

vant, à ce titre, se rencontrer chez les individus sains. Pour que cette anomalie marque la dégénérescence et, par suite, prenne les caractères d'un stigmate, il faut et qu'elle ait une réelle importance par elle-même et surtout qu'elle soit associée à un certain nombre d'autres anomalies. Pour qu'il y ait dégénérescence, il faut, peut-on dire à juste titre, un *bloc* de stigmates.

Cela étant, il importe d'indiquer ici les vices d'organisation qui occupent les premiers rangs dans la hiérarchie des stigmates et aussi les modes d'association les plus fréquents de ces stigmates entre eux dans la dégénérescence.

Les vices d'organisation les plus importants sont, cela se conçoit aisément, les vices d'organisation psychique. C'est qu'en effet ces vices d'organisation ne représentent pas seulement, comme les malformations physiques, les signes révélateurs plus ou moins fidèles de la dégénérescence ; ils en sont eux-mêmes les éléments constitutifs.

Les stigmates essentiels de la dégénérescence sont donc les stigmates psychiques et, parmi eux, ceux que nous avons désignés sous le nom de : Arrêt de développement intellectuel et moral ; déséquilibre ; instabilité ; impulsivité ; amoralité ; inaffectivité ; insociabilité.

Parmi les malformations physiques, celles qui ont le plus de valeur comme stigmates de dégénérescence sont : les *malformations du crâne* (microcéphalie, plagiocéphalie, scaphocéphalie, oxycéphalie, etc.) ; les *malformations des organes génitaux* (anorchidie, hypospadias, épispadias, impuberté, etc.) ; les *malformations des mâchoires*, des dents ; l'absence de langage et les vices de prononciation ; les *malformations des oreilles* ; les *malformations de la voûte palatine*.

Un individu porteur de vices d'organisation dans chacune de ces parties du corps est sûrement un dégénéré.

Les malformations du crâne, des organes génitaux, des mâchoires et des dents sont trop connues et trop faciles à constater pour que nous en reprenions l'étude en détail ici. Nous nous bornerons donc à entrer dans quelques considérations sur les malformations des oreilles et les malformations du palais, parce qu'elles sont d'une appréciation plus délicate et que, suivant

FRIGERIO et CHARON, elles viennent en tête, par leur fréquence, parmi les stigmates de dégénérescence.

C) MALFORMATIONS DE L'OREILLE

Les malformations de l'oreille, comme stigmates de dégénérescence, ont été spécialement étudiées par GIACCHI, FÉRÉ et SÉGLAS, LANNOIS, FRIGERIO, BINDER, GRADENIGO, VOLI, PETRONA, EYLE, SCHWALBE, ADOLF MEYER, FRED. PETERSON, JOHN R. LORD, WARDA, etc.

Elles peuvent porter sur l'ensemble de l'oreille ou sur chacune de ses parties constituantes.

Pour les mieux saisir, nous reproduirons ici l'oreille normale, d'après FÉRÉ et SÉGLAS, ainsi que les mesures principales de l'oreille, d'après SCHWALBE et d'après MEYER.

La *forme générale de l'oreille* peut être anormale et présenter les aspects les plus variés. Ces aspects résultent d'un excès ou d'un défaut de longueur ou de largeur (oreilles longues, courtes, larges, étroites), de l'exagération ou de la petitesse de l'organe ou d'une de ses parties, principalement de la portion supérieure (oreille géante, oreille naine) ou encore de la position et de l'implantation de l'oreille sur le crâne. D'après FRIGERIO, l'angle auriculo-temporal (écartement de l'oreille) qui est inférieur à 90° dans 80 p. 100 des cas, chez les sujets sains, atteint ce chiffre chez 39 p. 100 des aliénés et chez 55 p. 100 des criminels. Dans certains cas, l'oreille forme avec la

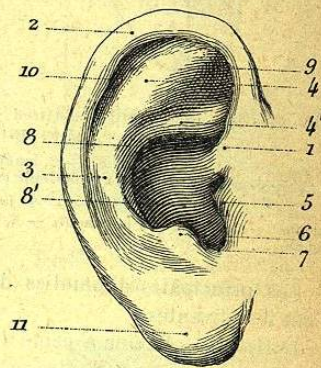


Fig. 5.

Oreille normale.

1, racine de l'hélix. — 2, hélix. — 3, anthélix. — 4, fourche crurale, branche supérieure. — 4', fourche crurale, branche inférieure. — 5, tragus. — 6, antitragus. — 7, scissure intertragienne. — 8, partie supérieure de la conque. — 8', partie inférieure de la conque. — 9, fossette intercrurale. — 10, fossette scaphoïde. — 11, lobule.

joue un véritable angle droit (oreille en anse de LOMBROSO).

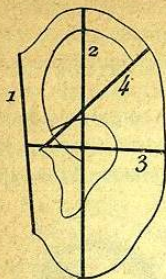


Fig. 6.

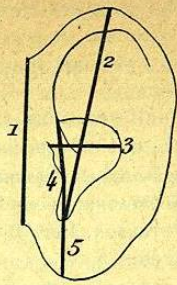


Fig. 7.

Mensuration de l'oreille (d'après ADOLF MEYER, *American Journal of insanity*, 1896).

Fig. 6. — 1, base de l'oreille. — 2, longueur de l'oreille. — 3, largeur de l'oreille. — 4, dimension de la pointe de l'oreille au tragus.

Fig. 7. — 1, base de l'oreille. — 2, longueur de l'oreille à l'incisure intertragienne. — 3, largeur de la conque. — 4, longueur de la conque. — 5, longueur du lobule.

Les principales anomalies des diverses parties de l'oreille sont les suivantes :

1° *Hélix*. — Racine à peine apparente. Racine très marquée, saillante, se prolongeant à travers la conque qu'elle divise en deux cavités secondaires (FÉRÉ et HUET, GRADENIGO) pour rejoindre l'anthélix, formant ainsi le pli transverse de la conque.



Fig. 8.

Oreille de MOREL (d'après ADOLF MEYER).

Partie ascendante de l'hélix aplatie; enroulée; retournée; recouvrant en partie la branche supérieure de la fourche crurale.

Partie descendante de l'hélix aplatie; retournée; fusionnée avec l'anthélix, recouvrant la fossette scaphoïde.

Bord libre de l'hélix dentelé; découpé; irrégulier.

Tubercule de DARWIN apparent soit en arrière (oreille de macaque, de cercopithèque), soit en avant, pointu ou arrondi.

2° *Anthélix*. — Anthélix effacé, ou proéminent sur le plan du pavillon.

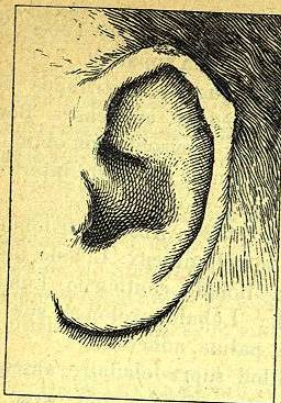


Fig. 9.

Oreille de DARWIN (d'après FRED. PETERSON, *State Hospitals Bulletin*, 1896).



Fig. 10.

Oreille de WILDERMUTH (d'après FRED. PETERSON).

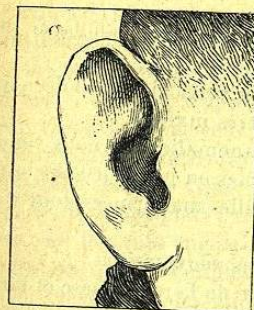


Fig. 11.

Oreille de STAHL n° 1 (d'après FRED. PETERSON).

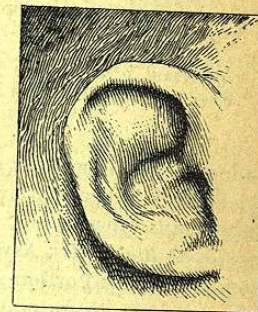


Fig. 12.

Oreille de STAHL n° 2 (d'après FRED. PETERSON).

Branche supérieure de la fourche crurale exagérée ou absente, d'où fusion de la fossette intercrurale avec la fossette scaphoïde.

Branche inférieure amoindrie ou saillante, d'où diminution ou exagération de la fosse naviculaire, située entre elle et la racine de l'hélix.

3° *Tragus*. — *Tragus* effacé; saillant; conique. Tubercule supertraginien apparent.

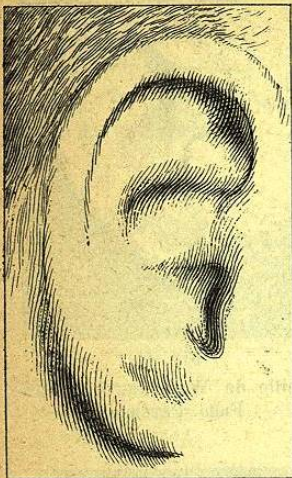


Fig. 13.

Oreille de STAHL n° 3 (d'après FRED. PETERSON).

Antitragus. — *Antitragus* déjeté en dedans, en dehors. Bord postérieur horizontal ou oblique. Disparition de l'incisure intertraginienne.

4° *Lobule*. — Absence de lobule. Lobule volumineux. Lobule tombant. Lobule contourné. Lobule bifide. Lobule prolongé sur la joue, palmé, adhérent.

Sillon supra-lobulaire absent; très marqué; fusionné avec la fossette scaphoïde.

Sillon oblique marqué totalement ou dans la portion antitraginienne.

Tubercule rétro-lobulaire saillant.

Sillon vertical du lobule apparent; très marqué.

Les anomalies que nous venons

d'énumérer constituent par elles-mêmes ou par leur association avec d'autres, différents types d'oreilles malformées dont voici les principaux types :

Oreille de Blainville : Asymétrie des deux oreilles.

Oreille de Morel : Portion supérieure de l'oreille plate et large, oreille dépliée, en forme de lame amincie sur les bords (oreille de macaque).

Oreille de Darwin : Tubercule marqué et plus ou moins saillant au niveau de la naissance de la partie descendante de l'hélix.

Oreille de Wildermuth : Oreille avec anthélix proéminent effaçant et couvrant plus ou moins l'hélix. L'oreille d'Aztèque

de WILDERMUTH représente un autre type dans lequel le lobule est absent, la branche supérieure de l'anthélix se fond sans démarcation dans l'hélix élargi et forme en bas le bord de la conque, la branche inférieure de l'hélix étant absente ou à peine marquée.

Oreille de Stahl n° 1 : L'hélix est très élargi dans sa partie transverse et recouvre partiellement la fossette intercrurale. La partie inférieure de l'hélix est absente (Oreille d'éléphant).

Oreille de Stahl n° 2 : La fourche crurale est grande et large. Elle présente des bifurcations multiples, principalement dans sa branche supérieure.

Oreille de Stahl n° 3 : Le lobule est absent. La cavité de la conque presque nulle. La fossette scaphoïde superficielle. L'hélix, l'anthélix et l'antitragus sont fusionnés.

D) MALFORMATIONS DE LA VOUTE PALATINE

Les malformations de la voute palatine ont été plus particulièrement étudiées par WALTER CHANNING, CLOUSTON, CHARON, TALBOT, NACKE, FR. PETERSON, GOODALL et E. H. HARRISSON.

CHARON (Thèse 1891) a constaté que les malformations dégénératives de la voute palatine, qui existent à peine chez 10 p. 100 des sujets normaux, se retrouvent chez 80 p. 100 des aliénés dégénérés. Ce sont, d'après lui, les plus fréquentes des anomalies, y compris même celles des oreilles.

Ses recherches, mensurations, moulages, etc., l'ont conduit à reconnaître comme types de malformations de la voute palatine : 1°) la voute plate; 2°) la voute en dôme; 3°) la voute en ogive; 4°) la voute angulaire; 5°) la voute asymétrique, associée le plus souvent à l'un des autres types. Il conclut également que le classement des anomalies est, par ordre de fréquence : le type ogival, le type angulaire, le type en dôme, le type plat, et, par ordre de gravité : le type angulaire, le type ogival, le type en dôme, le type plat, l'asymétrie ajoutant encore, pour chaque type, à cette gravité.

FR. PETERSON (1896), donnant les résultats de ses recherches sur 100 criminels, 600 idiots et 500 névropathes variés, a adopté

le classement suivant, que le terme usuel de palais gothique l'a poussé à emprunter au langage de l'architecture. Palais anor-

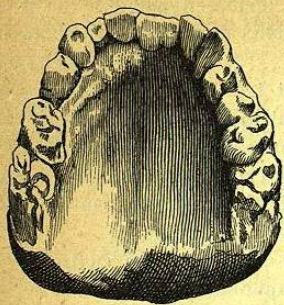


Fig. 14.

Palais normal (d'après Clouston).

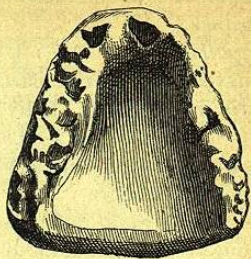


Fig. 15.

Palais neurotique (d'après Clouston).

maux : 1° palais à arc gothique ; 2° palais à arc en sabot de cheval ; 3° palais en dôme ; 4° palais à toit plat ; 5° palais à



Fig. 16.

Palais déformé (d'après Clouston).

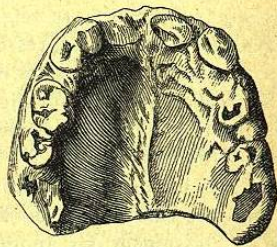


Fig. 17.

Palais déformé avec arête centrale (d'après Clouston).

voûte élevée ; 6° palais asymétrique ; 7° palais torus ou renflé, par saillie variable de longueur et d'épaisseur le long de la

suture médio-palatine, trouvé fréquemment par NACKE chez les femmes psychopathes, mais surtout épileptiques et criminelles (32 à 34 p. 100). Ces sept variétés représentent des types très nets, isolés ou combinés avec les autres formes.

HARRISON classe les anomalies palatines en deux groupes ou types : 1° Le premier type représenté par les palais des psychopathes héréditaires est variable, mais son caractère distinctif est d'être *plat*, dans toutes ses parties, ou tout au moins de profondeur peu marquée en avant ; 2° le second type représenté par les palais des dégénérés en général est également variable, mais son caractère essentiel est d'être d'une profondeur exagérée au niveau des premières bicuspides.

CLOUSTON (1891) a fait porter ses recherches sur plus de 1.800 personnes, normales ou pathologiques. Après un sérieux examen, il divise simplement les palais en trois catégories : 1° le *palais typique* (typical) ; 2° le *palais neurotique* (neurotic) ; 3° le *palais déformé* (deformed).

1° Le *palais normal* ou typique a un arc en fer à cheval et une voûte basse mais large et bien régulière ; 2° le *palais neurotique* a un arc plus gothique, à côtés plus allongés parallèlement, une voûte plus haute et plus étroite ; 3° le *palais déformé* présente de nombreuses variétés, mais la plus commune est le palais très haut et très étroit, rappelant la forme d'une selle, avec les renflements des deux côtés de l'arc dentaire. A ce type appartiennent les palais asymétriques avec saillies centrales suivant la ligne d'ossification, ceux offrant des dépressions marquées au niveau des points de jonction des os intermaxillaires, ceux creusés en forme de tasse, etc. Ces trois catégories ne sont pas séparées par des caractères absolument tranchés et il existe des intermédiaires les reliant insensiblement les uns aux autres.

Le tableau suivant, dressé par CLOUSTON, donne une idée exacte de la proportion de ces types de palais dans chaque classe d'individus examinés.

	PALAIS TYPIQUE	PALAIS NEUROTIQUE	PALAIS DÉFORMÉ	NOMBRE D'INDIVIDUS EXAMINÉS
	p. 100.	p. 100.	p. 100.	
Population générale.	40 1/2	40	19	604
Criminels (dégénérés)	22	43	35	286
Aliénés (folie acquise)	23	44	33	761
Épileptiques	20	43	37	44
Psychoses de développement	12	33	55	171
Idiots et imbéciles	11	28	61	169

Nous croyons intéressant de reproduire ici quelques-unes des figures des moules de palais annexées par CLOUSTON à son

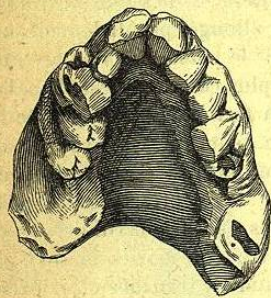


Fig. 18.

Palais extrêmement déformé
(d'après CLOUSTON).

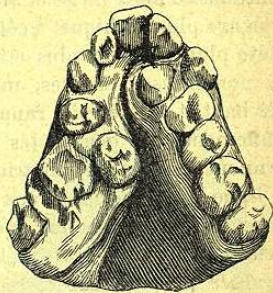


Fig. 19.

Palais extrêmement déformé
(d'après CLOUSTON).

étude, ainsi que les sections transverses et longitudinales des trois types de palais qu'il y a jointes.

On y reconnaîtra facilement les diverses formes d'anomalies

palatines proposées par les auteurs, en particulier celles de CHA-

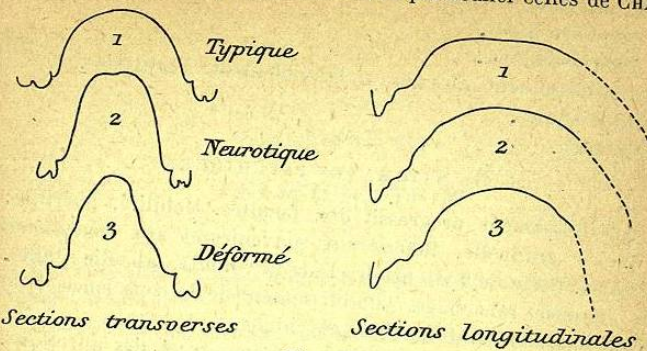


Fig. 20.

Sections de types de palais (d'après CLOUSTON).

Les lignes ponctuées représentent la partie molle du palais.

RON, qui nous paraissent pouvoir de préférence, être adoptées.

§ 2. — SIGNES DE DÉSORGANISATION (STIGMATES DE DÉCHÉANCE)

Les lésions de désorganisation ou stigmates de déchéance caractérisent spécialement un groupe de maladies mentales que nous étudierons plus tard sous le nom d'*Infirmités psychiques d'involution ou Démences*. Comme les lésions d'organisation, elles peuvent être *psychiques* ou *physiques* et porter sur tous les appareils et organes de l'économie.

Généralement, elles ne se trouvent pas décrites dans les ouvrages parmi les symptômes des psychopathies. Nous croyons cependant devoir mentionner ici les principales d'entre elles, comme nous l'avions fait dans la précédente édition de ce livre.

A) STIGMATES PHYSIQUES

Alopécie.

Arc sénile de la cornée. Diminution de l'acuité visuelle. Presbytie. Cataracte.

Diminution de l'acuité auditive. Surdité.
 Perte des dents.
 Artério-sclérose.
 Affaiblissement musculaire. Tremblement. Paralysies.
 Impuissance.
 Gâtisme.

B) STIGMATES PSYCHIQUES

Affaiblissement progressif des facultés. Mobilité, puérité.
 Amnésie graduelle. Retour aux souvenirs et aux événements
 anciens. Perte de l'attention et de la volonté (aboulie sénile).
 Incohérence, rabâchage. Affaiblissement de la conscience et de
 la personnalité. Automatisme psychique.

Affaiblissement progressif des sentiments et des affections.
 Caractère enfantin.
 Egoïsme. Oubli des convenances. Entraînements instinctifs.
 Salacité.

CHAPITRE III

CLASSIFICATION

Une *classification*, en Psychiatrie, est un fil conducteur absolument nécessaire.

Pour être comprise non seulement par les spécialistes, mais aussi par les non-spécialistes qui constituent de plus en plus aujourd'hui la majeure partie des lecteurs de nos ouvrages, cette classification doit être simple, méthodique et claire.

Ma constante fréquentation des étudiants depuis vingt-cinq ans m'a été très utile à ce point de vue et c'est en tâtonnant et en soumettant chaque essai à l'épreuve de cet auditoire de choix que je suis arrivé à formuler la classification qui figure dans la précédente édition de ce *Précis*. Les élèves et les médecins praticiens la saisissaient aisément et quant aux aliénistes des divers pays, ils lui avaient fait pour la plupart le meilleur accueil. Toulouse, dans une importante *Revue critique*, la note comme la moins défectueuse des principales classifications existantes et plusieurs auteurs, tels que KERAVAL, l'ont adoptée et reproduite dans leurs livres.

Or, depuis quelques années, la Psychiatrie française, visiblement entraînée vers la science allemande, tend à adopter les classifications de KRAEPELIN, le célèbre professeur de Munich. Cette tendance n'est du reste pas spéciale à notre pays et elle se retrouve dans beaucoup d'autres.

J'ai donc dû, n'ayant en réalité d'autre parti pris que celui de bien faire, examiner sérieusement la classification de KRAEPELIN, tout prêt à l'adopter et à la prendre ici pour guide si elle répondait aux qualités essentielles, énumérées plus haut, d'une bonne classification psychiatrique et si, facilement com-