, ni comment elle est venue là.

Troisième fugue. Elle se retrouve à six heures du soir chez son beau-frère à Romainville. La malade ne peut à l'état de veille expliquer ce qu'elle a fait pendant la fugue mais mise en état hypnotique par M. Voisin elle fait le récit de ses voyages. Chaque fois la crise a débuté par un vertige; la première fois, à ce moment elle pensait à son mari, de là son voyage au cimetière, la seconde fois à son beau-frère de là son voyage à Romainville.

OBSERVATION VI

*Bulletin médical. Janvier 1890*

Emile X..., 33 ans. A présenté les signes les plus manifestes de la grande hystérie (attaques, troubles de la sensibilité, de la motilité), il est presque instantanément hypnotisable.

A certains moments, Emile X... perd complètement la mémoire, alors tous ses souvenirs, les plus récents comme les plus anciens, sont abolis. Le 23 septembre 1888 il a une altercation avec son beau-frère, il en est vivement impressionné. Il part et on le retrouve trois semaines après à Villars-Saint-Marcellin (Haute-Marne). Comment a-t-il vécu? Où est-il allé? Il l'ignore. Ce qu'il sait il l'a appris par des rapports venus de diverses côtés.

Le 11 mai 1889, il déjeune dans un restaurant du quartier latin. Deux jours après il se retrouve sur une place à Troyes.

OBSERVATION VII

*Thèse de Géhin*

M. X..., 18 ans. Pas d'antécédents héréditaires. Douleurs de tête très violentes, en casque. Crises de larmes fréquentes.

Le 25 mars 1891, il vient de Tarbes à Lyon. Le 30 mars, il se rend à la gare d'Agen pour aller à Paris en passant par Bordeaux. Le 7 avril 1891 il se trouve sur la route de Lisbonne.

Le malade ne se rappelle absolument rien et ignore comment il a vécu durant tout ce temps. Il a la notion d'avoir été poussé à ce voyage par une force irrésistible, mais il ne se souvient pas d'avoir essayé de réagir.

Dans les jours qui ont précédé son départ il ne s'était point occupé particulièrement des choses d'Espagne; cependant depuis son enfance il avait le désir de visiter ce pays.

La mémoire des événements accomplis pendant la fugue est presque complètement abolie, cependant on peut réveiller quelques rares souvenirs. Mis en état hypnotique il fait le récit de son voyage.

OBSERVATION VIII

*Thèse de Bordeaux. Tissié*

Henri B..., 30 ans. Rien de particulier jusqu'à l'âge de 17 ans, époque à laquelle il eut une contrariété assez vive. Depuis ces crises d'hystérie.

Un jour après l'une d'elle il disparaît de son domicile, parcourt pendant plusieurs jours les rues de Lyon.

Nombreuses crises ambulatoires. A la suite de l'une d'elle, il est admis dans le service du docteur Bouveret où la nature hystérique de sa maladie est établie nettement.

Il entre ensuite aux asiles de Laforce, mais le 21 février 1885 il s'évade, se dirige à pied à Bordeaux (70 kilomètres) y passe deux jours, puis se dirige sur Paris en passant par Angoulême, Tours, Orléans d'où on le rapatrie.

OBSERVATION IX

*Thèse de Saint-Aubin. — Paris 1889-90*

Augustine R..., 19 ans. Pas d'antécédents héréditaires. Bien portante jusqu'à l'âge de 13 ans, époque à laquelle phénomènes nerveux, ébauches d'attaques d'hystérie avec sensation de boule et suffocation. La malade présente des points hystérogènes ovariens et mammaires, rétrécissement du champ visuel à gauche.

En 1890, première fugue. Ayant une course à faire à Saint-Mandé, le matin elle sort pour aller prendre le train à la gare de Vincennes. Mais, comment cela est-il arrivé ? Au lieu d'aller à Saint-Mandé elle s'est retrouvée le soir sans savoir comment sur le pont de Bercy.

Elle rentre chez elle très affectée et le lendemain tente de se suicider.

OBSERVATION X

*D<sup>r</sup> le Dantec, médecin de première classe de la Marine.  
— Archives Médecine navale. Novembre 1890*

D... Jules, s'est engagé à 18 ans dans l'infanterie de marine, il est au service depuis treize mois et est actuellement caporal. C'est un bon serviteur qui n'a pas d'habitudes d'intempérance. Le 26 septembre, D... reçut une admonestation de son capitaine, ce qui le contraria fort, il souffrit de la tête toute la journée. Le soir, vers six heures, son mal de tête persistant, il sortit avec un de ses camarades. Bientôt il se mit à tenir des propos incohérents, son camarade voulut le ramener à la caserne, mais tout fut inutile et force lui fut de rentrer seul.

Le lendemain matin D... fut retrouvé tout nu à 4 kilomètres de Lorient par des paysans... Il ne reprend connaissance de son état que cinq jours après au cabanon.

On relève chez lui les stigmates de l'hystérie ; rétrécissement permanent du champ visuel, hyperesthésie de la jambe droite, cécité pour le violet.

OBSERVATION XI

*D<sup>r</sup> Boctau. — Archives de Neurologie 1891*

Il s'agit d'une hystérique qui à la suite d'une attaque est restée plongée trois jours dans un état particulier.

Le premier jour elle a erré dans Paris, faisant environ 60 kilomètres ; arrêtée et envoyée au Dépôt de la Préfecture, puis à Sainte-Anne, elle est restée deux jours sans

réagir, inerte, obéissant passivement à tout ce qui lui était commandé. A son réveil aucun souvenir ; en état d'hypnose elle revient brusquement à son état de condition seconde et le souvenir de sa fuite réapparaît.

#### OBSERVATION XII

Il y a quelque temps, en plein jour, M. X... est sorti de sa pension pour se rendre chez son cordonnier. Parti de son domicile dans un état tout à fait normal et dans un but bien déterminé il s'est réveillé après au poste de police, entouré d'agents et fort étonné de se voir en pareille position. Voici ce qui était arrivé. Il s'était dirigé inconsciemment vers les Magasins du Louvre où il n'avait pas du tout l'intention d'aller et là il avait mis dans sa poche, sans dissimuler ses mouvements, un certain nombre d'objets de toilette, un savon, des brosses à dents, un foulard, etc.

Arrêté aussitôt, il s'est laissé mener au poste où il s'est endormi d'un sommeil profond.

Ce jeune homme a de temps en temps des accès d'étouffement, il accuse la sensation d'une boule qui de l'estomac lui monte à la gorge. La main et l'avant-bras droits sont anesthésiques. Rétrécissement concentrique du champ visuel des deux yeux.

#### OBSERVATION I

*Neurasthénie (thèse de Géhin, Bordeaux, 1891)*

Julien L..., 27 ans. Pas d'antécédents personnels ni héréditaires. Première fugue à l'âge de 10 ans, retrouvé par ses parents à 2 heures du matin dans un poste de police, des sergents de ville venaient de le rencontrer errant comme un vagabond ; il était parti seul, sans trop savoir où il irait, mais ayant conservé intégralement toute la conscience de ses actes.

Deuxième fugue à 13 ans. Il se rend à Poitiers (250 kilom.). L'idée d'aller à Poitiers surgit tout à coup dans son esprit, il se dit : « je pars pour Poitiers », et il se mit en marche. Dans son trajet il ne perdit pas un instant connaissance.

Huit fugues à signaler ; la dernière ayant duré 4 mois. Aucun symptôme ni d'hystérie, ni d'épilepsie. Céphalée, sensation de vide dans la tête, inaptitude à l'attention soutenue, tremblement des mains et de la langue, accès de mélancolie et de tristesse. Il part sachant fort bien ce qu'il va faire, mais c'est un véritable soulagement pour lui que d'être en marche sur la grande route.

#### OBSERVATION II

*Neurasthénie (thèse de Géhin, Bordeaux, 1891)*

L... François, 15 ans. Rien à signaler dans ses antécédents. Il s'est évadé 18 fois du Mas Eloi où il avait été enfermé pour la première fois pour vagabondage, vol.

De 1885 à 1892, 5 fugues. Dans la dernière il accomplit une grande escapade de cinq mois, pendant lesquels il

parcourt Châteauroux, la Châtre, Bourgneuf, Angoulême, Confolens, et finit par venir échouer à Bordeaux où il est ramassé comme vagabond par la police au moment où il se promenait sur les quais.

Le champ visuel n'est pas rétréci. Pas d'achromatopsie. signes de dégénérescence. Tremblement des mains et de la langue. Voûte palatine déformée.

### OBSERVATION III

*Neurasthénie (thèse de Géhin, Bordeaux, 1891)*

Céline E..., 13 ans. Aucun symptôme d'hystérie ni d'épilepsie. Elle est poussée par un besoin instinctif de marcher en avant et de vagabonder. Rêves. Tristesse et mélancolie. Céphalée presque permanente.

Six fugues à enregistrer. Partie à 11 heures du matin de chez elle, elle est arrêtée à 2 heures du matin par des agents de la police qui la trouvent assise sur un banc.

Au mois de janvier 1892, elle part dans la direction de Pessac où elle arrive dans l'après-midi, va de là à la Chapelle-de-Courteaux, suit des marchands ambulants jusqu'à la Teste-de-Buch, 8 jours de marche. Elle est enfin recueillie par la police que la famille avait fait prévenir.

### 3° PERSÉCUTÉS MIGRATEURS. — DIPSOMANES PARALYTIQUES GÉNÉRAUX ETC. — TRAUMATISMES

Nous allons en terminant ce chapitre et pour rendre complète notre énumération citer une foule d'états pathologiques où l'on peut rencontrer les impulsions à la déambulation. Sans parler des *pyrexies*, au cours desquelles nous voyons souvent les malades poussés par une impulsion irrésistible à se lever et à sortir, il nous sera facile de montrer que, dans presque tous les délires partiels, par suite d'une déséquilibration psychique le malade peut accomplir des voyages, commettre des fugues.

M. Marie dans une communication faite au mois d'août dernier à la société médicale des hôpitaux donne l'observation d'un individu atteint du délire de la persécution chez qui le caractère impulsif de la déambulation est frappant. Nous ne pouvons mieux faire que de reproduire cette observation qui fera comprendre le terme de « *persécuté migrateur* » que M. Marie donne à son malade.

Agé de 45 ans, ce malade dégénéré, réticent, mais raisonnant et sans hallucinations avouées a d'abord été pendant plusieurs années un inquiet, fuyant des persécutions mal définies, mais semblant rouler surtout sur la crainte de se voir dépouiller d'un héritage qu'il convoitait.

Pour échapper à ses ennemis il est allé en Amérique qu'il a parcourue en divers sens.

P. DENOMMÉ

Revenu en France, apprenant que son notaire a fait faillite, de persécuté il devient persécuteur. Il entreprend alors à travers la France une série de pérégrinations. Arrêté comme vagabond, soumis à un examen médical, son état mental fut reconnu et il fut séquestré.

De même les *dipsomanes* au début de leur crise subissent une impulsion identique. Ils éprouvent le besoin de s'échapper, de s'enfuir loin du lieu de leurs occupations habituelles. L'observation qui suit publiée par le D<sup>r</sup> A. Souques, dans les *Archives de neurologie* de 1892 en témoigne.

A. H. hérédité névropathique du côté de sa mère.

A. P. Rien à signaler. Aime à vivre seul.

Début de la dipsomanie vers l'âge de 20 ans.

*Fugues.* La première en mai 1890. Sortait de chez lui lorsqu'il est pris de l'impulsion irrésistible de marcher. Sans penser à son travail, envahi par cette obsession, il fila droit devant lui sans aucun but. Il avait cependant conscience de ce qu'il faisait en partant ainsi et il a gardé très précis le souvenir de tous ses actes. Mais l'impulsion dominait tout, il fallait qu'il marchât. « Là où les chemins me conduisaient, dit-il, j'allais. » Il traverse Bagnolet, arrive à Joinville, Champigny, la Varenne, Saint-Maurice, revient chez lui 40 heures après son départ.

Deuxième fugue en 1891 qui dure 28 heures.

Il n'a jamais eu de maladie vénérienne, jamais de crise convulsive d'aucune espèce, jamais de crise ni de vertige.

Au point de vue hystérique l'interrogatoire et l'examen ne révèlent aucun stigmate actuel ou passé. Rien du côté de la sensibilité au contact, piqûre, température. Organes des sens : rien.

D'autre part, accès intermittents, périodiques, toujours les mêmes, de dipsomanie.

Dans la *paralysie générale*, nous trouvons aussi et en nombre considérable des observations qui signalent

l'impulsion à la marche ou à la fuite. Les paralytiques généraux arrivés à la seconde période présentent un état habituel *d'agitation automatique*, besoins de mouvements incessants, par simple besoin d'activité instinctive. Qu'il nous suffise d'en citer une publiée par le D<sup>r</sup> Régis et reproduite par Tissé :

Paralysie générale au début. Voyages nombreux. Il se sent pris d'un irrésistible besoin de voyager ; il traverse la France court de ville en ville sans jamais s'arrêter et, toujours en chemin, toujours en marche, semble obéir à une force aveugle qui le domine et le pousse en avant.

A son retour ce besoin d'activité le suit et l'obsède plus que jamais, P... fait de huit à dix lieues par jour, il marche du matin au soir, et quelquefois se lève encore la nuit pour se promener.

De même dans la *pellagre*, observation de Landouzy.

M<sup>me</sup> X., quitte sa maison sans qu'on sache ce qu'elle devenait et reste jusqu'à sept heures absente. Reprise par son mari, elle recommence à fuir, à errer à chaque instant autour du village et au mois de mai reste perdue pendant huit jours sans que l'on puisse retrouver sa trace.

De même dans la *lycanthropie*, dans l'*alcoolisme*.

Nous ne faisons que signaler en passant tous ces cas bien connus et dont la nature pathologique peut être facilement déterminée. Chez tous ces délirants le jugement dévoyé étant la cause directe de l'acte qu'ils commettent. « Le délirant ramène toutes ses actions à l'idée principale qu'il poursuit et il est facile de comprendre pourquoi il accomplit des voyages et commet des fugues. »

Parlant d'un alcoolique, Lasègue dit : « Le délire survient brusquement sans se systématiser. Les agissements du malade sont conformes à l'indécision de son intelligence.

Il erre dans les rues, roule jour et nuit dans les mêmes localités. Interrogé, il répond passivement et le meilleur terme à employer pour exprimer son allure permet de dire qu'il n'est ni endormi ni éveillé. »

De même pour les *exhibitionnistes*. Citons entre autres cette observation de Lasègue :

X..., 30 ans, vivement réprimandé par son père s'enfuit de la maison, court la campagne, fait sur la route la rencontre d'une enfant à laquelle il exhibe ses organes génitaux sans lui adresser la parole. Arrêté pour ce fait et comme vagabond, il est condamné à deux mois de prison.

Nous serons plus brefs encore sur les *hallucinés* et les *déments* car le diagnostic s'impose dans ces cas, le point de départ de la marche pouvant être facilement déterminé.

Nous abordons maintenant une question beaucoup plus importante par laquelle nous terminerons ce chapitre. Nous avons recherché et trouvé des fugues ambulatoires à longue portée accomplies par des individus à la suite de *traumatismes* portant en général sur la boîte crânienne. Le traumatisme cérébral pouvant donner lieu aux attaques vraies d'épilepsie on comprend le rapprochement qui peut être fait ici. Mais le traumatisme ne peut-il produire des effets analogues chez les hystériques ?

« Il est notoire que si, chez les hystériques, une paralysie peut naître spontanément, elle peut aussi être provoquée par un accident quelconque, chemin de fer, foudre, simple chute, etc... »

Et comme on peut le voir par les observations qui suivent, l'influence traumatique peut seule expliquer

l'impulsion, car avant l'accident relaté les malades ne présentaient aucun symptôme d'hystérie ni d'épilepsie ou du moins aucun symptôme digne de remarque. A la suite des accidents de chemin de fer Vibert parle d'un état cérébral particulier « *très voisin du somnambulisme* pendant lequel l'activité intellectuelle se restreint à un automatisme portant sur un très petit cercle d'idées. » Parmi les cas qu'il donne à l'appui nous relevons les deux observations suivantes :

M<sup>me</sup> F..., 24 ans, a reçu de légères contusions à la tête. Elle n'a pas perdu connaissance au moment de l'accident mais pendant plusieurs heures elle est restée à peu près inconsciente, errant à l'aventure sans chercher à regagner son domicile.

M<sup>me</sup> L..., 14 ans, contusions sans gravité à la face. Elle a perdu tout souvenir de ce qui s'est passé immédiatement après l'accident. Elle est revenue à pied chez elle et pendant tout le trajet elle était comme une somnambule, ne paraissant rien voir de ce qui se passait autour d'elle. Arrivée à son domicile, sa mère extrêmement inquiète de ce retard dont elle ne connaissait pas la cause, lui demande des explications. M<sup>me</sup> L... ne peut en donner aucune et se borne à répondre : « Je l'en prie, laisse-moi dormir. » Elle a reçu sans protester quelques claques que sa mère lui a administrées.

*Observation du D<sup>r</sup> Motet. — Annales médico-psych. 1886*

Il s'agit d'un jeune homme qui après avoir fait son temps de service militaire dans les meilleures conditions physiques et morales rentre dans sa famille. Il demande une place au chemin de fer de Vincennes; en attendant qu'elle lui soit donnée, comme il faut vivre, il se met à servir les maçons.

Un jour, portant une auge de plâtre sur la tête, il monte à l'échelle. Il est arrivé à la hauteur du deuxième étage d'une maison en construction, un échelon se brise sous son pied, il est précipité et tombe à travers l'ouverture béante de la cave. Il se fracture la jambe droite, la cuisse gauche, il

reste huit jours dans un état comateux, près d'un an paraplégique.

Guérison presque complète. Mais cet homme (qui n'a jamais été un épileptique) est resté sujet depuis à de véritables *accès de vagabondage*. Il part, marche sans but devant lui, sans conscience de ses actes, automatiquement et ne s'arrête qu'au bout de quatre heures, dix et plus, exténué de fatigue et mourant de faim. Il se demande alors où il est, ce qu'il est venu faire dans un endroit inconnu de lui.

Il s'est marié, a eu encore des fugues qui ont singulièrement inquiété sa femme. L'une d'elles a duré huit jours il se rendit de Paris à Marseille, puis à Toulon et Nice.

Dans un article du 31 juin 1870, du professeur Borri, on trouve racontée l'histoire d'un individu atteint d'impulsion à la déambulation chez qui on ne relève aucune tare héréditaire. On sait seulement que dans sa jeunesse il tomba d'une échelle, se fit une blessure étendue à la tête, qui eut une conséquence locale d'une certaine gravité. Etant à Rome il partit subitement, se dirigea vers Gênes continua par la Corniche, passa la frontière.

Borri n'hésite pas à attribuer le désordre mental au traumatisme. Il s'appuie pour l'affirmer, sur un cas traumatique semblable observé par Grilli et Simplici et dans lequel l'impulsion à la déambulation était consécutive à un grave traumatisme porté à la tête dans le jeune âge.

Et interprétant ces deux faits Borri ajoute : « L'influence du traumatisme à la tête comme cause directe ou indirecte de désordre dans les fonctions cérébrales n'est pas discutable, surtout si, à l'époque où le traumatisme agit, l'enveloppe crânienne et son contenu n'ont pas atteint leur complet développement ; les conséquences de ces traumatismes concordent dans les différents cas avec la nature de l'action traumatisante et la prédisposition

individuelle. Et grâce à cette prédisposition, l'épilepsie peut se montrer par le traumatisme (par contre l'impulsion à la déambulation, ajouterons-nous) aussi bien qu'une folie normale. »

*Observation personnelle.*

B..., 52 ans, se trouve dans l'accident de chemin de fer de Levallois-Perret. Pris entre deux banquettes, il est blessé au bras droit et est fortement contus au niveau du pariétal droit. Après une perte de connaissance de quelques minutes il se relève et sans avoir conscience de son état il se relève et part inconsciemment.

Il marche ainsi pendant deux heures et qui sait quand il se serait arrêté s'il n'avait été rencontré par un ami qui le voyant blessé le conduit chez lui et le soigne. La perte de connaissance dura deux jours, le malade avait perdu tout souvenir de ce qui s'était passé depuis l'accident.

On ne tint pas compte dans l'indemnité qui lui fut allouée, pour sa blessure et son incapacité de se servir de son bras pendant un mois, de cette fugue ambulatoire qui fut attribuée à la peur et à l'émotion. Or, remarque importante depuis l'accident, B... a vu son caractère changer. Il est devenu mélancolique et rêveur, sa mémoire s'affaiblit, il a souvent des absences.

---

### CHAPITRE TROISIÈME

---

Conséquences pour la société et le malade des  
impulsions morbides à la déambulation —  
Désertion — Abandon de poste — Vaga-  
bondage.

Notre tâche est en partie remplie si nous avons réussi à montrer la fréquence des impulsions à la déambulation. Mais il nous a semblé bon avant d'entreprendre des considérations générales de montrer aussi combien l'ignorance de cet état morbide a été jusqu'à ces dernières années préjudiciable aux malheureux qui en étaient atteints.

Peut-être la conviction, déjà ébranlée par la lecture de nos observations a-t-elle déjà fait naître un sentiment de commisération, aussi insisterons-nous dans ce chapitre sur les pénalités encourues par les sujets dont nous relatons les observations. Nous nous garderons de toute exagération et nous n'analyserons que les faits indiscutables ; ils



sont du reste assez nombreux pour fournir une ample moisson à nos interprétations. Plusieurs fois déjà, Chan-temesse et Vidal, Jules Voisin, Duponchel ont signalé l'importance de cette question au point de vue médico-légal, mais suffit-il de déplorer les conséquences de l'ignorance et n'est-il pas plus profitable de les produire au grand jour? Peut-être avons-nous attaché trop d'importance à une manifestation morbide peu particulière, mais qu'importe, si dans quelques cas un résultat utile doit être la conséquence de nos recherches.

Abordons dès le début la question au point de vue de la juridiction militaire. Les impulsions à la déambulation peuvent être l'explication et l'excuse de certains délits très commun dans l'armée : *la désertion* et *l'abandon de poste*. Qu'est-ce donc que l'abandon de poste en justice militaire? Nous ne pouvons mieux faire pour donner une idée des peines qu'il fait encourir que de citer le texte même de la loi :

*Art. 211.* — Tout militaire qui étant en faction ou en vedette abandonne son poste avant d'avoir rempli sa consigne est puni :

1° De la peine de mort s'il était en présence de l'ennemi ou de rebelles armés.

2° De deux à cinq ans de travaux publics s'il était sur un territoire en état de guerre ou de siège.

3° D'un emprisonnement de 2 mois à un an dans tous les autres cas.

Pour la désertion :

*Art. 236.* — Pour le soldat et le sous-officier, cinq ans de travaux publics si la désertion a eu lieu en temps de paix.

*Art. 237.* — Tout officier coupable de désertion est puni de la destitution avec emprisonnement d'un an à cinq ans.

Aussi voyons-nous, dans l'observation I, Achille L... condamné à 30 jours de prison, pour avoir abandonné son poste étant de garde à la porte du quartier; puni une deuxième fois un an après pour avoir quitté brusquement ses hommes et être allé vagabonder. Le malade de l'observation II est envoyé à la prison militaire de Bordeaux pour désertion à l'intérieur. De même pour le malade de l'observation VII, à qui on retire les galons de sergent et qui est puni de prison. Le malade de Funajoli n'a-t-il pas été puni deux fois de réclusion militaire et il venait d'être condamné par le conseil de guerre à douze années de prison lorsqu'un nouvel examen permit de constater son irresponsabilité.

Or, tous ces exemples sont probants et indiscutables car tous ces individus ont été ultérieurement, soit avant leur sortie du régiment, soit rentrés dans la vie civile reconnus malades et définitivement jugés irresponsables. On ne peut nier les faits; or que dire de ceux que nous venons de reproduire? La nécessité d'une enquête s'imposait, elle ne fut qu'ébauchée et n'ayant pas remarqué la singularité des actes, elle s'égara.

Le tribunal militaire de Florence eut en 1887, à propos d'un cas de désertion, à discuter sur l'existence de l'impulsion ambulatoire. Les conclusions du D<sup>r</sup> Semplici, rapporteur furent que la désertion avait été le résultat d'une impulsion morbide, d'un trouble mental, peu appréciable mais évident. Et le rapport établissait nettement que les absences de l'accusé n'avaient aucun but: « Ce n'était ni pour courir les femmes, les cabarets ou les tripots c'était uniquement *pour se promener et vagabonder* ».

Aussi les conclusions furent-elles que G... ne pouvait

être rendu responsable de ses fugues ambulatoires et qu'il devait être acquitté. Et avant l'époque où ces faits étaient discutés nous trouvons des exemples qui prouvent à l'évidence que les jugements portés dans certains cas de désertion ne pouvaient être fermes. L'explication de la faute ne pouvait être trouvée, l'impulsion à la déambulation n'était pas connue comme entité morbide, mais néanmoins on avait le sentiment vague d'une désertion anormale. Témoin le rapport fait à propos du déserteur, dont Duponchel cite l'observation. L'examen du sujet n'avait rien appris, mais l'étrangeté de la fuite (15 jours avant la libération) l'absence de motifs firent admettre au médecin major « que Fayet avait obéi en désertant à une impulsion inconsciente, prodrome d'un affaiblissement intellectuel et qu'il ne pouvait être rendu responsable de ses actes. »

Actuellement les faits publiés ne permettent plus d'excuser ni des erreurs semblables à celles que nous avons énumérées, ni le doute. Sous prétexte qu'il est dangereux de voir partout des malades on ne peut par ignorance, condamner certains individus indiscutablement atteints d'une altération psychique qui morcelle ou anéantit leur responsabilité. Et, comme le dit le D<sup>r</sup> Le Dantec, médecin de première classe de la marine. « Tous ces faits doivent être bien connus du médecin militaire, car si à un moment donné, soit à la suite de traumatisme, soit spontanément, on constate chez un sujet l'explosion de ces phénomènes bizarres, il faut se garder de crier immédiatement à la simulation et de faire subir au malheureux des traitements que l'ignorance où l'on était autrefois de toutes ces questions de pathologie nerveuse permettait seule d'excuser.

Le cas d'automatisme comitial que nous relatons aurait été sûrement diagnostiqué: bordée de trois jours et le traitement aurait consisté en quinze ou trente jours de prison. Ce sont là des procédés d'antan qui ne sont plus permis de nos jours. Notre rôle, notre devoir est de protéger les malheureux qu'une diathèse peut du jour au lendemain livrer aux mains de fer de la justice militaire. »

Les impulsions à la déambulation sont susceptibles de produire le *vagabondage accidentel* ou, si l'on veut, comme le dit Gehin, le *vagabondage impulsif*. Maurice Benedict (de Vienne), sans connaître les faits que nous publions, ne parlait-il pas déjà, en 1889, à propos du vagabondage auprès de malheureux qui, pendant certains accès, quittaient leur lieu de séjour habituel, commettaient des actes plus ou moins cohérents, mais devaient être considérés comme des malades. Dans l'ensemble de nos observations, nous trouvons plusieurs individus ayant encouru des condamnations comme vagabonds (cas de Tissie D..., Julien C...) C'est donc un cas à prévoir, cas bien embarrassant nous l'avouons. L'erreur était d'autant plus inévitable que dans certains cas l'accusé était trouvé porteur d'une foule d'objets qui ne pouvaient que provenir d'un vol. Vagabondage, vol, cela n'est-il pas suffisant pour faire croire à la culpabilité d'un individu qui paraît posséder l'intégrité de ses facultés intellectuelles, mais s'obstine à ne rien vouloir dire sous prétexte qu'il ne sait pas par quel artifice les faits qu'on lui reproche ont été commis? Si nous signalons cette éventualité, c'est uniquement pour montrer que l'individu atteint d'automatisme ambulatoire, pris pour un vagabond, sera fatalement condamné si pendant sa fugue

il commet un acte répréhensible. Le fait, qu'au moment du délit, l'individu errait, vagabondait, ne peut-il pas, en effet, donner le change et être considéré comme le mobile qui l'a poussé à commettre un vol ou un assassinat.

Pouvons-nous trouver un moyen d'empêcher ce vagabondage? Evidemment non, mais il nous est permis d'en atténuer les conséquences. En effet, l'impulsion morbide à la déambulation une fois reconnue, il suffira de donner au sujet qui en est atteint une pièce le constatant, qui lui servira de sauvegarde à l'avenir. Le malade de Charcot, Men... Léon (observ. I), portait toujours sur lui un certificat où était décrite la nature de sa maladie et qui se terminait par ces mots : « Les présents accès étant d'essence épileptique, il importe, au cas où il en surviendrait de nouveaux, qui nécessiteraient une intervention quelconque, de considérer le nommé Men... comme un malade. »

De même, le malade de Tissié reçut après examen un certificat semblable et plusieurs fois depuis, arrêté comme vagabond, il put être relâché sur sa présentation qui permit de diriger activement les informations.

Et comme le dit Legrand du Saulle : « Si l'événement prévu ne se réalise pas, la précaution a été simplement inutile, mais s'il se présente un trouble intellectuel subit et des actes délictueux ou criminels, dans des conditions semblables à celles qui ont été spécifiées dans la pièce datée et signée, l'accusation tombe et la prévoyance perspicace du médecin s'élève à la hauteur d'un bienfait mérité. »

Mais pour que cette précaution soit utile, encore faut-il que l'état morbide soit reconnu ou, si l'on veut, connu de ceux à qui sera présenté le certificat. Charcot, dans une

de ses leçons du mardi, rapporte le cas d'Albert D... à qui un magistrat répondait sur la présentation de son sauf-conduit : C'est bien, c'est bien, nous verrons ça ! Et Charcot de s'écrier indigné : « Vous le voyez, ces messieurs, c'est triste à avouer, ne sont pas fort impressionnés par l'affirmation des médecins ; c'était cependant, si je ne me trompe, le cas ou jamais de réclamer l'avis d'un expert. »

Frenkel, dans sa thèse inaugurale, rapporte aussi l'observation d'une malheureuse femme qui eut maille à partir avec la justice et qui, domestique, se voyait presque chaque mois remerciée par ses maîtres pour des absences qu'elle ne pouvait expliquer. Plusieurs fois arrêtée par la police, elle vint enfin échouer à l'hôpital.

Le doute est-il permis en face de semblables faits ?

En terminant le chapitre relatif aux épileptiques, nous avons montré combien le caractère impulsif de la maladie pouvait embrouiller l'appréciation de la fugue ambulatoire.

Un malade, pendant sa crise, peut commettre des actes répréhensibles ; il peut se livrer à des actes incohérents (observ. VIII, hystérie) ; voler (VIII, épilepsie, VI et XII, hystérie) assassiner (X et XIII épilepsie) faire des faux, des dettes (VI, hystérie — II, épilepsie), etc. Ces exemples le prouvent surabondamment et nous n'insisterons pas.

Nous reviendrons, du reste, sur ces faits à propos de la discussion de la responsabilité et nous verrons que l'interprétation exacte des actes accomplis, nécessite la constatation préalable de l'impulsion morbide sans laquelle on ne peut comprendre l'acte criminel.

Si, en général, les fugues ne présentent pas de ces digressions malheureuses, il n'en est pas moins vrai que,

dans certains cas, les individus pendant leur durée deviennent dangereux pour la société; dangereux aussi pour eux-mêmes, témoin ce malade de Charcot qui se réveille dans la Seine, où il venait de se jeter du haut d'un pont.

L'épileptique pendant sa fugue fréquente peu les groupes, vit surtout seul et cet isolement explique en partie pourquoi il commet peu d'actes répréhensibles. Mais par le fait même qu'il est un épileptique chez qui les impulsions peuvent naître brusquement d'un moment à l'autre, il est exposé à commettre des délits pendant sa crise ambulatoire. L'hystérique, d'autre part, sans cesse dans un état d'équilibre instable, tournant au moindre vent comme la girouette de nos toits, comme le dit Hucherd, par suite de cette mutabilité dans les idées est exposé à de semblables inconvénients.

Quant aux délirants, aux déments, par leur état intellectuel ils sont exposés à toutes les excentricités et à tous les délits possibles : vols, dépenses folles, attentats à la pudeur, etc.

Tous les individus atteints d'impulsion à la déambulation peuvent donc donner lieu à des rapports médico-légaux. Mais dans la majorité des cas, il faut le reconnaître, on aura à faire à des épileptiques.

Que devient un malade atteint d'impulsion à la déambulation? Nous ne voulons parler que de ceux chez qui la répétition des fugues est fréquente et non de ceux chez qui l'impulsion est un fait unique dans leur vie pathologique. L'épileptique possédant une tare nerveuse encore incurable ne peut guérir. Certains cas d'impulsions à la déambulation ont été améliorés par le bromure de

potassium, mais en général l'internement du malade dans une maison de santé s'imposait en dernier lieu. L'hystérique et le neurasthénique sont plus favorisés; les conséquences éloignées de leur état semblent moins graves. La répétition des fugues est du reste en général plus rare et la guérison plus facile à obtenir. La suggestion que l'on doit employer comme moyen de diagnostic de la fugue peut être utilisée aussi pour son traitement.

Mais les hallucinés, les déments, les délirants mériteront un jugement sévère. Dès que la tare aura été relevée comme cause de l'impulsion, le médecin devra agir. La déchéance intellectuelle dont l'impulsion peut, au début, être la seule manifestation appréciable gagnera insensiblement avec les jours et les mois et l'individu marche fatalement à la perte complète de sa personnalité consciente.

Nous avons dans le chapitre premier signalé les amnésies traumatiques, nous avons cité les observations de Kaempfen, de Legrand du Saulle, de Ferré, etc. qui prouvent que l'automatisme consécutif au traumatisme commençant un certain temps très court après l'accident est comparable à l'automatisme ambulatoire comitial. Les observations de Motet, Borri, Grilli et Simplici nous permettent d'établir avec les précédentes des distinctions et d'en tirer des conclusions. Dans ces derniers cas ce qui frappe, c'est l'influence éloignée du traumatisme; l'automatisme ambulatoire ne succède pas immédiatement à la chute, au coup; il n'apparaît que plusieurs heures, plusieurs jours après.

Quoiqu'il en soit, l'apparition de la déambulation, acte automatique facilement reconnaissable, est l'indice certain

d'un shock nerveux, d'une commotion cérébrale. L'omettre dans un rapport, c'est s'exposer à commettre une erreur grave. Le malade de Motet, si l'accident était arrivé dans une collision de trains par exemple, n'aurait-il pas pu demander une indemnité?

Le soldat cité par Borri n'a-t-il pas bénéficié des circonstances atténuantes pour sa désertion qui fut déclarée inconsciente et déterminée par une altération psychique consécutive à un traumatisme cérébral subi plusieurs années auparavant?

Si en général les impulsions à la déambulation consécutives aux traumatismes ne sont que des manifestations d'un trouble transitoire, il n'en est pas moins vrai qu'elles peuvent être la manifestation unique d'une altération psychique qui se révélera plus tard.

Des faits trop peu nombreux ne nous autorisent pas à tirer des conclusions plus fermes, aussi ne ferons-nous pour le moment qu'attirer l'attention sur eux en faisant prévoir leur importance médico-légale et les jugements qu'ils pourraient comporter s'ils se multipliaient.

## QUATRIÈME CHAPITRE

---

### Explication physiologique des impulsions à la déambulation. — Question de la responsabilité. — Examen des sujets.

Après avoir douté au début de la nature malade des impulsions à la déambulation, on a donné diverses explications que nous allons reproduire. Certains n'ont voulu voir en elles que l'exagération de l'impulsivité inhérente à notre nature; on a dit que ce n'était qu'un mode d'esprit exalté. Sans expliquer leur nature on en a fait une aberration unique d'ordre psychique, une lésion de la sensibilité centrale, résultat de la prédominance des tendances instinctives. Ces diverses explications, comme le dit le professeur Funajoli, « ne sont que la conséquence de cette tendance qui caractérise les profanes de la psychiatrie de ne pouvoir admettre dans la société des individus qui avec la lucidité d'esprit, sans défaut intellectuel, sans délire, peuvent présenter quelques troubles des facultés supérieures. » Puis on a cherché dans le domaine de la sphère

volontaire l'explication de l'altération ; on a fait rentrer l'impulsion à la déambulation dans le délire des actes, considérant les idées de réflexion et de contrôle comme incapables de mettre un frein à l'impulsion dérégulée et désordonnée. L'École italienne, développant cette théorie et voulant lui donner une base, considère l'impulsion, non comme un symptôme de maladie, mais comme un signe pathognomonique de lésion siégeant au niveau des centres inhibitoires de la volonté dont elle admet à priori l'existence sans en fournir de preuves.

Si l'on envisage la question au point de vue psychologique il nous semble logique d'admettre que l'impulsion à la déambulation est la conséquence d'une altération de la volonté, compromise soit par une activité exagérée qui amène le désordre, soit par faiblesse ou par défaut.

Notre inexpérience ne nous autorise pas à émettre d'hypothèse et les découvertes actuelles de la science ne nous permettent pas d'étudier l'explication physiologique des impulsions à la déambulation. Les diverses tentatives faites dans ce but ne font à notre avis qu'embrouiller la question. De même que Marret avait signalé des lésions scléreuses des ganglions de la base du cerveau dans l'épilepsie procursive, on a voulu déterminer le siège anatomique des lésions probables dans l'automatisme comitial ambulateur. Deux autopsies faites dans ce but n'ont rien révélé. Malgré tout, dans un grand nombre des observations que nous avons publiées nous retrouvons cette préoccupation. Les divers auteurs italiens qui se sont occupés de la question, reproduisant en cela l'opinion de Filippi, admettent une altération des centres inhibiteurs de la volonté, sans qu'ils puissent en donner même un

semblant d'explication. Ribot, parle bien de centres modérateurs dont Ferrier fait soupçonner l'existence, mais ce ne sont là que des hypothèses qui ne peuvent nullement éclairer la question. Admettant une altération déterminée de ces centres, les partisans de cette idée nous expliquent dès lors la diminution de l'attention et l'augmentation du pouvoir impulsif de la volonté. Dès lors l'impulsion irrésistible n'est plus que la réaction inconsciente de cellules cérébrales, l'acte qu'elle détermine pouvant être considéré comme réflexe.

Sans aucun doute la répétition d'un acte toujours identique, survenant comme chez l'épileptique en général à période fixe, l'influence évidente des traumatismes cérébraux doivent faire songer à une altération locale. Mais cette recherche nous semble stérile et ces tentatives ne peuvent aboutir ; comment expliquerons-nous l'impulsion à la déambulation chez l'hystérique, chez l'halluciné ? Sera-ce aussi par une inhibition des centres modérateurs de la volonté ?

Nous croyons qu'il est nécessaire de se placer à un point de vue général. Nous poserons comme premier principe que les impulsions à la déambulation se rencontrent toujours, sauf dans les cas traumatiques, chez des individus ayant une maladie mentale ; ne précisant nullement sa nature, nous remarquerons que dans tous les cas le point commun qui peut servir de comparaison est une faiblesse psychique. Nous rangeant à l'avis des auteurs qui considèrent l'hystérie comme une maladie mentale, nous dirons « que le défaut de synthèse psychologique favorise la formation de certaines idées parasites qui se développent complètement et isolément à l'abri du contrôle

de la conscience personnelle et qui se manifestent par les troubles les plus variés. » Dès lors, admettant l'existence d'un état mental nous sommes autorisés à considérer les impulsions à la déambulation comme une forme du délire partiel, du délire des actes : *le délire ambulatoire*. Nous écartons dès lors toute discussion sur la naissance de l'impulsion ; au point de vue médico-légal ce qu'ils nous importe de constater c'est que l'individu atteint d'impulsion à la déambulation est pendant cette période de son existence dans un état particulier qui en fait en quelque sorte un aliéné. Que l'automatisme pathologique que l'on constate soit de courte durée ou s'observe des journées entières, pendant toute sa durée l'individu n'est pas sain d'esprit, il est malade. Que l'on explique l'automatisme ambulatoire par une participation momentanée des centres inférieurs après inhibition des centres modérateurs de la volonté, ou par une exagération du pouvoir d'impulsion, peu nous importe ; il nous suffit de constater que la désharmonie fonctionnelle est constituée, que la déséquilibre psychique est évidente.

Chez l'individu sain, la personnalité consciente assiste à l'accomplissement des actes, ici elle est altérée ou complètement effacée. L'épileptique a, pendant sa fugue, une subconscience suffisante pour accomplir certains mouvements mais il a une obnubilation véritable de sa personnalité normale et pendant ce laps de temps apparaît une personnalité imparfaite, presque problématique. Chez l'hystérique cette division s'opère plus nettement encore ; pendant la fugue le sujet entre dans une nouvelle existence, une personnalité nouvelle a fait irruption, elle agit pour son propre compte et l'individu revenu à sa person-

nalité première n'a nullement conscience de cette substitution.

Dès lors, sans entreprendre de discussion stérile, ne considérant que le fait d'une organisation cérébrale altérée dans son développement ou son fonctionnement, nous abordons sans plus tarder la question de la responsabilité criminelle dans les cas d'impulsions à la déambulation. Elles sont pour nous la manifestation d'une impotence intellectuelle, passagère mais certaine, la volonté est incapable de les maîtriser. Nous avons déterminé les diverses formes qu'elles pouvaient revêtir, il nous suffit maintenant, comme le dit le professeur Lacassagne à propos de l'aliénation mentale, de démontrer que l'état mental qui leur succède est anormal, de nature pathologique et capable d'annuler le libre arbitre.

Sur quoi repose la responsabilité ? Sur la connaissance de l'acte dans sa nature véritable et sur la liberté entière qui a présidé à son accomplissement sans contrainte ni extérieure ni intérieure. L'article 64 du Code pénal ne dit-il pas : *Il n'y a ni crime, ni délit lorsque le prévenu était en état de démence au temps de l'action, ou lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pu résister.*

Dans les cas d'impulsions morbides à la déambulation rapportés à l'épilepsie, et ce sont les plus fréquents, on doit faire bénéficier, sans hésitation et dans tous les cas, le malade des restrictions contenues dans cet article. Si on peut démontrer chez eux une sorte d'idée de suite, une conscience de ce qui les environne suffisante pour les amener à coordonner entre eux les mouvements qu'ils accomplissent, leur donnant ainsi l'apparence

de la vie ordinaire, on ne peut admettre l'intégrité de la conscience du bien et du mal. Comme le dit Sous, tombé dans un état second et jugeant ce qui l'environne en coordonnant ses impressions actuelles avec une période plus ou moins éloignée de son existence, la seule dont il garde le souvenir, il ne peut jamais se trouver pendant son état de crise avec son apparente conscience dans les conditions nécessaires pour penser sainement et par conséquent être responsable. Il peut être considéré comme un homme ivre ou comme un véritable aliéné. L'épileptique est irresponsable de la fugue qu'il commet, irresponsable aussi des actes qui s'accomplissent pendant son accès. Le vol, le meurtre, tous les délits que nous avons signalés enfin, dépendant d'impressions diverses ressenties par les sujets à un moment de leur existence et réapparaissant brusquement sans que la conscience intervienne, ne peuvent être attribués à l'individu.

Des déments, des hallucinés, des délirants, nous ne dirons rien ; quel que soit l'acte accompli dans un état de démence. L'irresponsabilité est déclarée.

Mais nous voudrions faire porter la discussion un instant sur ces cas embarrassants de déterminisme ambulatoire où les sujets captivés par une auto-suggestion d'origine difficilement appréciable « se mettent à fuir non pas avec une inconscience aussi complète, mais dominés par un désir impérieux, une volonté toute puissante qui semble se substituer à la leur, les déterminer à s'en aller en dépit de tous les obstacles et de tous les inconvénients qu'aura leur départ. » Il est évident que dans ces cas on pourra objecter que l'individu est en pleine possession de son intelligence, que la tendance à la fuite, à la désertion

n'est qu'un mauvais penchant, une tendance à la folie et que rien ne démontre que l'individu a fait tout ce qu'il pouvait pour y résister. Mais nous objecterons que si chez l'individu absolument sain la responsabilité repose sur le degré de résistance, il ne peut en être de même chez les sujets que nous considérons. Pour nous ce sont des malades ; ils agissent dominés par une impulsion malade et le discernement ne peut servir ici de criterium à la responsabilité.

Et comme le dit Maudsley, conclure dans ce cas particulier qu'une impulsion née de la maladie aurait pu être maîtrisée et ne l'a pas été, et en conséquence punir le coupable, c'est s'attribuer une pénétration à laquelle nul au monde ne peut prétendre, et sous le nom sacré de justice, c'est commettre une action qui a les plus grandes chances de n'être qu'une effroyable injustice. »

Quel jugement devra donc être porté dans les cas d'impulsions à la déambulation donnant lieu à un rapport médical ? Nous ne trouvons dans la loi aucun article ayant prévu ces troubles transitoires. L'article 489 du Code civil dit : *Le majeur qui est dans un état habituel d'imbécillité, de démence ou de fureur doit être interdit même lorsque son état présente des intervalles lucides.* Mais ici nous nous trouvons en présence d'individus ayant un état habituel de lucidité et présentant de rares intervalles d'inconscience et de folie. Puisqu'ils sont jugés irresponsables, qu'en ferons-nous ? Il est besoin pour résoudre cette question de considérer séparément les divers cas et d'établir des catégories. La cause de l'altération morbide étant déterminée, nous croyons qu'il sera possible de le faire. L'individu qui ne commet pas d'actes répréhensibles pourra



être laissé à sa pleine et entière liberté ; il pourra errer pendant ses crises, mais peu nous importe, pourvu qu'il ne nuise pas à la société. A l'égard des individus dangereux ou susceptibles de le devenir, comme les épileptiques qui peuvent pendant leur fugue être dominés par d'autres impulsions, il faut conseiller l'internement dans une maison de santé. Après une longue observation qui permettra de déterminer le caractère précis de leurs impulsions on pourra les rendre à la liberté, mais on ne peut avant un examen, sérieux et complet, laisser errer de semblables individus, dangereux pour eux-mêmes et pour la société. C'est une œuvre d'humanité en même temps qu'un devoir social. Nous nous trouvons en somme en présence d'individus atteints d'un délire spécial, le délire des actes et « si circonscrite qu'en puisse paraître la portée, comme le dit Maudsley, le reste de l'esprit n'est pas sain. Il se trouve dans un état où non seulement toutes les impulsions rattachables au délire acquièrent une force irrésistible, mais qui favorise en outre la naissance d'impulsions inexplicables et sans rapport avec l'aberration dominante. »

Aussi est-il du devoir du médecin tout en évitant au malade des punitions imméritées de prémunir la société contre des attentats possibles, chaque cas particulier devant déterminer un jugement spécial.

Nous terminerons ce chapitre en disant que les impulsions à la déambulation sont extrêmement fréquentes surtout dans l'épilepsie et qu'il est nécessaire de bien en connaître l'existence surtout au point de vue de la justice militaire. La désertion étant un délit très commun dans l'armée, le médecin qui ignorerait ces faits, serait exposé dans le cours

de sa carrière à de graves erreurs. Aussi proposons-nous dans certains cas de désertion un examen particulier de l'inculpé dirigé spécialement dans ce but. Si le mobile est connu et avoué, la faute évidente, toute recherche dans ce sens est superflue ; nous ne parlons que des cas évidemment où le doute plane et où la cause de la désertion est impossible à trouver, où l'impulsion semble être la seule aberration psychique.

Appelé à porter un jugement sur un cas de fuite, de désertion, d'abandon de poste ou de marche, le médecin devra rechercher :

1° Si le sujet a agi sous l'empire d'une impulsion irrésistible.

2° Si l'impulsion relève directement d'un état pathologique défini.

L'examen devra donc porter sur l'acte lui-même dans son entier et sur le sujet dans tout ce qu'il peut présenter d'intéressant dans son histoire héréditaire ou personnelle.

La fugue a-t-elle été irrésistible, spontanée, inconsciente le malade en a-t-il perdu le souvenir complet, on cherche si avant le départ le malade présentait les prodromes que l'on rencontre fréquemment et que nous avons signalés chez les épileptiques. La simulation pouvant être possible une enquête sera faite dans les villes où le sujet s'est rendu et où il a pu être remarqué.

On recherchera si le sujet n'avait pas des bizarreries de conduite ou de caractère, une diminution de la mémoire, des arrêts dans la conversation, des absences des mouvements convulsifs, du mutisme, tous signes que nous trouvons signalés dans nos observations. Comme malaises prémonitoires ; sensation de vide dans la tête, martellement

autour des yeux, des tempes et du front éprouvé souvent plusieurs heures avant le début de la crise, insomnie pénible. Nous avons cité l'observation de Jean B... dont la crise débutait toujours par de la céphalée ou de la gastralgie.

Comment la fugue s'est-elle terminée ? En général le malade se réveille brusquement harassé de fatigue et affamé tout surpris de se voir dans un lieu inconnu.

On devra demander au sujet s'il a eu des attaques nerveuses, s'il a reçu un coup sur la tête, fait une chute, s'il a des habitudes solitaires, s'il pisse au lit, s'il a de la spermatorrhée, de la dépravation du sens génésique.

L'examen direct du sujet portera sur les signes de dégénérescence, l'asymétrie faciale ou crânienne, la déviation de la pupille, l'asymétrie chromatique de l'iris, l'astigmatisme, la disparition des réflexes. On cherchera les zones hyperalgésiques, le rétrécissement concentrique du champ visuel, la dyschromatopsie, et on tentera l'hypnotisation. L'interrogatoire habilement dirigé, fera découvrir la présence d'un délire partiel ou d'hallucinations.

Enfin il sera nécessaire pour compléter l'examen, de fouiller tout l'arbre généalogique. Ainsi fait les conclusions s'imposeront et de regrettables erreurs seront évitées.

Notre but est atteint si nous avons pu par cette courte étude attirer un instant l'attention sur un état morbide vraiment digne d'intérêt par les circonstances dans lesquelles il se manifeste et par les considérations médico-légales qu'il suggère.

## CONCLUSIONS

1° Les impulsions morbides à la déambulation se rencontrent dans une foule d'états pathologiques ; mais principalement dans l'épilepsie, dont elles peuvent être considérées comme un symptôme révélateur.

2° Les impulsions morbides à la déambulation témoignent d'une altération dans le domaine de l'activité volontaire ; elle déterminent une dissociation de la personnalité ; elles sont l'expression d'un trouble mental.

3° Les fugues ambulatoires et les actes commis pendant leur durée sont spontanés, inconscients et le sujet ne peut en subir les conséquences.

4° Un examen spécial doit être fait pour la recherche de ces impulsions morbides dans tous les cas douteux de fuite, désertion, vagabondage.

---



LEGRAND DU SAULLE. — *Etude médico-légale sur les épileptiques*, 1877, p. 110.

LACASSAGNE. — *Précis de médecine légale*.

MARRET. — *Epilepsie procursive*. (Revue de médecine, 1889.)

MARIE. — *Un persécuté migrateur*. (Société médicale des hôpitaux, 1893, août.)

MOTET. — *Automatisme ambulatoire traumatique*. (Annales médico-psych., 1886.)

PROUST. — *Automatisme ambulatoire hystérique*. (Académie des sciences médicales, 1890. Bulletin médical.)

RIBOT. — *Maladies de la personnalité*. (Paris, 1884.)

» *Maladies de la volonté*.

SAINT-AUBIN. — Thèse de Paris, 1890, t. XVII.

SIMPLICI. — *Lo sperimentale*, 1889. *Un cas de déterminisme ambulatoire*.

SOUQUES. — *Dipsomanie*. (Archives de neurologie, 1892.)

SOUS. — Thèse de Paris, 1889-90, t. XVIII.

TISSIÉ. — *Les aliénés voyageurs*. (Thèse de Bordeaux, 1889.)

TROUSSEAU. — *Clinique médicale*, 1865.

VOISIN. — *Semaine médicale*, 10 août 1890.

» *Congrès de méd. mentale*, 1889.

» *Annales médico-psych.*, 1889, t. X, page 418.

» *Revue médicale de l'Est*, 1891, 19 juin.