AVANT-PROPOS

Depuis longtemps déjà, dans tous les pays du monde, des campagnes d'hygiène ont été organisées pour combattre la tuberculose, la mortalité infantile, l'alcoolisme, les maladies vénériennes, etc. La médecine évolue vers la prévention des maladies, prévention de la variole, de la diphtérie, de la scarlatine, du tétanos, de la typhoïde, de l'encéphalite, etc., et des résultats étonnants ont été obtenus, mais ne nous illusionnons pas, il y a encore une somme énorme de travail à accomplir.

Il restait une autre campagne d'hygiène à entreprendre dont les résultats doivent atteindre l'homme dans tous ses âges et toutes les classes de la société, campagne éminemment morale et sociale, *celle de l'hygiène mentale.*

Il y a quatre ans, grâce au concours du Comité National d'Hygiène Mentale du Canada, un Comité d'hygiène mentale a été organisé à Montréal pour la province de Québec. Ce Comité s'est tracé un programme d'action d'une très grande envergure. Il s'est proposé de prévenir et de guérir les maladies mentales et nerveuses; de faciliter le traitement scientifique de ces maladies; de donner l'attention voulue aux arriérés mentaux et aux arriérés pédagogiques; de faire l'éducation du public en le renseignant sur l'application de principes favorables à la santé mentale.

Grâce à la coopération du gouvernement de la province, des corporations hospitalières et des universités, l'organisation de nos institutions pour aliénés a subi une transformation extraordinaire durant les dernières années. Les asiles d'antan sont devenus des hôpitaux. Il ne s'agit plus de refuges où séquestrer les aliénés, mais d'hôpitaux où les malades du cerveau sont considérés comme des malades réels qu'il faut secourir, et guérir si possible. Il est à noter que certaines conditions mentales sont le résultat d'affections physiques, d'une intoxication, etc., lorsqu'une attention appropriée est donnée à ces causes physiques, il arrive souvent que le choc cérébral disparaît et qu'une guérison s'ensuit.

Il y a actuellement environ dix mille aliénés publics dans nos institutions, soit un plus grand nombre de malades dans nos hôpitaux d'aliénés que dans les hôpitaux généraux réunis. Ce chiffre ne comprend pas la population des malades privés internés dans nos hôpitaux d'aliénés. Depuis vingt ans, la population de la province de Québec a augmenté d'un tiers, alors que la population des aliénés publics internés dans nos institutions a plus que doublé. Les malades du cerveau sont en si grand nombre aujourd'hui que nos institutions ne suffisent plus à les contenir. Diverses causes sont responsables de cette augmentation. Alors qu'autrefois les familles gardaient auprès d'elles un vieux parent que l'âge avait rendu irresponsable, quoique inoffensif, elles se libèrent aujourd'hui de ce fardeau en chargeant l'état du soin de ce dément ou de cette démente sénile. La vie effrénée telle que vécue depuis la guerre, la folie du luxe, du jazz, de la bourse, le krach et la dépression actuelle ont fait éclore des folies sans nombre. Et n'oublions pas les déchets de l'hérédité : un alcoolique, un syphilitique ne peut que procréer des êtres affaiblis mentalement et physiquement. Voilà les causes de l'encombrement de nos hôpitaux d'aliénés. Il faudrait des institutions nouvelles pour loger nos arriérés mentaux, nos déments séniles, nos épileptiques, nos narcomanes et nos alcooliques, mais ces établissements représenteraient une charge trop lourde en ces temps de crise économique.

Ailleurs on cherche à remédier au surpeuplement des pays, à la pauvreté et à l'égoïsme humain, en légalisant les moyens anticonceptionnels et même l'avortement. On favorise le malthusianisme ou le contrôle des naissances, c'est-à-dire le "suicide de la race", d'après la définition de Théodore Roosevelt, l'ancien président des Etats-Unis. On légalise la stérilisation de tout sujet dont la postérité hériterait de graves anomalies physiques ou mentales. On va plus loin encore, on veut pratiquer l'euthanasie ou l'assassinat des incurables, des infirmes, au moyen du chloroforme, de la morphine, etc., dans le but de soulager la souffrance de ces miséreux et de dégrever l'état du fardeau de leur hospitalisation ; c'est la réapparition de la roche tarpéienne de l'antiquité que le Christ avait fait disparaître.

Malthusianisme, stérilisation, euthanasie, n'intéressent guère le Comité d'Hygiène Mentale de la province de Québec qui s'appuie plutôt sur les lois naturelles et sur la morale chrétienne, aussi croit-il que l'éducation de la population aux points de vue de la morale et de l'hygiène mentale est le plus sûr palliatif pour remédier à la situation actuelle.

Cependant c'est une tâche ardue, pour ne pas dire impossible, que de tenter d'opérer un changement dans les penchants, la mentalité de certains adultes suffisamment normaux pour circuler en liberté, mais atteints néanmoins de phobies ou de faiblesses qui font le désespoir de leur entourage. Il aurait fallu que quelqu'un se chargeât de redresser ces travers dès l'enfance et même l'adolescence et ainsi empêcher qu'ils se développent, avec les années, en phobies, folies ou habitudes, plus ou moins inoffensives. Il s'ensuit donc que c'est à l'enfant, l'homme de demain, qu'il faut porter toute notre attention. C'est ainsi que le Comité d'Hygiène Mentale a voulu s'intéresser d'une façon toute spéciale à l'enfance en général, mais surtout à l'enfance arriérée, à l'enfance anormale.

Tous les êtres humains sont égaux devant Dieu, mais non pas devant les hommes, ceux-ci classant les individus d'après leur psychisme. Il y a des personnes exceptionnellement douées au point de vue de l'intelligence, d'autres ont une intelligence moyenne et d'autres une intelligence inférieure. Une société bien organisée comporte dans ses individus cette gradation des capacités intellectuelles et chacun dans sa sphère joue un rôle pour le plus grand bien de l'individu et de la collectivité.

Dès le jeune âge, il importe de faire la ségrégation des intelligences. Ainsi un enfant d'un âge chronologique de douze ans peut avoir un âge mental de sept ou huit ans. Est-il juste que cet enfant d'un âge mental moindre que son âge chronologique demeure avec des enfants dont l'âge mental correspond ou dépasse l'âge chronologique? Ne vaut-il pas mieux mettre à part cet enfant et le faire bénéficier, avec d'autres enfants du même âge mental que lui, d'une éducation spéciale et individuelle dans des classes de nos écoles spécialement organisées à cet effet?

Il est à noter qu'il y a des arriérés pédagogiques et des arriérés mentaux. On compte parmi les premiers, les enfants dont l'arriération est dûe à la maladie, à une absence prolongée de l'école, à un défaut physique, tel qu'une mauvaise vision, une audition imparfaite, des végétations adénoïdiennes, etc., et souvent il suffit de donner l'attention voulue au défaut physique et d'un court séjour dans une classe spéciale, pour permettre à ces enfants de reprendre leur place parmi les autres enfants du même âge chronologique qu'eux. Quant aux seconds, ils ne pourront acquérir que certaines connaissances en rapport avec leurs capacités intellectuelles. Plusieurs de ces enfants peuvent faire partie des classes spéciales des écoles, mais

les autres, ceux qui ne peuvent bénéficier que de l'éducation sensorielle, doivent être dirigés vers les institutions médico-pédagogiques. Faute d'institution appropriée pour les recevoir, un grand nombre de ces enfants fréquentent nos écoles où ils paralysent le bon fonctionnement des classes et où ils sont un surcroît de travail pour le professeur.

Nos écoles de Montréal sont déjà assez bien organisées au point de vue de l'hygiène mentale. Monsieur Victor Doré, président général de la Commission des Ecoles Catholiques de Montréal, vous en dira quelques mots. Je pense que l'organisation dans la ville de Québec ne tardera pas à être complète. D'ailleurs tous nos amis qui ont bien voulu assister à cette réunion, ne nous prouvent-ils pas par leur présence qu'ils apprécient l'importance du travail entrepris par le Comité d'Hygiène Mentale et qu'ils sont prêts à coopérer dans notre campagne d'hygiène mentale?

Je remercie d'une façon toute particulière les membres du clergé de leur appui si essentiel car ce n'est qu'avec cet appui que nous pouvons espérer obtenir des résultats pratiques de notre campagne d'éducation.

En ma qualité de directeur médical des hôpitaux d'aliénés de la province de Québec, je désire profiter de cette occasion pour féliciter les surintendants et les médecins de nos hôpitaux d'aliénés pour leurs travaux scientifiques et leur zèle à soulager les pauvres déshérités. Je mentionne tout spécialement le Surintendant de l'Hôpital Saint-Michel Archange qui depuis près de cinquante ans se dévoue sans compter au soin des aliénés. Je désire aussi ajouter que les membres des corporations hospitalières, nos religieuses, ont droit à toute notre admiration pour la charité et le dévouement avec lesquels elles accomplissent leur tâche journalière auprès des malades que nous leur confions.

Dr A.-H. DESLOGES.

DISCOURS DU PRÉSIDENT GÉNÉRAL DE LA COMMISSION DES ÉCOLES CATHOLIQUES DE MONTRÉAL

Après le vigoureux exposé du docteur Desloges au banquet qui a précédé cette séance et les remarquables études que vous venez d'entendre, que reste-t-il à dire? Cet auditoire reconnaît l'importance de l'hygiène mentale, félicite les psychiâtres et les neurologues de leurs recherches, de leurs découvertes, de leurs conclusions. Les plaidoiries sont finies, le jugement est rendu; aussi bien, je n'ai pas pour mission de disserter davantage sur la question. Je suis ici simplement comme témoin prêt à déclarer la vérité, toute la vérité, rien que la vérité sur le cas que nous faisons de l'hygiène mentale à l'école primaire dans notre métropole et l'effort que nous fournissons pour l'y installer en permanence.

Le docteur de Bellefeuille [1] vous a dit comment l'on dépistait les arriérés mentaux dans nos écoles, l'étroite collaboration qui doit exister, qui existe de fait entre nos instituteurs et le personnel du Service de santé de notre ville, les patientes recherches des psychiâtres et l'intérêt que notre Commission porte à leurs conclusions. Je n'ajouterai que quelques mots.

Les éducateurs ne sauraient rester indifférents au problème qui vous a été exposé. Aussi, depuis quelques années déjà, la Commission des Ecoles catholiques de Montréal s'intéresse de façon toute spéciale aux arriérés dans ses écoles et à leur catégorisation. Je vous rappellerai que notre Commission contrôle plus de deux cent trente (230) écoles fréquentées par une population scolaire de cent quinze mille (115,000) enfants.

Plus de quatre-vingt pour cent (80%) de nos écoliers n'auront pour tout bagage, dans la vie, que les connaissances acquises au cours primaire proprement dit. Il en sera longtemps ainsi et nous ne différons pas, sur ce point, des autres pays civilisés. Vous êtes-vous demandé, mesdames et messieurs, ce qu'est la tâche d'un instituteur chargé d'instruire de quarante à cinquante bambins dissemblables,

(1) Voir page 14.

dont le plus grand nombre sont considérés, dans leur foyer, comme des petits prodiges? Point n'est besoin de vous dire que tous ne sont pas également doués et que pour être compris, obéi, respecté, aimé du plus grand nombre, l'instituteur doit faire preuve d'une patience inlassable, car il a le devoir de s'intéresser à tous ses élèves et, pour être productif, son enseignement doit être à la portée de tous et de chacun d'entre eux.

Un trop grand nombre d'enfants, toutefois, si l'on n'y met pas ordre, n'iront jamais au-delà de la troisième ou de la quatrième année du cours primaire et persisteront à fréquenter l'école, à doubler, à redoubler leurs classes et, finalement, renonceront à l'étude, parce que dégoûtés, découragés.

Le cycle des études primaires serait plus vite parcouru si, à tous ses degrés, nous n'avions que des super-normaux et si tous les enfants qui fréquentent nos écoles étaient également doués.

Vous conclurez, en supposant le maître toujours à la hauteur de sa tâche, que le ralentissement dans le progrès peut découler de la lenteur intellectuelle de groupes plus ou moins nombreux d'élèves. En d'autres termes, si dans une classe de cinquante élèves chez les petits, quinze sont des arriérés pédagogiques, cinq sont des instables, trois, des arriérés mentaux, le progrès des vingt-sept élèves absolument normaux et susceptibles de suivre leur classe avec succès se trouve forcément retardé. Pour le plus grand bien de ces cinquante élèves et dans l'intérêt des mieux comme des moins doués, il faut, quand la chose est possible, les séparer, rechercher les causes de l'arriération, en déterminer le quota puis, au courant des faits, grouper dans des classes spéciales, sous la tutelle de maîtres avertis, ceux qui réclament une attention particulière.

L'enseignement, dans ces classes spéciales, différera de l'enseignement régulier; les élèves ne recevant pas plus individuellement qu'ils ne sont susceptibles d'assimiler. Il y aura dans cette classe spéciale, comme dans toutes les autres, un premier et un dernier de classe, sans doute, mais être le premier dans une classe de vingt quand on a été le trentième dans une classe de cinquante, c'est merveilleux. L'enfant qui, dans la classe régulière, se serait découragé aura tôt fait de reprendre le terrain perdu et, après un an, quelquefois moins, il sera peut-être en mesure de suivre, sans trop d'effort, ceux avec qui on l'avait d'abord classé et qu'il n'aurait jamais pu espérer rejoindre sans un stage dans une classe spéciale. Les autres, moins heureux, et dont le quotient intellectuel demeure manifestement in-

suffisant ne suivront jamais le cours régulier. Il serait ridicule de les y forcer, mais quand ils quitteront l'école, après trois, quatre ou cinq années d'études, ils posséderont tout ce qu'ils étaient capables d'acquérir.

Il ne faut pas croire que le verdict du psychiâtre est sans appel et que, placés dans une classe spéciale, les élèves que nous y groupons sont considérés à jamais comme des arriérés pédagogiques, ou des anormaux mentaux. Au contraire, tous et chacun deviennent l'objet d'une sollicitude attentive; une observation constante, des examens périodiques permettant de suivre l'étendue de leurs progrès et leurs possibilités respectives d'avancement.

Oui, nous avons cru ces classes spéciales nécessaires et nous en avons organisé plus de soixante dans nos écoles et nos finances n'en ont pas trop souffert. Evidemment, les classes spéciales ne peuvent pas contenir un aussi grand nombre d'élèves que les classes régulières; l'enseignement y deviendrait trop pénible; de fait, elles ajoutent à nos dépenses, mais nous considérons comme un devoir social, comme un besoin pédagogique, de les créer et de les maintenir. Avec le temps, du reste, leur existence aura, sur nos finances, une heureuse répercussion.

M. Victor DORE,
Président Général
de la Commission des Ecoles Catholiques
de Montréal.

ALLOCUTION D'OUVERTURE

Par M. le Dr Willie VERGE,
Chef du Service de Transfusion,
Assistant-Chirurgien de l'hôpital de l'Enfant-Jésus.
Président de la Société Médicale de Québec.

Monseigneur le Vice-Recteur,
Votre Honneur le Maire,
Mesdames et Messieurs.

Convaincu de la nécessité des soins médicaux donnés aux arriérés mentaux et des succès de cette œuvre humanitaire, j'ai cru qu'il était du rôle de la Société Médicale de Québec de convoquer une séance spécialement destinée à l'hygiène mentale.

L'auditoire d'élite, qui remplit cette salle: éducateurs distingués, professeurs des facultés, médecins, journalistes, étudiants, gardes-malades, représentants de sociétés philanthropiques, conférenciers, spécialistes qui ont accepté volontiers de nous intéresser ce soir par leurs travaux de la plus haute valeur, me prouvent l'intérêt que "tous" portent à ce sujet.

Monseigneur le Doyen de la Faculté des Arts, Monsieur le Secrétaire de la Faculté de Médecine, représentants du Recteur et du Doyen, votre double collaboration à ce mouvement démontrent, que l'Université Laval, fondatrice de l'Ecole de la Jemmerais, est toujours au premier rang, lorsqu'il s'agit en notre ville de problèmes scientifiques et philantrophiques. D'ailleurs, cette place lui revient de droit -- à l'avance, je vous remercie tous cordialement.

Monsieur le premier Magistrat de la Cité de Champlain, votre présence, malgré vos nombreuses occupations, affirme que vous voulez sagement vous renseigner, dans l'intérêt public, sur les faits et gestes que comporte la thérapeutique des miséreux mentaux, au nom du Comité de l'Hygiène Mentale et des médecins qui sont ici présents, je vous prie d'agréer l'expression de ma gratitude.

Le titre de séance "Médico-sociale" que nous avons voulu attacher à ce programme ne sera pas sans nous impressionner sur le caractère que nous voulons lui donner. En effet, l'Hygiène Mentale a non seulement pour objet de guérir certaines formes d'aliénation mentale, mais aussi, par le dépistage des sujets, d'en ralentir la progression, et voilà pourquoi elle doit compter sur le concours des médecins, secondé par l'aide des profanes. L'Hygiène Mentale, comme les maladies infectieuses, la tuberculose, le cancer, la mortalité infantile, fait partie de la médecine préventive — et si elle est bien comprise par le corps médical et soutenue efficacement par l'Etat, elle aura pour résultat la diminution du fardeau de l'Assistance Publique et de notre budget civique, en faisant des infirmes mentaux, des citoyens utiles et des collaborateurs au progrès social.

Messieurs les journalistes, qui avez aimablement répondu à l'appel, je tiens particulièrement à vous remercier de votre appui. Au risque de perdre la présidence en vous invitant ce soir, j'ai dérogé à la constitution de notre association, et j'espère que mes confrères me pardonnent ce manque de déontologie.

Connaissant la mentalité des rédacteurs de la presse en notre ville, je suis persuadé qu'après avoir entendu ces exposés des savants médecins sur l'Hygiène Mentale dans notre province et notre cité, ils prêteront de nouveau main forte dans l'intérêt de la chose publique à cette science médicale qui a pour but de protéger ceux que la Providence a placés sous nos soins par suite de leur inaptitude à vivre au milieu de la société.

L'HYGIÈNE MENTALE DANS LE DOMAINE PRATIQUE

Monsieur le Président,
Mesdames,
Messieurs,

Vous comprendrez le pourquoi de ma présence ici ce soir si je vous dis que je suis membre de la Commission d'Hygiène Mentale de la province de Québec, où je représente l'Université de Montréal.

J'ai écouté avec intérêt et je dirai même avec beaucoup de satisfaction le discours prononcé au banquet du Château Frontenac tout à l'heure par Mgr Camille Roy, le distingué Recteur de l'Université Laval, ainsi que les remarques de M. Lavigueur, maire de votre belle ville. J'ai applaudi avec vous le discours de Mgr Pelletier, Vice-recteur de Laval, que nous venons d'entendre à cette réunion scientifique, organisée par M. le Dr Willie Verge, Président de la Société Médicale de Québec, et j'ai admiré l'exposé magistral fait par M. Victor Doré, Président général de la Commission Scolaire Catholique de Montréal.

Ces orateurs sont des pédagogues d'une telle renommée que personne n'osera mettre en doute leur compétence en toutes questions d'éducation.

D'où vient que nos éducateurs s'intéressent si vivement depuis quelques années à l'hygiène mentale, non seulement chez les adultes mais plus particulièrement chez les enfants. C'est que si nous sommes quelque peu en retard sur beaucoup d'autres pays, les Etats-Unis entre autres et nos voisins de l'Ontario, nous n'en progresserons que plus vite une fois bien convaincus de la nécessité d'une méthode d'enseignement spécial à certains enfants.

Ceux parmi vous qui ont entendu M. le Dr A.-H. Desloges, Président de la Commission d'Hygiène Mentale de la province de Québec, au Chêteau Frontenac il y a quelques instants, ont vu leurs doutes s'évanouir, s'ils en avaient encore, au sujet de l'absolue nécessité d'organiser au plus tôt notre enseignement scolaire au point de vue bien particulier des arriérés mentaux. Ce vigoureux plaidoyer ne restera pas sans résultats, nous le réalisons tous, puisque nos grands

éducateurs sont plus que jamais en faveur de l'installation dans nos écoles de classes spéciales pour ces enfants, et recommandent la fondation d'institutions pédagogiques destinées aux enfants plus malades, au lieu de les hospitaliser dans les hôpitaux pour aliénés.

Les travaux présentés par le professeur de Bellefeuille, le professeur Miller et son assistant, le docteur Pelletier, le court aperçu anatomo-pathologique des lésions du cerveau par le docteur Berger sont bien faits pour apporter encore plus de conviction, si possible, chez les éducateurs et les parents de ces enfants.

Mais la communication de M. Victor Doré sera lue avec intérêt par tous les membres des Commissions Scolaires, et je présume qu'elle sera méditée avec profit par tous les éducateurs chargés de la formation de nos hommes de demain.

Cet éloquent plaidoyer, en faveur des arriérés mentaux, aura une portée considérable puisque M. Victor Doré est non seulement un pédagogue de renommée, mais également un homme d'affaires qui voit très clair dans les chiffres. Il a pour habitude d'étudier le pour et le contre et le coût de revient avant d'introniser une méthode nouvelle dans le programme de la Commission Scolaire Catholique de Montréal qu'il dirige si habilement, et je dirai même si économiquement.

Québec possède son Comité d'Hygiène Mentale, présidé par M. le docteur Jobin et dont M. l'abbé Maheux est l'actif secrétaire. Plusieurs citoyens des plus distingués de cette ville parmi le clergé, les financiers et les professionnels font également partie de ce Comité.

C'est avec le concours de toutes les bonnes volontés, c'est-à-dire de tous ceux qui veulent réagir contre l'état actuel et ne veulent pas être tenus responsables plus longtemps de l'insuffisance de notre système d'éducation pour enfants arriérés, que notre vieille province se placera au même rang que les autres provinces du Canada. Les uns nous apporteront peut-être leur concours par pitié pour ces petits déclassés, les autres dans un but économique puisque l'hygiène mentale est productive de santé morale, et qu'il en coûte moins cher de s'occuper du développement intellectuel de ces petits malades pour les rendre utiles à la société, que de les avoir toute leur vie dans les institutions de l'Etat. Enfin, beaucoup, espérons-le, le feront par orgueil national afin de ne plus être, dans notre belle province, à l'arrière-plan comparativement aux provinces sœurs en ce qui regarde l'hygiène mentale.

Il convient, tout de même, de voir au plus tôt à l'organisation de Comités d'Hygiène Mentale dans toutes les villes de notre province, avec le concours de la profession médicale, des Commissions Scolaires et, enfin, des Municipalités qui seules peuvent fournir les crédits nécessaires au fonctionnement effectif de ces Comités.

En terminant je dois dire que j'ai écouté avec beaucoup d'intérêt l'exposé historique de M. le professeur Vallée ainsi que son éloquent hommage rendu à nos Universités et à leurs professeurs.

J'offre de nouveau mes remerciements à M. le Dr Willie Verge, l'actif Président de la Société Médicale de Québec, pour son aimable invitation, et à vous tous, Mesdames et Messieurs, pour votre si bienveillant accueil.

J.-E. DUBE.

Montréal, le 9 juin 1934.

L'ATTITUDE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ LAVAL

Par le Dr Arthur VALLEE,
Professeur et Secrétaire à la Faculté de Médecine, Université Laval.

Messieurs,

Je regrette infiniment qu'un deuil ait empêché le Doyen de la Faculté de Médecine d'être ici ce soir. M. le Professeur Rousseau nous permettra de lui renouveler l'expression de notre très vive sympathie. Je n'ai pas du reste la compétence pour prendre part à la discussion qui fait suite aux travaux intéressants qui nous ont été présentés d'un point de vue scientifique et social. Qu'il me soit permis cependant d'en féliciter les auteurs ainsi que la Société Médicale de Québec, le Comité provincial et le Comité local d'Hygiène Mentale.

Il est inutile de vous dire l'intérêt tout particulier que porte la Faculté de Médecine de l'Université Laval au problème dont on vient de traiter. Elle s'y est intéressée dès qu'il fut posé chez nous. Notre Doyen, dès son entrée en fonction avait amorcé puis rapidement mené à exécution l'organisation de l'enseignement neuro-psychiatrique en liant l'Université et la Facu'té au fonctionnement de ces services et en créant la clinique Roy-Rousseau comme premier centre neuro-psychiatrique en cette province. Il avait voulu le fonder sur des compétences en mettant ces services entre les mains de collègues européens dont deux, MM. Brousseau et Paulin nous ont déjà quittés, dont le troisième, notre collègue et ami Berger a bien voulu consentir à nous continuer son concours scientifique. Sur cette base est venue rapidement se greffer l'Ecole La Jemmerais dont le personnel est également désigné par l'action conjointe du Gouvernement, des sœurs de la Charité et de notre Faculté. Nous avons suivi de ce jour les développements importants de cette école, favorisé à l'Université la venue à Québec de M. le Docteur Simon et de M. le Chanoine Jeanjean, approuvé par résolution spéciale la formation d'un comité d'Hygiène Mentale, dont un de nos professeurs, le Dr Jobin, est le président, dont font partie MM. Bédard et Martin, sans mentionner M. l'abbé Maheux qui ne nous appartient pas complètement. La Faculté a acquiescé dès le début à la création d'un dispensaire à l'Hôtel-Dieu pour le dépistage des arriérés, dispensaire dont le fonctionnement est attribué à M. le Dr Miller, le directeur même de l'Ecole, dont nous tenons à signaler la compétence, la ténacité, le dévouement et le travail. Mais nous ne nous sommes par arrêtés là, et nous insistions de nouveau l'an dernier pour démontrer aux pouvoirs pulics tout ce que nous pensions de l'œuvre en question. Nous obligions même il y a quinze jours à peine, les élèves de 5ème année à suivre les cours d'Hygiène Mentale théorique et pratique que donne M. le Dr Miller à l'Institut Supérieur de Philosophie, la sanction de cet enseignement devant être comprise dans l'examen final de neuro-psychiatrie.

Il semble donc inutile d'insister, Messieurs, sur l'importance que notre Faculté veut accorder au sujet et la part qu'elle entend prendre à son développement. Elle a voulu être là aux avant-postes, comme elle le fut naguère pour l'organisation de l'Hygiène générale et de la lutte antivénérienne, mise sur pied par le prof. Arthur Simard, alors président du Conseil d'Hygiène, comme elle le fit encore dans la lutte contre la mortalité infantile qui débuta avec l'organisation des services de notre regretté collègue, le Prof. René Fortier, comme elle le fit dès le premier jour dans la lutte antituberculeuse commencée à Québec avec l'initiative du Prof. Rousseau et de notre excellent ami, si tôt disparu, le Dr. Odilon Leclerc. Elle s'y intéressera et l'aidera comme elle le fait pour la question du cancer avec son Centre anti-cancéreux de l'Hôtel-Dieu, qui prendra d'ici quelques mois son plein essor, comme elle le fera également pour cette consultation pré-natale et de nourrices et de nourrissons, dont elle vient d'autoriser l'établissement au Saint-Sacrement.

Aussi il me fait plaisir en son nom d'offrir nos félicitations au Dr Desloges, président du Comité Provincial, à notre Comité local, à nos amis de Montréal qui ont bien voulu apporter la large contribution de leur expérience personnelle et à la Société Médicale de Québec pour son initiative de ce soir.

L'ADHÉSION DE L'UNIVERSITÉ LAVAL

Parlant à la séance médico-sociale du 25 octobre 1933, Mgr Camille Roy appuya chaleureusement le mouvement d'hygiène mentale et assura les collaborateurs de cette belle œuvre que l'université ne devait pas se dérober à sa tâche d'éducatrice. "Quant à l'université Laval, dit-il, si elle ne peut intervenir dans les questions financières, elle interviendra, dans la mesure où elle le pourra, dans l'étude des questions qui intéressent le comité. Notre université s'occupe d'enseignement supérieur, mais elle a cru bon, parfois, de descendre jusqu'à l'enseignement primaire. L'hygiène mentale est un domaine où elle se plaira, par ses professeurs, à apporter son action."

Au nom de l'université Laval, Mgr Roy promit tout son concours au comité d'hygiène mentale de Québec.

L'HYGIÈNE MENTALE AU SERVICE DE LA POPULATION ÉCOLIÈRE DE LA VILLE DE MONTRÉAL

Par M. G. Lef. deBELLEFEUILLE,
Professeur à l'Université de Montréal,
Médecin Psychiatre de la Ville de Montréal.

Avant de vous faire part, des activités de l'hygiène mentale, au service de la population écolière dans la région de Montréal, il ne serait pas sans intérêt je crois, de rappeler quelques faits historiques, touchant l'œuvre gigantesque, mondiale, de cette science sociale.

De 1900 à 1903, à la suite de troubles mentaux consécutifs à une grippe, fut interné dans un asile d'aliénés du Connecticut, un grand philanthrope qui s'appelait Clifford W. Beers. Pendant son séjour dans cette maison, il observa la façon dont les aliénés étaient alors traités dans ces asiles, il analysa les causes qui amenaient un grand nombre de ses concitoyens dans ces endroits, et il se rendit compte, que parmi ces malades dont l'intelligence avait fléchi, soit à la suite de chocs émotifs, soit sous l'effet de causes qui auraient pu être éliminées, telles l'alcool et la syphilis, soit enfin par le contact malheureux d'un entourage, d'une ambiance ayant un effet néfaste sur une intelligence instable, il se rendit compte, dis-je, qu'un certain nombre de ces malheureux, auraient pu être préservés de l'internement si on avait corrigé les causes occasionnelles, et fut bientôt convaincu qu'un champ immense s'ouvrait à son activité dans l'œuvre sociale de protéger l'humanité, ou tout au moins, une partie de celle-ci, de la plaie, du malheur qui s'appelle la folie.

Rendu à la vie active, se souvenant de ses souffrances passées, Clifford W. Beers se voua à l'amélioration des asiles d'aliénés, et à la prévention de la folie. En 1908, il fit paraître un livre intitulé "A Mind that Found Itself", qui eut un succès énorme, et fut le point de départ de la campagne d'hygiène mentale aux Etats-Unis.

Dès la même année, ses idées furent appuyées par des psychiatres de renom comme Duggen, James, White, etc. Des dons généreux affluèrent bientôt, et la première fondation du genre: The Committee of Mental Hygiene, fut créé à New-York à la fin de l'année 1908.

Depuis cette date, ce mouvement de protection sociale, et d'amélioration constante des hôpitaux d'aliénés a pris un développement formidable, une expansion extraordinaire, au point que pratiquement tous les Etats de la république voisine, s'occupent d'hygiène mentale.

Dix ans après, le Canada entra dans le mouvement; un Comité National d'Hygiène Mentale fut fondé à Toronto, le 26 avril, 1918, avec le docteur C. F. Martin, doyen de la Faculté de Médecine de l'Université McGill à la présidence; Lord Shaughnessy, Sir Lomer Gouin, les docteurs Clark, Mundie, MacKay et Hinks, étaient membres du bureau de direction.

Quatre ans après, en décembre 1922, un comité d'Hygiène Mentale fut créé à Montréal par le docteur Russel, comité dont les activités se continuent encore de nos jours, sous le nom de Mental Hygiene Institute, et dont la direction médicale est confiée aux docteurs Mitchell et Silverman.

Je ne saurais passer sous silence que l'Ecole d'Hygiène Sociale Appliquée, affiliée à l'Université de Montréal, n'avait pas ignoré cette partie de son champ d'action, et depuis quelques années déjà, s'était occupé d'hygiène mentale, sous forme de dépistage des anormaux scolaires, établissement des niveaux mentaux, etc.; seulement, le travail de ce côté fut forcément limité, d'une part, par l'insuffisance du personnel, et d'autre part, par toutes les autres possibilités, par tous les autres besoins, que l'hygiène sociale générale présentait à ses activités bienfaisantes.

L'Ecole d'Hygiène Sociale Appliquée exceptée, ces diverses formations d'hygiène mentale, ne s'occupaient que de nos concitoyens de langue anglaise, l'élément français était complètement laissé de côté. Mais en juin 1929, grâce d'une part, à la largeur de vues, à la philanthropie éclairée du Directeur Medical du National Committee for Mental Hygiene de Toronto, le Dr C. M. Hinks, et d'autre part, grâce à l'esprit d'organisation bien connu, à la haute autorité du docteur A. H. Desloges, directeur médical général des hôpitaux d'aliénés de la Province de Québec, se fonda à Montréal, le Comité National d'Hygiène Mentale section de la province de Québec.

Le bureau de direction fut ainsi constitué:

Président: Le docteur A.-H. Desloges;

Vile-Président: M. Victor Doré, président de la Commission Scolaire Catholique de Montréal;

Secrétaire: M. le docteur J.-Edmond Dubé, représentant l'Université de Montréal.

Enfin, le docteur Séraphin Boucher, directeur du service de santé de la ville de Montréal, le docteur C.-F. Martin, doyen de la Faculté de Médecine de l'Université McGill, Monsieur Logan, secrétaire de la Commission Scolaire Protestante de Montréal, furent nommés directeurs.

Le champ d'action de l'hygiène mentale est en quelque sorte illimité et elle s'intéresse à toutes les activités de l'intelligence humaine, mais après étude de la question, ce comité en vint à la conclusion qu'on devait tout d'abord songer aux citoyens de demain, à nos enfants, et qu'il était nécessaire de doter la population scolaire de la ville de Montréal, d'un service d'hygiène mentale; pour ce faire un personnel nouveau fut retenu, comprenant deux psychiatres: le docteur Omer Noël, surintendant médical de l'hôpital Saint-Jean--de-Dieu, et moi-même, et deux gardes-malades psychologistes, graduées de notre école de garde-malade de l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu, familiarisées, par conséquent, avec l'aspect clinique des arriérées, habituées à l'établissement des niveaux mentaux, et possédant des notions de psychologie normale et pathologique, ainsi que de psychiâtrie pratique.

Le but ultime de cette organisation nouvelle était la formation d'écoles ou de classes spéciales, qui seraient alimentées par les enfants incapables de suivre le programme scolaire des écoles ordinaires ou d'assimiler les matières de ce programme, par les méthodes pédagogiques habituelles.

L'expérience démontre en effet, que dans toutes les écoles, il y a un certain nombre d'enfants qui ne peuvent suivre leurs condisciples, qui retardent les autres élèves, et demandent à l'instituteur plus de temps qu'il ne doit normalement leur donner, ce sont ces enfants dont nous avions tout d'abord à nous occuper, notre premier objectif devant être le dépistage, et le classement des anormaux.

Il y avait en 1929, dans la ville de Montréal, 222 écoles catholiques de la Commission Scolaire Catholique, fréquentées par 101,231 élèves, tandis que 30,048 enfants recevaient leur instruction dans les écoles de la Commission Scolaire Protestante, formant un total de 131,279 sujets. Je n'ai pas les chiffres pour 1933, mais en 1932, 227 écoles de la Commission Scolaire Catholique donnaient l'enseignement à 111,194 enfants, tandis que la Commission Scolaire Protestante recevait dans ses 49 écoles, 32,516 élèves formant une population écolière de 143,710 sujets.

Il ne pouvait être question d'examiner un à un, cette multitude d'enfants, travail fastidieux autant qu'inutile, le plus grand nombre étant des sujets normaux; il fallait faire une première sélection qui éliminerait la masse des sujets qui n'avaient nul besoin d'être examinés. La formule à laquelle nous nous arrêtâmes fut la suivante: les cas spéciaux exceptés, seuls les enfants suspects de 1ère, 2ième et 3ième années devraient être examinés d'une façon systématique et en voici la raison: les insuccès scolaires en cours préparatoire, c'est-à-dire chez un enfant qui n'a guère jusque-là connu autre chose que l'atmosphère familiale, dépendent fréquemment du manque d'adaptation à un milieu nouveau; or, cette première année de scolarité fait souvent disparaître ce facteur; d'autre part, à partir de la 4ième année, une sélection s'opère, les élèves inférieurs dont les insuccès répétés font doubler et même tripler chaque classe, quittent peu à peu les uns après les autres, les bancs de l'école, d'où, élimination naturelle d'un certain nombre d'arriérés des classes supérieures à la 3ième année; mais il restait quand même des milliers d'enfants de la 1ère, 2ième et 3ième année, et pour mener à bien notre tâche, nous employâmes la méthode de dépistage suivante qui nous permettait de déceler rapidement tous les enfants suspects d'arriération mentale; l'expérience démontra que non seulement cette méthode était effective, mais qu'elle était même trop sensible, puisqu'elle signalait à notre attention entre 10 et 20% d'enfants dont le développement intellectuel était normal mais qui étaient des arriérés pédagogiques dont les insuccès scolaires pouvaient être dûs à une scolarité insuffisante ou à des causes physiques quelconques: dénutrition, hypertrophie des amygdales, troubles sensoriels, surdité ou myopie et que sais-je? quoiqu'il en soit, furent systématiquement examinés.

1°. — Les 5 derniers de chaque classe;

2°. — Ceux qui reprennent une classe;

3°. — Ceux qui ont plus de 2 ans que la moyenne d'âge des enfants d'une classe;

4°. — Ceux qui présentent quelque anomalie du côté caractère ou personnalité, les instables, hyperactifs ou timides, brutaux, pleurards, ceux qui présentent des troubles du langage, etc...

Au besoin, une enquête à domicile est faite par la garde-malade-psychologiste, mais toujours d'une façon très discrète afin d'éviter

d'éveiller les susceptibilités des parents. Le niveau mental de chaque enfant est établi par les tests de Binet-Simon, revision de Stanford, chaque sujet est classé d'après son quotient intellectuel, et les recommandations nécessaires sont inscrites sur la feuille d'examen. Celle-ci est envoyée à l'Hôtel-de-Ville où elle est conservée, mais un résumé des constatations est entré sur la fiche scolaire de l'enfant, fiche qui l'accompagne durant toute sa scolarité.

Lorsque le travail est terminé dans une école, une copie des constatations médicales et des recommandations, est envoyée à la Commission Scolaire et au Directeur de l'école.

Nous conseillons les classes auxiliaires pour les cas frontières et les débiles supérieurs, c'est-à-dire, ces sujets dont le quotient intellectuel est compris entre 60 et 79.

Les débiles inférieurs et les imbéciles les moins touchés avec quotient intellectuel de 35 à 59 sont recommandés pour l'école La Jemmerais, admirable institution que vous avez la bonne fortune de posséder dans cette région et dont nous voudrions bien avoir une réplique dans le district de Montréal, mais par ces temps de dépression économique bien des vœux restent stériles et bien des souhaits irréalisés! Si quelques-uns de nos sujets fortement touchés peuvent être envoyés à La Jemmerais et bénéficier de leur séjour dans cette maison, et je me plais à reconnaître que son directeur médical, M. le Docteur Miller, fait toujours à nos demandes l'accueil le plus sympathique et le plus empressé. Malheureusement, il n'en est pas moins vrai que le plus grand nombre, vu l'éloignement, ou à cause de sentiments très respectables d'amour familial, ne peuvent être déplacés et sont privés de tous les avantages pour le présent, et de toutes les possibilités pour leur avenir, que procure à des arriérés, une institution comme celle-là.

Cependant, afin de compenser légèrement et d'une façon bien imparfaite l'absence d'une maison comme la vôtre dans la région de Montréal, en septembre 1931, l'école Gamelin de l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu, ouvrait ses portes à 125 enfants arriérés, garçons et filles, âgés de 5 à 20 ans.

A raison d'un local trop étroit pour le nombre d'élèves, on élabora un programme spécial à notre école, mais avec la même méthode d'enseignement que celle de la "Fernald School" de Waverly près Boston; cinq religieuses et deux laïques travaillèrent avec dévouement au développement de ces enfants par l'éducation sensorielle, les exercices physiques, la gymnastique, le travail manuel, etc.

Le 9 juin 1932, eut lieu la première séance de fin d'année donnée par nos élèves, suivie d'une distribution de prix, stimulant précieux et encouragement magnifique pour eux comme pour leurs parents, qui purent constater avec satisfaction les progrès de la 1ère année scolaire de leurs enfants.

En exhibits se voyaient 450 articles sortis des divers ateliers des enfants: objets de menuiserie, de peinture, de dessin, de couture, filage de laine, tissage de perles sur canevas, enfin, les produits en légumes et en fleurs du jardin scolaire.

Le 22 juin 1933, fermeture des classes, et deuxième distribution de prix avec en exhibits, 3,756 articles exécutés par une cinquantaine d'enfants sur une inscription totale de 160.

Pour l'année 1933-34, le nombre de nos élèves est de 159; le personnel enseignant comprend: 9 religieuses, 1 institutrice, 1 garde-malade étudiante comme stagiaire; nous avons 23 élèves jardiniers qui, sous la direction d'une religieuse, ont récolté 16 variétés de légumes, depuis 245 paquets de radis, jusqu'à 50 livres de tabac.

Nous sommes heureux de pouvoir dire que la Commission Scolaire Catholique de Montréal n'a pas voulu se laisser distancer, elle est entrée dans le mouvement et déjà, certaines classes spéciales sont établies, où l'enseignement sensoriel, les leçon de choses, la cinématographie éducative, les travaux manuels, permettent à des élèves arriérés, d'acquérir des notions générales, que les méthodes pédagogiques habituelles, auraient été incapables de faire; je visitais la semaine dernière, l'école Jacques Viger, située à Saint-Henri, en plein centre canadien-français où une classe spéciale fonctionne pour le plus grand bien des enfants et à la parfaite satisfaction des parents; je suis sorti de cette maison pénétré d'un sentiment de grande admiration et de profond espoir pour l'avenir de nos arriérés. Je me permettrai d'ajouter que j'ai reçu plus d'une fois, la visite de pères et mères d'enfants arriérés venant demander quand, dans leur quartier respectif, des classes spéciales pour arriérés seraient ouvertes. Je suis convaincu que le distingué président de la Commission Scolaire Catholique de Montréal ne m'en voudra pas du conseil que je leur donnais: "Ecrivez à M. Victor Doré, faites pression auprès de lui, et il vous en donnera"!

Nous ne sommes pas sans savoir que toute innovation est onéreuse, et que par le temps présent, toute dépense doit être justifiée par le bénéfice qui en découle; quoiqu'il en soit, les frais déterminés par cette campagne d'hygiène mentale dans le district de Montréal, ont

été assumés pour l'année 1929, moitié par le Comité d'Hygiène Mentale de la province de Québec, et moitié par la Cité de Montréal; mais dès janvier 1930, le Dr S. Boucher, directeur de la santé de la ville de Montréal, se rendant compte de l'absolue nécessité d'une organisation de ce genre dans notre ville, voulut assumer lui-même les dépenses nécessaires.

En 1930-31 le personnel s'occupant d'Hygiène Mentale fut doublé deux médecins et deux gardes-malades vinrent se joindre à nous et le rendement de cette section de l'Hygiène de l'Enfance augmente dans des proportions très satisfaisantes. Afin de fixer la valeur des termes employés, je me permets de vous donner la signification des quotients intellectuels utilisés dans cette classification. Le normal a un quotient intellectuel compris entre 90 et 109. Le lent intellectuel est un normal sous-doué, mais non un arriéré, il a un quotient intellectuel de 80 à 89. Les cas frontières comprennent les sujets dont le développement intellectuel est tel, qu'il est difficile de les classer parmi les lents intellectuels, leur quotient va de 70 à 79. Le débile mental, type supérieur a un quotient de 60 à 69 tandis que le type inférieur n'a que 50 à 59. Enfin l'imbécillité va de 49 à 25 et l'idiotie est au-dessous de ce dernier chiffre.

Voici groupé en un tableau synoptique, le résumé des activités du personnel qui s'occupe d'Hygiène Mentale dans les écoles des commissions scolaires catholiques et protestantes de la ville de Montréal:

Rapport de 1929-30 — 1930-31 — 1931-32 — 1932-33

	1929-30	1930-31	1931-32	1932-33	TOTAL
No. d'écoles visitées	18	48	64	54	184
Population écolière dans les écoles visitées	12543	26352	33778	28231	100904
Signalés	2305	3564	3201	4177	13247
Examinés	1710	2776	3187	3888	11561
Normaux	238	424	671	1558	2891
Lenteur intellectuelle	461	747	880	170	2258
Anormaux	1011	1605	1636	2160	6412
a) Elèves instables	83	59	68	139	349
b) " arriérés	651	1183	1263	1330	4427
c) " arriérés et inst.	277	363	305	691	1636

Classification des arriérés

Nombre d'arriérés		928		1546		1568		2021		6063
Frontière		519		878		886		1137		3420
Débilité mentale	Supérieure	375	202	626	478	611	504	820	622	243	806
	Inférieure		173		148		107		198		626
Imbécillité		33		41		69		64		207	
Idiotie		1		1		2		—		4	

Cette statistique ne démontre-t-elle pas clairement l'importance qu'il y a à faire l'examen systématique des sujets suspects d'arriération de nos écoles, et cela, non pour le plaisir stérile de les étiqueter et d'établir des statistiques, mais afin, les connaissant, de pouvoir les suivre et les éduquer en tenant compte de leur déficit intellectuel?

L'instruction n'est-elle pas une sorte d'outil que l'enfant forge sur les bancs de l'école pendant sa scolarité, outil qui lui permettra de s'adapter plus facilement dans la vie, et l'aidera à gagner son existence; or, l'arriéré incapable de s'assimiler les matières d'un programme scolaire ordinaire, se trouve doublement désarmé, dans la lutte pour la vie, lorsque, laissant les bancs de l'école, il doit commencer à gagner son pain.

J'ajouterais, qu'une campagne d'hygiène mentale dans une ville à côté de son aspect social, présente une portée morale qui doit nous faire réfléchir; en effet, si on n'a pas préparé l'arriéré à gagner sa vie d'une façon licite, et par des moyens honnêtes, il deviendra fatalement un fardeau pour la société, soit comme pauvre professionnel, soit comme délinquant ou criminel.

LES RAPTUS MÉLANCOLIQUES.

Etude médico-légale

Par

Daniel PLOUFFE
Directeur de l'Hôpital de Bordeaux.

Emile LEGRAND,
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine.

Ce travail n'est pas une étude clinique détaillée des états mélancoliques amplement décrits dans tous les traités classiques. Notre rôle se bornera à commenter les réactions anti-sociales que fait naître ce syndrôme, et à les appliquer aux questions d'ordre médico-légal. Toutefois, avant d'aborder ce problème, il est nécessaire de rappeler brièvement ce qu'est la mélancolie.

Les phénomènes morbides observés dans la mélancolie ne sont pas encore fixés dans l'esprit de tous les médecins et encore moins chez les profanes. Trop souvent, cette maladie est apparentée avec cette "mélancolie vague" des poètes ou ce spleen dont toute la littérature de la première moitié du XIX siècle est imprégnée. Trop souvent encore, elle est qualifiée de "maladie imaginaire", de neurasthénie, de découragement banal qu'on doit corriger et réconforter par de bonnes paroles: on traite ces malades à domicile avec des toniques, jusqu'à ce qu'un jour, ils se jettent à la rivière, se précipitent par une fenêtre, se pendent, et quelquefois entraînent avec eux dans la mort, leurs enfants ou leur conjoint. On le voit très bien, la méconnaissance de ce syndrôme est d'une gravité très grande, parce que, selon l'expression de Logre "c'est une erreur qui tue ou qui peut tuer". Le tragique de cette fin est d'autant plus déplorable que la plupart de ces malades, bien soignés et bien protégés par une surveillance étroite, auraient guéri parfaitement avec la simple possibilité de récidives ultérieures. Que de crimes et de suicides pourraient être évités si le public médical connaissait suffisamment les réactions de ces malades.

Nous ne nous arrêterons pas à discuter si la mélancolie est une entité morbide distincte ou si elle n'est qu'au moment dans l'évolution d'autres processus morbides. Quelle que soit la doctrine acceptée, le résultat pratique sera le même au point de vue qui nous intéresse ici.

Cliniquement, la mélancolie est une dépression psychique, une tristesse morne, prostrée. Elle tend aux idées de suicide et au déses-

poir. Elle survient habituellement par crises, chaque accès étant séparé du précédent par une période de santé complète plus ou moins longue. D'autres fois, elle a tendance à s'entremêler de manie. On la verra surtout apparaître chez les êtres timides, timorés et scrupuleux, après une émotion violente, un chagrin prolongé, un surmenage corporel ou intellectuel, une affection des viscères ou une auto-intoxication quelconque. Le début sera assez lent, par des malaises généraux: abattement, fatigue, insomnie, amaigrissement, tristesse, dégoût de tout, préoccupations diverses, particulièrement de la santé, de la fortune, de la conduite passée, de l'anorexie et des troubles gastro-intestinaux. La raison paraîtra entière jusqu'au jour où une réaction malheureuse du malade fera soupçonner la folie. Désormais, elle apparaîtra comme une psychose affective beaucoup plus qu'intellectuelle, car le délire peut manquer, tandis que les troubles de l'affectivité ne font jamais défaut. Ceux-ci ont leur origine première dans les modifications de la sensibilité générale commune qu'on appelle la coenesthésie. Cette sensibilité élémentaire commune nous donne la notion d'existence de notre propre corps, ou selon l'expression de Wernicke, la conscience de la corporalité. Elle crée en nous la sensation du bien-être ou du malaise. Ainsi, notre état d'humeur dépendra avant tout de l'activité physiologique de nos viscères et de nos échanges nutritifs. Une perturbation dans ces différents domaines, qui sont sous la dépendance du sympathique, ne sera pas perçue par la conscience avec des notions claires, mais avec des impressions vagues, obscures qui traduiront la souffrance de nos viscères. Les sensations ainsi éprouvées, seront étranges, indéfinissables, pénibles plutôt que douloureuses. Elles seront surtout inexpliquées et c'est cela qui inquiétera le malade. Ainsi donc, une altération toxique ou autre du fonctionnement organique faussera notre sensibilité perceptive, produira des troubles de l'affectivité et à un degré plus prononcé, des troubles de la conscience et de la personnalité, également atteintes dans leur fondement essentiel. Dans la mélancolie, les troubles de l'affectivité seront par conséquent le résultat d'un sentiment de tristesse inquiète et non pas "d'idées maladies". Les idées délirantes qui surviendront seront en rapport avec cet état coenesthésique pénible. Elles naîtront spontanément, indépendamment les unes des autres et viendront préciser l'état affectif. Ce n'est que secondairement que l'esprit reliera les conceptions ainsi produites. Griesinger émet l'opinion suivante: "Le malade se sent en proie à la tristesse; or, il est habitué à n'être triste que sous l'influence de causes fâcheuses; il faut que cette tristesse aît un motif, une cause, et avant qu'il s'interroge à ce sujet, la réponse

lui arrive déjà: ce sont toutes sortes de pensées lugubres, de sombres pressentiments qu'il couve et qu'il creuse jusqu'à ce que quelques-unes de ces idées soient devenues assez fortes et assez persistantes pour se fixer pendant quelque temps." Cette explication ne répond qu'à un petit nombre de cas. L'opinion de Dumas est plus satisfaisante: "La douleur morale produit le délire dans la sphère intellectuelle par le même mécanisme qu'elle produit l'agitation dans la sphère motrice; c'est en stimulant l'imagination qu'elle fait éclore les idées morbides."

Après ces quelques explications, on peut dire que la mélancolie se présentera en clinique sous la forme de troubles de la sphère affective, de la sphère intellectuelle, de la sphère psycho-motrice et de troubles physiques.

Sphère affective.

Nous l'avons dit, l'humeur est sombre et des plus pessimistes. Le mélancolique sème autour de lui la tristesse et la morosité. Il se répand en plaintes monotones et répète sans cesse qu'il ne sent plus les choses comme avant, qu'il ne les voit plus comme autrefois, que quelque chose est changé en lui et autour de lui. Il se plaint que sa pensée est différente, qu'elle n'est plus libre. Il n'est plus capable d'affection pour ses proches. Tout est morne et décoloré comme si un voile épais changeait l'aspect des êtres et des choses. Il y a comme un abîme entre lui et le monde extérieur.

A un degré plus prononcé, il accusera des changements étranges dans ses viscères et dans son cerveau. Ce thème hypocondriaque indiquera une altération plus profonde de la sensibilité perceptive en général. Ces phénomènes morbides de la sensibilité détermineront un état émotif douloureux, pénible et insurmontable. Parfois, une poussée anxieuse passagère se greffera sur ce fond et la tristesse deviendra agitée; mais en général, cette douleur morale tend à une immobilité pénible. Le visage a un masque spécial; les traits sont crispés et les sourcils contractés; le malade soupire, gémit et répète souvent, sous forme de litanie, des phrases stéréotypés comme: "Ah, que c'est malheureux d'être ainsi! Je suis un homme fini! Ah, mon Dieu! etc..." Il a l'impression qu'il ne guérira jamais, que son cas est unique et qu'il n'y a plus d'issue. Son intérêt est nul pour le monde extérieur.

Sphère intellectuelle.

L'acte le plus simple demandera un effort considérable. Souvent, le malade renoncera à l'accomplir. L'indécision et l'incertitude seront constantes, ce qui rendra l'interrogatoire très pénible.

Il faudra poser plusieurs fois les mêmes questions pour obtenir une réponse lente, indistincte, à peine murmurée et souvent entrecoupée de soupirs; c'est que la synthèse mentale se fait difficilement. L'esprit est concentré et fixé sur un groupe limité d'idées lugubres; l'être tout entier est replié dans leur incessante méditation. Ces idées, quand le malade les extériorise, sont à peu près toujours les mêmes: il est ruiné ou il ruinera sa famille, il se charge de dettes chimériques, il se déprécie, il ne vaut plus rien, il a toutes les imperfections, il est affligé de tous les malheurs. Il y verra de sa faute partout, il sera un monstre, une pourriture, un objet de malheur et de malédiction, dont il faut à tout prix se débarrasser. Aussi, réclame-t-il souvent la mort par ces mots: "Tuez-moi, je suis trop coupable, trop méchant... Pendez-moi, faites-moi brûler sur un bûcher. C'est tout ce que je mérite; jettez-moi, dehors, dans la neige que je meure de froid. C'est assez bon pour moi."

Il sera aussi damné, il en est convaincu parce qu'il a été trop coupable, parce qu'il a trop péché. Il cherchera dans le passé des fautes imaginaires pour justifier le châtiment qui l'attend. On le voit très bien, ce délire est composé de sentiments tristes plutôt que d'idées tristes. C'est un "délire affectif plutôt qu'idéatif" (Masselon), qui envahit la conscience et mobilise à son profit tout le contenu intellectuel, bien pauvre d'ailleurs.

Sphère psycho-motrice.

La mimique prendra deux aspects, celui de la dépression ou de l'anxiété. Dans le premier cas, la douleur est tout intérieure: le faciès est triste, amaigri, blafard; le regard morne, le front ridé, la tête baissée, les bras pendants, les mouvements lents et rares; le malade a une attitude de statue, il reste inerte et passif. Aussi faut-il souvent l'habiller et le faire manger. Dans le second cas, la douleur est extériorisée, la mimique exprime l'inquiétude, l'angoisse, l'anxiété; le regard est brillant, la face est pâle, grippée; les extrémités sont froides et la respiration superficielle; le pouls est petit, rapide ou ralenti. Le malade a tous les signes du désespoir: il pleure, crie, gémit, se tord les mains, se frappe la tête contre les murs, s'épile les cheveux, s'égratigne avec ses ongles ou avec des épingles, se mutile parfois gravement, se crève les yeux, se coupe la langue, etc... Si la douleur est trop intense, toutes les fonctions psychiques sont comme paralysées et le malade tombe dans un état de stupeur, où il est inerte, indifférent à tout, muet, absolument stupide.

Troubles physiques.

Le sommeil fait souvent défaut ou est troublé, rempli de cauchemars. La pression artérielle est fréquemment basse, le pouls rapide ou ralenti. Des troubles vaso-moteurs se manifestent sous forme de refroidissement des extrémités, d'asphyxie locale ou d'œdème par stases veineuses. L'hypothermie est fréquente. Les phénomènes d'auto-intoxication dominent: la langue est saburrale, la dyspepsie marquée, la constipation souvent opiniâtre, l'haleine fétide, l'insuffisance hépatique parfois manifeste. Les sueurs sont rares et l'amaigrissement toujours considérable.

Les signes que nous venons de décrire ne se rencontrent pas chez tous les mélancoliques. Il ne faut jamais oublier ce principe qu'en clinique, nous observons des malades et non pas des maladies. La mélancolie se présente sous des formes différentes qu'il importe de connaître car les réactions médico-légales qu'elles offrent sont variables selon leur apparence.

Dépression mélancolique.

Le début est assez rapide; cette forme de mélancolie se caractérise par un état de tristesse, d'inaction et par un sentiment d'impuissance. Les malades s'isolent, fuient le travail et la société, s'enferment dans leur chambre ou dans un lieu solitaire, sont tristes, abattus, découragés. Leur lucidité est conservée mais l'association des idées est ralentie. Leur travail s'accomplit au prix d'efforts pénibles. Ils sont indécis et incertains. Tout leur paraît étrange et méconnaissable. Ils doutent de tout. Un pas de plus, et nous aurons les illusions, les idées hypocondriaques, même si leur raisonnement ne paraît pas altéré et que la conscience de l'état morbide existe; il est évident que nous sommes ici sur les frontières du délire. Leur tristesse est illégitime, pathologique. Les craintes naturelles sont exagérées démesurément. Ils se sentent impuissants à sortir de leur situation, ils ont peur de passer pour des individus sans honneur, ils sont tristes de se sentir malades et sont ennuyés de n'être plus le chef de leur entreprise ou de leur maison. Il y a chez eux ce contraste curieux: ils souffrent, et ils se plaignent de ne rien sentir, de ne plus éprouver aucune affection.

L'attention est fixée sur un petit groupe d'idées qui forment comme un îlot au milieu de la dépression générale. La conscience tout entière est remplie d'émotions tristes. Rien n'existe véritablement en dehors de ce thème qui semble draîner vers lui toute l'activité mentale.

Les troubles physiques décrits plus haut se rencontrent pour la plupart, surtout l'amaigrissement qui est constant, et le sommeil qui est rare. Ces formes relativement peu accentuées, sont les plus dangereuses, parce que c'est ici que le malade accomplit touts sortes d'actes dangereux qui échappent à son contrôle. Comme ils ont été la plupart du temps étiquetés "neurasthéniques", on n'a pas pris des mesures nécessaires pour les protéger contre eux-mêmes ou pour éviter les drames affreux dont leur entourage est parfois victime. Nous en rapporterons plus loin quelques observations. C'est que ces sujets ont une attitude renfermée et que les troubles psychiques évoluent à bas bruit.

Mélancolie anxieuse.

Dans cette forme, le malade est réduit habituellement à une inactivité très grande. Mais il en sort souvent et dès lors, la douleur morale est très intense et revêt l'aspect du désespoir. Il éprouve des constrictions à la gorge, au cœur; la face est pâle, grippée, les extrémités sont froides, la respiration haletante; il est agité, se tord les mains, se frappe la tête, se lamente sans cesse, s'accroche au médecin ou à l'entourage pour demander protection. Dans ces cas, les signes extérieurs de la maladie sont tellement évidents que les familles et les médecins classent facilement ces malades comme des êtres demandant une surveillance étroite. Aussi, les actes dangereux qu'ils commettent sont moins fréquents que dans la forme précédente où tout au plus moins inattendus. Cependant, cette forme expose éminemment les malades au suicide qui survient au cours de l'agitation anxieuse. Parfois, ils se livrent à des violences très grandes au cours desquelles ils brisent des objets ou se précipitent sans raison sur les personnes.

Mélancolie avec stupeur.

Ici, le sujet est tellement inhibé dans ses fonctions psychiques, il est tellement inactif, stupide, indifférent à tout ce qui l'entoure, hormis son objectif intérieur, que les réactions médico-légales sont de ce fait, très réduites. Bien que le suicide soit possible, il faut surtout redouter le refus d'aliments et le manque de soins hygiéniques.

Mélancolie délirante.

Cet état se caractérise, en outre d'une activité physique et psychique très restreinte et d'une grande douleur morale, par l'existence d'un noyau d'idées délirantes, presque toujours les mêmes. Ce sont

des idées de ruine, d'indignité, de culpabilité, de damnation, d'hypocondrie, toutes à caractère péjoratif. Ces idées viennent du sujet et s'étendent à l'entourage, à l'univers. Elles sont secondaires à la tristesse morbide et à la douleur morale. L'attention est nulle pour tout ce qui n'est pas le délire. Très souvent, on y rencontre des interprétations délirantes surajoutées: ainsi, fait-on des réparations à une maison voisine, le malade est convaincu qu'on construit un échafaud pour le pendre. Parfois, il sera en butte à des persécutions, mais c'est toujours parce qu'il est indigne et qu'il ne mérite pas mieux. Entend-il crier non loin de lui, dans un autre pièce, c'est sa famille qu'on égorge, pour venger les crimes accomplis par lui dans le passé.

C'est encore dans ces formes de mélancolie qu'on voit survenir le syndrôme de Cotard, caractérisé par des idées de négation d'organes, "il n'a plus d'estomac ou d'intestins, il n'a plus de bouche, etc..."; par des idées d'énormité ou d'immortalité: une de nos malades est convaincue qu'elle est déjà morte, que ce n'est plus son corps qui est devant nous, c'est son âme qui est condamnée à errer sur la terre; elle doit vivre éternellement, elle a déjà commencé son éternité; sa grande inquiétude est de savoir ce qu'elle deviendra quand tous les êtres vivants seront disparus de la surface du globe.

Bien que ces formes délirantes soient suffisamment extériorisées pour appeler à la prudence, on y observe des réactions graves, telles le suicide ou l'homicide altruiste.

Une tendance commune à tous les mélancoliques est le refus d'aliments. Parfois, ils ne mangent pas parce qu'ils sont incapables de volonté. C'est un refus inerte, passif qui n'est pas invincible, obstiné. Dans ces cas, après beaucoup de sollicitations ou avec de l'aide, ils finissent par s'alimenter. Mais le plus souvent, le refus d'aliments prend sa source dans les idées délirantes. Ils veulent se laisser mourir de faim parce qu'ils sont ruinés, déshonorés, indignes de vivre ou un objet de honte. Ce refus est actif et nous avons des malades qui ont été gavés tous les jours pendant six mois et plus, avant qu'ils aient recommencé à s'alimenter seuls.

Réactions Médico-légales

Si l'on tient compte du tableau clinique de la mélancolie, de ses tendances inhibitrices qui réduisent l'activité au minimum, il est naturel qu'un tel état ne produise que peu de délinquances et de

crimes. Sans doute, sous l'influence de son détachement de toutes choses, le mélancolique néglige ses affaires, et il accomplit parfois des actes qui engagent sa responsabilité, surtout quand ces actes sont dictés par des idées délirantes. Dans ces cas, l'intervention du médecin permettra d'établir la cause originelle des actes répréhensibles. En voici un exemple. Dernièrement, la cour avait à décider de la validité d'un testament fait par un mélancolique, un mois avant son suicide. Cet homme avait fait autrefois un testament en vertu duquel il laissait une certaine pension à sa seconde femme. Plus tard, il est devenu mélancolique et présenta en outre d'une dépression générale très marquée et d'une douleur morale intense, des idées de ruine et des idées d'indignité. Ses idées de ruine n'étaient nullement justifiées puisqu'il possédait lui, cultivateur, plus de $40,000.00. Au cours de cet accès, il tenta à deux ou trois reprises, de se jeter devant un train. Cependant, malgré les avertissements du médecin traitant, sur le danger de le garder à domicile, il resta chez-lui : sa famille et le curé de la paroisse le trouvaient trop honnête homme et trop pieux pour leur faire craindre une réaction dangereuse de sa part. Un mois avant sa mort, il dicta à son notaire un nouveau testament, ne laissant plus à sa femme qu'une pension ridicule, insuffisante pour qu'elle puisse vivre décemment à l'hospice. Bien que nous ne puissions pas l'établir, nous croyons que cet acte a été dicté par ses idées morbides de ruine. Il y a de plus, dans ce testament, un fait qui met bien en relief le déficit de son jugement et les troubles de l'attention : il nommait exécuteur-testamentaire, un de ses frères, mourant et qui est mort deux jours après, à l'hôpital. Environ un mois plus tard, alors qu'il paraissait mieux, il alla se pendre, montrant bien par là qu'il n'y a rien de plus trompeur qu'un mélancolique calme. Dans ce cas, il était facile pour les médecins de rapporter les faits à leur véritable cause et le testament fut annulé.

La question des intervalles lucides intervient souvent lorsqu'il s'agit d'établir la valeur des actes, accomplis au cours de cet état ou entre les accès. Pour que l'intervalle lucide soit considéré, il faut que la lucidité soit évidente, assez prolongée, et que les agissements du malade soient contrôlés. Pour nous, cette question ne se pose que dans les formes de mélancolie à accès rapprochés. Entre les crises, il peut exister une période de temps assez longue, où l'esprit a repris toute sa liberté et que les actes accomplis avec un caractère de lucidité indiscutable ne soient pas contestés. Par contre, au cours même d'un accès mélancolique, nous doutons fortement de l'existence véritable de

l'intervalle lucide. Depuis quelques années, nous avons observé un nombre considérable de mélancoliques. Aucun d'entre eux n'a présenté, pendant l'évolution de la maladie, des périodes de lucidité assez longues et assez prononcées pour que l'intervalle lucide soit accepté. Le mieux apparent observé parfois n'était réel: ces malades voulaient tromper la surveillance, la plupart du temps.

Les réactions anti-sociales les plus fréquentes chez les mélancoliques sont le suicide et l'homicide.

Le suicide.

Le désir de mort est le terme logique de la mélancolie. Cette tendance à l'auto-destruction existe à des degrés divers, presque constamment. Mais elle a souvent le même caractère aboulique que le refus d'aliments. Ces malades veulent bien mourir, ils en parlent souvent, puisqu'ils sont une source d'ennui continuel pour leur entourage et que la vie leur est extrèmement pénible. Seulement, étant indécis, incapables d'un effort sérieux, ils attendent que la mort vienne à eux et n'ont pas l'énergie de se tuer. S'il y a des tentatives, elles ne sont qu'incomplètes et ridicules. Ils avaleront des corps étrangers, tels que chapelet, médailles, cuillères, brosses à dents; ils s'enfonceront des épingles dans la peau ou se mettront une corde autour du cou, sans avoir la force de serrer. Même dans ces cas, il n'y a pas de règles absolues, car souvent, un appel imprévu à l'énergie peut les aider à mettre leur projet à exécution.

En dehors de ces cas, le suicide est la réaction qu'il faut toujours redouter. Il se produira par des mécanismes divers, quelles que soient les formes de mélancolie.

Dans certains cas, il sera la résultante du thème délirant. Puisque tout va mal par sa faute, puisqu'il est un homme ruiné, sans honneur, un incurable, un damné, mieux vaut en finir de suite. La mort lui apparaît bien moins redoutable que la vie. En vérité, la mort lui est le seul refuge possible. Dans d'autres cas, convaincu que sa damnation est déjà commencée sur cette terre, que des souffrances incroyables l'attendent bientôt, il met fin à ses jours dans un moment de découragement suprême.

Il arrive aussi que c'est au cours de l'anxiété que le suicide se produit. La douleur physique et morale est tellement intense que le malade secoue son inertie, son inhibition, s'agite, se lamente, se désespère et dans un moment impulsif, se précipite dans la mort en se jetant par une fenêtre, devant un train, une voiture, en se tranchant la gorge avec un rasoir ou en employant la pendaison, la submersion, le revolver, le poison.

Parfois, le suicide sera prémédité et s'accomplira à froid, si l'on peut employer cette expression. Il s'agit dans ces cas, la plupart du temps, de mélancolique sans délire, encore appelé déprimé mélancolique. Ces malades se sentent impuissants à supporter la vie comme inaptes à l'effort. Ils se croient incurables et ne voient leur avenir que misérable, pénible et douloureux. La douleur morale est grande parce qu'ils sentent leurs forces, leur santé, leur esprit les abandonner peu à peu. Alors, ils décident d'en finir, prennent les moyens voulus pour tromper la surveillance, attendent même des mois le moment propice, et se tuent. Nous nous souvenons d'un de ces malades qui avait obtenu la liberté de se promener dehors, en compagnie de son gardien. Au moment où un gros camion chargé de pierres passa près d'eux, le malade s'arrêta sur la chaussée, laissa passer le train avant afin que le chauffeur n'ait pas de soupçon, puis se glissa sous une roue-arrière pour être écrasé pitoyablement. L'histoire d'un autre de ces malades vint à la connaissance de l'un de nous récemment. Il s'agissait d'un déprimé mélancolique qui avait fait une tentative de suicide. Comme toujours, dans notre pays où le suicide n'est pas encore considéré comme un acte pathologique, commis sous l'influence de troubles mentaux, fussent-ils passagers, cet homme fut arrêté et conduit à l'hôpital. Après sa guérison apparente il dut être traduit devant un magistrat. Le greffier de la cour attira l'attention du juge sur la tentative de suicide, motif de l'arrestation, en mentionnant qu'il vaudrait peut-être mieux demander l'examen mental. "Vous n'êtes pas fou, dit le juge à l'accusé" "Ah, non!, Votre Seigneurie, j'étais découragé". Question: "Alors, ça ne recommencera pas cette affaire?" Réponse: "Je vous le promets, Votre Seigneurie, j'ai assez souffert que cela ne recommencera pas." Cependant, le lendemain, les journaux du matin annonçaient que ce malade s'était tranché la gorge mortellement. Ici, le suicide est d'autant plus à redouter que l'inhibition psychique est moins accusée.

D'autres fois, à de rares moments, l'agitation prend une allure paroxystique et le malade dans un accès impulsif soudain, alors qu'il est apparemment sans contrôle de ses actes, se livre à des violences et à des tentatives de suicide, quelquefois couronnées de succès, dont il ne garde aucun souvenir. Cet état constitue le raptus mélancolique dont nous parlerons plus loin.

Il y a encore les auto-mutilations qui se font dans un but de suicide.

L'homicide.

Bien qu'il soit relativement rare, il s'observe pourtant et malheureusement, dans des circonstances où, avec un peu plus de clairvoyance de la part du médecin traitant et un peu plus de compréhension de la part des familles, il aurait dû être évité. L'homicide s'explique comme le suicide, par divers mécanismes. Le mélancolique tue surtout ses proches, non pas par crainte de personnes qu'il redoute ou par haine, mais par affection même, pour leur éviter le déshonneur, les misères, la honte, le mépris dans lesquels sa situation les a plongés ou les prolongera. Il entraînera ses proches dans la mort d'autant plus facilement qu'ils seront jeunes et incapables de se défendre dans la vie. Après, il se suicide ou du moins, il tente de se suicider. Dans une affaire criminelle récente, on nous objectait que si le mélancolique tue de préférence ces proches, c'est qu'il fait un choix; or ce choix suppose un certain degré de discernement qui devrait mettre en doute son irresponsabilité. Bien que ce choix existe, le mélancolique ne reste pas moins un délirant et c'est sous l'influence de ce délire qu'il commet son crime. Son acte comme son choix sont dictés par ses idées morbides. Après analyse, nous pourrions conclure que ces malades suicident leurs proches plutôt qu'il ne les tuent. C'est l'homicide altruiste.

Dans d'autres cas, le mélancolique tue afin qu'on le condamne après. N'osant pas se détruire lui-même par peur de la damnation, il commet un homicide dans l'espoir d'être puni de mort et entre temps, d'avoir le temps de se mettre en état de grâce avant de comparaître devant Dieu. C'est le suicide indirect. Ce mécanisme est allégué par certains aliénistes. Personnellement, nous ne l'avons pas observé.

Au point de vue judiciaire, ces actes ne doivent pas être punis, même si le malade a témoigné d'un réel sang-froid dans leur accomplissement et s'il en garde un bon souvenir, parce qu'ils ont été exécutés sous l'influence d'un état pathologique qui rendait leur volonté inopérante. En d'autres termes, ces malades ont été contraints par une force à laquelle ils n'ont pu résister. Cependant, comme ces actes dangereux peuvent récidiver au cours du même accès ou d'accès subséquents, il convient de prendre des mesures de protection sévères et d'assurer ainsi la défense sociale.

Raptus mélancoliques.

Dans l'évolution de la mélancolie, il arrive d'observer de rares moments où les malades sont pris soudainement d'une sorte de crise

impulsive pendant laquelle ils se livrent à des actes dangereux, violents et automatiques. Ils deviennent brusquement agités et se jettent sur l'entourage dans un moment où le contrôle de leurs actes leur échappe totalement. Ces accès appelés raptus mélancoliques peuvent être extrêmement courts ou durer plusieurs heures. Une fois la crise passée, les malades sortent comme d'un cauchemar, d'un brouillard, nous disait l'un d'eux, après avoir tué sa femme, et ne se souviennent que très peu ou pas du tout des actes qu'ils ont accomplis. Il semble que ces raptus surviennent au cours d'un état confusionnel momentané, plus ou moins prononcé. Ils se rencontrent dans toutes les formes de mélancolie avec des résultantes désastreuses diverses. Les formes sans délire semblent être les plus productrices de suicides ou d'homicides parce que les malades sont moins surveillés et laissés en liberté, la plupart du temps. Les observations suivantes, sont, à notre avis, assez démonstratives.

Observation No 1.

Eugène C., cultivateur, âgé de 42 ans, est entré à l'asile Saint-Jean-de-Dieu, 10 janvier 1934, avec le certificat suivant: "Malade depuis avril 1933. A maigri de 30 à 40 livres depuis. Les troubles ont débuté à la suite d'une infection grippale, par de la fatigue, de l'insomnie et des céphalées, de la tristesse, du découragement, des craintes de ne pas réussir en affaires, de l'inappétence. A tiré du revolver dans sa maison. Une autre fois, s'est ouvert la gorge avec des ciseaux.

Histoire héréditaire. Père âgé de 69 ans, cultivateur, relativement en bonne santé, travaille encore sur la terre. Mère âgée de 64 ans, ne présente rien de particulier. Une tante paternelle a déjà fait un séjour à l'asile, au cours d'un accès de manie. Il a 6 frères et 4 sœurs, tous vivants, en bonne santé apparente, à l'exception toutefois d'une d'elles qui a présenté un épisode mélancolique, il y a deux ans. Un frère est mort à 12 ans d'appendicite; deux autres frères jumeaux sont morts en bas âge .

Histoire personnelle. Né à terme après grossesse normale, pas d'infection particulière dans son enfance, en dehors d'une rougeole. Pas d'histoire de convulsions. Vers l'âge de 11 ans, à la suite d'un accident, il perdit un œil. Cet œil ne fut énucléé qu'il y a 5 ans, à cause d'une ophtalmie sympathique qui commençait dans l'autre œil. Son développement physique et psychique n'offre pas de particularités si ce n'est qu'il a toujours été timide et enclin à la solitude. Toujours de bonne humeur, cependant. Marié, il eut 5 enfants qu'il aime beaucoup, ainsi que sa femme. Jamais rien n'est venu assombrir son bonheur conjugal. Vers le mois d'avril 1933, il fut victime d'une infection grippale qui le retint au lit pendant quelques jours. Dans sa convalescence, il accusa un état de fatigue anormal, de l'insomnie et de l'inappétence. Il continua à maigrir et bientôt, fut préoccupé de l'état de ses affaires, car une maladie venait de tuer tout son troupeau composé de six vaches. Dès lors, son état empira et il devint triste, découragé, ne

voyant plus d'issue dans l'avenir; se préoccupa de ses affaires, des paiements qu'il aurait à rencontrer, se dit ruiné, un homme fini, qui ne ferait plus rien de bon. Tout cela s'accompagnait d'insomnie, d'amaigrissement progressif, de maux de tête, d'un sentiment d'étrangeté autour de lui, d'une impression de malaise vague jusqu'au jour où il ouvrit une valise abandonnée dans un coin de sa maison. Cette valise contenait un revolver chargé. Après s'être emparé de l'arme, il se dirigea vers la chambre de sa femme et de ses enfants et là, déchargea son revolver. Les balles allèrent se perdre dans les meubles, sans blesser personne heureusement. Cette tentative d'homicide accomplie, notre malade devint égaré, incohérent, agité pendant près d'une demi-heure. Puis il revint à lui, ne gardant aucun souvenir de ce qui s'était passé à partir du moment où il avait aperçu la valise. Il venait de faire un raptus mélancolique. Dans la suite, il resta encore deux jours très triste, prostré, sans remords véritable de ce qu'il avait fait. Puis il développa un thème délirant au cours duquel il extériorisa des idées de punition, de culpabilité, de damnation, et des craintes de finir ses jours en prison, l'objet du mépris et de la honte. Quelques mois plus tard, une accalmie survint dans son état, mais il resta découragé, triste, inquiet, incapable de faire un effort sérieux et un travail utile suffisamment prolongé. Il se sentait impuissant, incapable d'affection pour ses proches et se plaignait toujours de ne plus réussir en affaires. Au début de janvier 1934, il devint encore plus triste, plus découragé, au point que vers le 5 janvier, à 3 heures p.m., ressentant une fatigue plus grande, il se coucha. Vers 5 heures du soir, alors qu'il était seul dans la maison, sa femme et ses enfants étant occupés au soin des animaux, il s'empara des ciseaux et s'ouvrit profondément la gorge. On le trouva quelques minutes plus tard, baignant dans son sang. Il ne revint à lui qu'à l'arrivée de sa femme éplorée, ne gardant encore cette fois aucun souvenir de ce qui s'était passé, à partir du moment où il s'était couché. C'était là un 2ième raptus mélancolique. De nouveau, il passa deux jours au lit, prostré, indifférent à tout son entourage, puis présenta le même thème délirant mélancolique antérieur. C'est dans cet état que nous le voyons actuellement à l'asile. Il s'exprime ainsi: "Pourquoi ai-je fait ça? Je n'ai aucune raison d'agir aussi mal. J'ai toujours été bon pour ma femme et mes enfants. Je n'ai jamais bu. Je suis un homme fini. Je ne reverrai plus jamais ma famille. Des ivrognes qui traînent le long des routes sont encore mieux que moi. J'étais si dévôt autrefois; maintenant, je vais être damné, puni, jeté en prison pour toujours. Je ne retournerai chez-moi que mort; c'est fini, je n'ai plus de courage, etc..." Et il pleura abondamment.

Observation No 2.

Dame Os. P...., âgée de 29 ans, est admise à l'asile en avril 1916, après avoir noyé son enfant dans un puits et avoir tenté de se suicider après.

L'enquête a montré qu'avant son internement, elle était triste et découragée depuis quelques mois déjà. Elle se sentait impuissante devant toutes choses, et exprimait continuellement des idées d'indignité à l'égard de son rôle d'épouse. Un jour, elle s'est dirigée en toute hâte vers un puits, avec son enfant dans ses bras. Là après avoir jeté son enfant dans l'eau, elle

s'y précipita elle-même. On vint immédiatement à son secours, pour la sauver, mais, malheureusement, l'enfant était déjà mort submergé.

Après son transfert à l'asile, elle présenta pendant plusieurs mois, un délire mélancolique absolument caractéristique. Elle n'a jamais réussi à se rappeler sa précipitation dans l'eau avec son enfant. Elle disait: "Je ne sais pas comment j'ai pu faire cela. Je ne me rappelle pas m'être dirigée vers le puits. J'ai repris connaissance au moment où je me débattais à la surface de l'eau. Je ne savais pas alors que je venais de noyer mon enfant." Nous croyons qu'elle venait d'être victime d'un raptus mélancolique.

Après quelques mois d'évolution, cette malade a parfaitement guéri et elle est en liberté depuis.

Observation No 3.

Dame M. G...., âgée de 30 ans, est admise à l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu, le 2 janvier 1934, après avoir fait une fugue au cours d'un épisode mélancolique.

Antécédents héréditaires: Sans particularité; cependant, le père est violent et autoritaire, facilement chicanier et la mère est émotive et excentrique.

Antécédents personnels. Rien de particulier dans l'enfance, et aucune histoire de convulsions. L'adolescence est plutôt pénible, car elle est témoin de disputes continuelles entre ses parents. Aussi, avait-elle le désir d'être toujours ailleurs pour fuir ce spectacle familial. Elle devint craintive, timide, solitaire, n'osant pas inviter ses petites camarades chez-elle, à cause des discordes de ses parents. A 20 ans, elle accepta le mariage comme une délivrance. Mais, elle remarqua qu'on l'avait épousée pour la dot qu'elle représentait. Après 6 mois de mariage, étant enceinte, elle quittait son mari, égoïste, buveur, sans emploi et sans le sou, pour retourner vivre chez elle. Après de nouvelles "accordailles", son mari manifestant du repentir et ayant trouvé un emploi, elle alla demeurer à l'étranger, près de ses beaux-parents. De nouveau, elle est continuellement contrariée par l'attitude peu sympathique de ceux-ci, qui la considèrent comme une inférieure et par son mari, qui ne voit en elle qu'une domestique. C'est alors, qu'elle présente son premier accès mélancolique. Elle accusa de l'insomnie, de l'amaigrissement, de l'inappétence, des inquiétudes diverses, particulièrement la crainte d'avoir raté sa vie. Elle se découragea et devint très triste, au point de ne plus désirer que la mort. Elle ne voyait plus d'issue dans l'avenir et se sentait incapable de tenir maison avec le salaire pourtant raisonnable du mari. Un soir, alors qu'elle était plus morose et plus découragée que d'habitude, elle s'est enfuie de la maison, en déshabillé, au froid, en se dirigeant vers la rivière. Elle ne se rappelle pas cette fugue. "Je n'ai repris connaissance, dit-elle, que plus tard, alors que j'étais couchée sur un sofa et que mon mari et un médecin étaient auprès de moi."

Cet état dépressif s'améliora au bout de deux ou trois semaines, au point que la malade recouvrait une santé à peu près parfaite.

Il semble bien qu'au cours de cette dépression mélancolique, elle ait été victime d'un raptus. Quelques années plus tard, soit en septembre 1932, à la suite d'un surmenage physique considérable et d'émotions pénibles répé-

tées, elle redevint malade. Elle avait dû, pendant une période de trois mois, soigner jour et nuit, ses deux enfants qui venaient de faire presque sans interruption, rougeole, coqueluche, varicelle et oreillons. Sa santé s'altéra donc profondément et elle accusa de l'insomnie, de l'amaigrissement, et de la perte d'appétit. Elle devint triste, découragée, au point de considérer la mort comme une délivrance; elle se sentait "esclave" dans la vie; elle ne voyait plus comment elle aurait la force d'élever ses enfants, surtout parce qu'elle entrevoyait la misère et la ruine de son mari. Sa douleur morale était très intense. C'est alors que survint un 2ième raptus mélancolique; on la trouva dans sa chambre, au moment où elle cherchait à s'ouvrir les veines avec des morceaux de verre brisé. Elle n'a repris connaissance que le lendemain, ne gardant qu'un souvenir extrêmement flou de ce qui s'était passé. On lui a dit que pendant ce raptus, elle ne cessait de répéter: "Je veux mourir, je suis déjà morte, je suis trop coupable, je suis damnée, etc...."

Dans la suite, il y eut une période d'accalmie, mais sans guérison toutefois, car elle garda un fond de tristesse, de douleur morale accompagnée d'un sentiment d'impuissance et d'une aboulie prononcée. Toujours, elle avait l'impression d'avoir gâché sa vie, parce qu'elle était moins bonne que les autres. Puis, vers Noël dernier, survint une recrudrescence de son état maladif. Sa tristesse et son découragement prennent de l'ampleur; la douleur morale est intense. De nouveau, elle est écrasée par la vie et elle pense à mourir. La misère et la souffrance l'attendent. Une nuit par un froid de 42 degrés sous zéro, elle s'enfuit dans la neige, nu-pieds, n'ayant pour tout vêtement qu'une chemise de nuit en crêpe de Chine. Elle n'est ramenée chez elle que 20 minutes plus tard et c'est au moment de la mettre au lit qu'elle revient à elle-même et qu'elle veut savoir pourquoi les pieds lui font mal. Cette fois, elle ne garda aucun souvenir de sa fugue. C'est là, un autre raptus mélancolique.

Maintenant, à l'asile où elle repose, les pieds en plaies depuis sa dernière fugue, elle est encore déprimée et garde un fond de douleur morale, bien que son état mental soit amélioré. Elle a conscience de sa situation morbide et réclame sa guérison.

Observation No 4.

Françoise G...., âgée de 24 ans, admise à l'hôpital de Saint-Jean-de-Dieu en mars 1930 à la suite d'une tentative de suicide. L'examen révéla que cette femme était malade depuis quatre mois. Son état morbide s'était manifesté par un découragement extrême, des idées tristes et lugubres, à base d'indignité et de culpabilité. Puis, un jour, elle devint agitée, secoua sa torpeur habituelle, et se trancha profondément la gorge. De cet acte, elle ne garde qu'un souvenir des plus flous: "Tout cela, dit-elle s'est passé comme dans un cauchemar." Il s'agit ici vraisemblablement d'un raptus mélancolique. Quelques semaines plus tard, dans un moment impulsif soudain, elle alla se jeter dans une mare d'eau près de l'hôpital. Encore là, ses souvenirs sont des plus flous sur sa tentative de noyade. C'est probablement un second raptus mélancolique. Aujourd'hui, la malade est guérie et en liberté.

L. G, est donc visiblement un déprimé mélancolique. L'observation médicale, dix mois après la commission de l'acte meurtrier, confirme les rapports de l'entourage. D'ailleurs, personne ne peut soupçonner que la famille ait pu imaginer un tableau aussi classique d'une psychose dépressive.

Si nous recherchons maintenant des idées délirantes ou des desseins prémédités qui auraient pu entraîner L. G. à commettre son homicide, toutes nos enquêtes complétées par celles des détectives, ne révèlent nulle part l'ombre d'un mobile. Il faut donc conclure, sans hésitation, que L. G. est devenu brusquement agité, qu'il s'est jeté sur ses pauvres petits, dans un moment où le contrôle de ses actes lui échappa totalement, au point qu'il ne garde aucun souvenir de cette tragédie. En d'autres termes, il a commis son crime au cours d'un raptus mélancolique.

Conclusions

Ces malades, dont nous publions l'histoire, ont présenté à notre avis un ou plusieurs raptus mélancoliques, dans l'évolution de leur maladie. Les uns étaient des mélancoliques non délirants, les autres, des mélancoliques délirants. Au cours de leur état, ils ont secoué leur inhibition psychique et physique habituelle, pour présenter une agitation à allure paroxystique et produire, sous forme d'accès impulsif soudain, ces actes violents, dangereux, anti-sociaux auxquels ils se sont livrés. Quelques-uns en ont gardé un souvenir vague, les autres ont une amnésie complète des faits accomplis.

Les réactions ainsi observées, au cours de ces raptus, même si elles s'accompagnent d'amnésie complète, ne doivent pas être remises sur le compte de la simulation ou d'autres états pathologiques comme l'hystérie ou l'épilepsie; par exemple, quand un mélancolique non délirant tue un ou des proches, au cours d'un raptus, sans motif apparent, et qu'après il dit ne rien se rappeler, il ne faut pas croire qu'il ment et que cette amnésie alléguée est tout simplement un moyen de défendre sa peau. Les exemples précédents, qui pour la plupart n'ont eu aucune répercussion judiciaire, en sont des preuves évidentes. On admettra donc que l'acte répréhensible a été commis au cours d'un raptus mélancolique quand on pourra établir, après enquête, que l'individu incriminé était depuis quelque temps manifestement un grand malade et que les malaises accusés étaient ceux de la mélancolie. On arrivera surtout à cette conclusion, si après la commission de l'acte anti-social, l'individu ne tente nullement de s'enfuir, va se dénoncer lui-même et reste encore pendant un temps plus ou moins long, le malade déprimé qu'il était auparavant.

Dans une de nos observations (observation no. 4), on pourrait à la rigueur, soupçonner l'hystérie; mais le caractère durable, des troubles, indépendant des impressions extérieures nous fait rejeter ce diagnostic. D'ailleurs, on conçoit mal une hystérique exposant ainsi sa vie et se promenant nu-pieds, par un grand froid, dans la neige. De plus, les deux facteurs, émotion et suggestion, qui sont à la base de l'hystérie font aussi défaut.

Par contre, l'équivalent épileptique pourrait être invoqué avec plus de logique pour expliquer les réactions de ces malades, et cela, en raison de l'automatisme qu'elles présentent et de l'amnésie plus ou moins entière qui les suit. Nous ne croyons pas cependant qu'une telle conclusion puisse être faite.

Dans l'épilepsie l'équivalent remplace souvent l'accès convulsif ou il vient s'associer à lui. A chaque équivalent, ces malades disent à peu près les mêmes mots, s'emportent de la même façon, commettent les mêmes actes et obéissent aux mêmes impressions. Au réveil, ils ne se souviennent de rien. En plus, en dehors de l'accès, ces malades ne présentent aucune manifestation morbide, si ce n'est leurs troubles du caractère.

Dans la mélancolie, il n'est rien de tout cela. Chez nos malades, nous ne trouvons aucune histoire de convulsions antérieures. Les raptus observés chez le même malade ne se ressemblent pas les uns les autres. L'amnésie qui les suit est variable, et plus ou moins entière pour chacun d'eux. Ils sont précédés et suivis d'un état mélancolique manifeste de plus ou moins longue durée.

Il est donc légitime de considérer le raptus mélancolique comme une réaction toujours possible au cours de l'évolution d'un état mélancolique, quelque soit la forme clinique qu'il présente. Ces raptus sont beaucoup plus fréquents qu'on ne le croit, et si nous nous donnons la peine de les rechercher, nous verrons qu'un grand nombre de suicides ou d'homicides chez des mélancoliques sont commis sous leur influence. Etant donné les conséquences anti-sociales si graves qu'entraînent de tels états, le médecin ne sera jamais trop prudent en réclamant une surveillance continuelle de ces malades et en prenant à leur égard des mesures de protection rigoureuse.

Observation No 5.

En octobre 1933, par ordonnance du Procureur Général, l'un de nous fut chargé de l'expertise mentale de L. G., âgé de 28 ans, cultivateur, accusé du meurtre collectif de ses cinq enfants. L'aîné avait 4½ ans et les deux derniers, des jumeaux, 4 mois à peine. L'on trouva les petites victimes, la tête horriblement fracassée; un marteau ensanglanté avait été abandonné dans la cuisine, sur l'évier, et les vêtements du prévenu étaient tachés de sang.

Il faut savoir que L. G. vivait avec sa femme, chez ses parents, partageant avec eux les travaux de la terre. Or, le 26 janvier 1933, il se trouvait seul à la maison avec ses cinq enfants. Son épouse l'avait quitté vers midi, de très bonne humeur, tandis que lui se réjouissait d'avoir la garde de ses enfants: "C'était toujours une fête, dit-il, pour moi que de garder mes enfants... je les aimais tant... et ils étaient si beaux."

Q. — Que s'est-il passé cet après-midi-là?

R. — J'ai joué avec eux... puis je ne sais plus ce qui est arrivé... Je me suis aperçu... j'étais plein de sang. Je me suis dit: Que diable comment cela se fait? J'ai été voir mes enfants: ils étaient tous massacrés."

Q. — Alors, qu'avez-vous fait?

R. — Je me suis promené dans la maison... dehors, dans la cour... J'ai pleuré...

Q. — Ce jour là, avez-vous eu des pensées tristes? des idées étranges.

R. — Il me semble que ça allait bien; cet avant-midi-là, j'ai eu soin de mes enfants; j'ai joué avec eux. Cela arrivait souvent, c'était une fête pour moi (premier et unique sourire de tout l'examen).

Q. — Ensuite, qu'avez-vous fait?

R. — Je ne sais plus... Rien... rien... je ne me rappelle pas.

Q. — Quelles sont les premières choses dont vous vous souvenez?.

R. — J'étais debout dans la cuisine... J'étais là, un marteau plein de sang sur l'évier... J'étais plein de sang... mes vêtements, mes mains. J'ai été voir mes enfants... ils étaient pleins de sang et tous massacrés. Je me suis dit: Je vais être pendu... ils doivent être morts; je suis seul ici, ils vont bien dire que c'est moi... Là, si on m'avait fait n'importe quoi, ça m'aurait été égal.

Quand sa femme revint dans l'après-midi, vers 4 heures, elle le vit debout sur le seuil de la porte, profondément abattu, les yeux injectés, la figure congestionnée. "N'entre pas, lui dit-il, une chose épouvantable est arrivée, va chercher les voisins." En peu de temps une foule nombreuse envahissait la maison. Mais malgré beaucoup de questions et d'insistance, L. G. ne garde qu'un souvenir très vague de tout ce qui s'est passé durant le reste de la journée. Depuis le crime, il cherche encore en vain à comprendre. "Si quelqu'un venait me dire que mes enfants vivent, je le croirais" disait-il à l'un de nous au cours de l'examen.

Antécédents héréditaires. Rien de particulier à retenir. Père et mère vivants, alertes et vigoureux malgré leurs soixante-dix ans et plus.

Antécédents personnels. Né à terme, d'une grossesse normale, dernier enfant d'une famille nombreuse. Pas d'histoire de convulsions dans l'enfance, ni plus tard. Tout soupçon d'épilepsie doit être écarté. L. G. a toujours été d'un caractère timide, timoré, impressionnable, aimant la solitude et d'une constitution frêle. Placé au collège à 13 ans, il y demeura peu de temps, préférant la tranquillité des champs à la vie mouvementée des écoliers et à leurs jeux bruyants. Marié à 23 ans, sa femme le suivit sur la ferme paternelle, où rien apparemment n'est venu assombrir sa vie conjugale. Toujours empressé auprès des siens, il témoignait à leur égard d'une sollicitude vraiment touchante.

Quelques mois avant le crime, l'entourage remarqua que L. G. devenait sombre, plus taciturne, distrait: "Quand on lui parlait, raconte le père, souvent il ne répondait pas comme s'il avait eu l'idée ailleurs. Il ne tenait pas sur sa chaise; cependant, je ne l'ai jamais vu pleurer. Souvent, il s'attardait à l'étable, comme s'il avait oublié même l'heure des repas. Etant inquiet, j'allais voir ce qu'il faisait. Ce n'était plus le même enfant... Il est vrai que nous souffrions de la crise financière; l'exploitation de la ferme rapporte peu, nos rentes suffiront-elles toujours à nous faire vivre?... Tout de même, je n'aurais jamais soupçonné que cela pouvait l'affecter autant."

Sa mère ajoute; "Il faisait pitié dans son découragement. Il ne semblait plus se plaire avec la famille, lui, autrement si empressé auprès de ses frères. Ce pauvre enfant vivait comme dans un rêve triste. Je le cachais tant que je le pouvais. Le jour de l'An, ne fut pas gai. En présence de toute la famille réunie, il s'est montré étrange, pensif, ne parlant à personne, paraissant même ignorer les questions qu'on lui posait; rien ne l'intéressait."

Sa femme rapporte: "Quand son père nous recommandait la prudence, quand il causait de précautions à prendre à cause de la crise financière, cela le bouleversait énormément; il semblait interpréter ces paroles comme des reproches. Pourtant, les vieux étaient bien bons et ne savaient rien refuser. Mon mari se décourageait, ne mangeait plus, ne dormait plus et maigrissait. Il se plaignait de digestion pénible et accusait des maux de tête fréquents et violents. Je le surprenais souvent à pleurer, sans cause apparente. Il se préoccupait de ma santé beaucoup plus que de la sienne au point que j'en éprouvais de la gêne et du malaise. Ainsi, à table, il s'empressait d'enlever la croûte de mon pain, la gardant pour lui-même et insistant pour que je ne mange que la mie."

Examen mental. A l'examen, en fin d'octobre 1933, (dix mois après le crime) L. G. est toujours triste, abattu, replié sur lui-même et désintéressé du monde extérieur. Faciès inerte, tête baissée, il n'ose relever les yeux et ne manifeste apparemment aucune émotion. L'absence d'initiative dans ses réponses indique une élaboration psychique lente, malaisée et pénible. Ses réponses elles-mêmes sont tardives et laborieuses; chacune doit être provoquée par une question simple et précise, non pas à cause d'hostilité et de méfiance, mais parce que son attention réfléchie ne peut être que difficilement fixée.

BIBLIOGRAPHIE

R. MASSELON. — La mélancolie.
DUPRE. — Pathologie de l'imagination et de l'émotivité.
DEVAUX et LOGRE. — Les anxieux.
REGIS. — Précis de psychiatrie.
Rogues de FURSAC. — Manuel de psychiatrie.
H. CLAUDE. — Psychiatrie médico-légale.
CHASLIN. — Eléments de séméiologie et clinique mentale.
DURAND. — La mélancolie (dans collection Sergent, Dumas-Babonneix).
SEGLAS. — Leçons cliniques sur les maladies mentales.
KRAEPLIN. — Introduction à la psychiatrie.
LAIGNEL-LAVASTINE. — La pratique psychiatrique.
DeBELLEFEUILLE. — Le Suicide (Union Médicale du Canada, 1930).
MORACHE. — La responsabilité.
FAUCONNET. — La responsabilité.
FOREL. — Crime.

CINQ ANS D'HYGIÈNE MENTALE DANS LE DISTRICT DE QUÉBEC[1]

Par le Dr J. C. MILLER,
Directeur-Médical, de l'Ecole La Jemmerais,
Professeur de l'Institut Supérieur de Philosophie.

Pour bien nous rendre compte des progrès réalisés au cours des derniers cinq ans, dans le domaine qui nous occupe, vous me permettrez de jeter un regard rapide, sur les époques qui nous ont précédés. Je désire encore par là vous démontrer que le Canada français, et le district de Québec en particulier, ne se sont pas laissés devancer dans l'assistance aux infirmes et aux malades de l'esprit.

En ce qui regarde les grands aliénés, devenus complètement "étrangers" à eux-mêmes, le besoin de les secourir et de les contrôler, n'est pas à discuter. Il fut compris dès les premiers temps de la colonie, et déjà en 1639, la Fondatrice de l'Hôtel-Dieu, Madame La Duchesse D'Aiguillon, leur ménageait des prévisions spéciales dans sa charte. Plus tard, vers la fin du 17ième siècle Mgr de Saint-Valier accepta la maison des Récollets, sur la Rivière Saint-Charles, et il en fit l'Hôpital-Général. L'éminent évêque constata bientôt le besoin grandissant d'établir des quartiers spéciaux pour recevoir les aliénés. Il fit donc construire, à côté de son Hôpital-Général, en 1714, un petit pavillon pour recevoir les malades femmes; en 1720, le Roi de France, ordonnait l'érection d'un bâtiment semblable, pour garder les hommes aliénés. Le District, et la ville de Québec, en particulier, qui fut un point de départ de la civilisation sur le continent Nord-Américain, devait être le siège du premier hôpital organisé, pour soulager les souffrances physiques et aussi sauvegarder l'harmonie et la sécurité sociale.

Déjà vers le changement de Régime, le Général Murray faisait rapport que les quartiers d'aliénés de l'Hôpital-Général étaient devenus insuffisants pour répondre au besoin. D'autres rapports furent présentés dans la suite aux administrations gouvernementales avec des conclusions et des recommandations semblables. Mais ce ne sera qu'en 1845, que se construira le premier Asile de la Province de Québec: l'Asile de Beauport. Sir Chs. T. Metcalfe, alors gouverneur-

(1) Discours prononcé à la Société Médicale de Québec le 25 octobre 1933.

général, confia à un syndicat privé dirigé par le Dr Douglas, l'érection d'un bâtiment convenable à la garde des aliénés. Au cours des quelque 50 ans qui suivirent, plusieurs contrats se succédèrent avec les propriétaires de l'Asile. D'importants progrès furent réalisés au cours de cette période, mais on confiait toujours le soin de malades irresponsables, à un syndicat privé, obligé de s'administrer d'abord sur une base d'affaires, ce qui représentait certains inconvénients.

Enfin, en avril, 1893, le grand ordre local des Sœurs de la Charité, devenait propriétaire de l'Asile, et passait un premier contrat avec le gouvernement; les activités des Religieuses, auprès de ces malheureux malades se continuent jusqu'à nos jours, et elles devaient jouer un rôle prépondérant dans les progrès merveilleux réalisés jusqu'ici au bénéfice des malades et de la société.

Déjà sous la direction du premier surintendant, M. le Dr Vallée, éminent aliéniste et père de notre distingué concitoyen, M. le Dr Arthur Vallée, on note des progrès importants; la maison cesse d'être un asile pour devenir l'Hôpital Saint-Michel-Archange; son successeur, une autre gloire de la médecine canadienne-français, M. le Dr M. D. Brochu y apporte pendant plusieurs années, les lumières de sa science. Notre patron actuel, M. le Dr S. Roy, aura l'an prochain, je crois, à son crédit cinquante années de dévouement et d'excellents offices au service de l'œuvre qui nous occupe; c'est dire qu'il a largement contribué aux différentes réalisations acquises jusqu'ici. Sa modestie devenue proverbiale, m'en voudra certainement d'avoir osé faire une telle mention; mais l'admiration personnelle que je lui conserve m'a rendu incapable, en pareille circonstance, de ne pas le citer "à l'ordre du jour".

Il serait trop long de vous entretenir de toutes les améliorations apportées, au soin de nos malades mentaux, au cours des quelques dernières années. Je résume en avançant que Québec a pu jusqu'ici dans ce domaine d'activité sociale et scientifique, suivre l'évolution préconisée par les grandes écoles d'Europe et d'Amérique. Or, cette évolution scientifique tend à améliorer le sort des malades, tout en diminuant le nombre et la durée des internements, et ceci au profit du trésor public. Nous pouvons aujourd'hui, prévenir et même guérir certaines maladies mentales graves de l'adulte à condition de les prendre à point; c'est la raison d'être de la Clinique Roy-Rousseau, ouverte en 1926. Je n'ai malheureusement que le temps de vous rappeler le mérite considérable de cette excellente maison de prévention, de traitement et d'enseignement universitaire.

Mais une meilleure connaissance de ces cas d'aliénation mentale chronique de l'âge adulte, nous démontre de plus en plus souvent que la racine première remonte au jeune âge; on y retrouve déjà des tares héréditaires, des maladies en évolution, des anomalies de la croissance, des vices d'éducation ou autres facteurs morbides reconnus capables d'entraver le libre développement des facultés, et aussi de compromettre gravement, à une époque, plus ou moins prochaine, la santé mentale de l'enfant. Les traitements médicaux et la méthode pédagogique appropriée, peuvent souvent guérir ou au moins, redresser ces sujets, et leur permettre d'atteindre un niveau de développement compatible avec la vie sociale. On comprend facilement, que pour faire œuvre utile, dégrever les budgets d'assistance, on doit concentrer les efforts vers cette enfance anormale, encore accessible à un traitement efficace, ainsi qu'à une rééducation effective.

C'était l'objectif social du gouvernement et des Sœurs de la Charité, lorsqu'en septembre 1928, ces dernières ouvraient leur maison de La Jemmerais, la première dans la Province, et la seconde en importance au Canada; cette institution, qui tient autant de l'Hôpital que de l'Ecole, est destinée au traitement médical, et à la rééducation physique morale et intellectuelle des enfants anormaux, éducables; c'est-à-dire à ces enfants, qui pour des motifs d'ordre psychique, se montrent incapables de s'adapter aux conditions ordinaires de la vie sociale.

On sait que cette souplesse à s'adapter aux exigences de la vie, constitue un excellent critérium de l'intelligence humaine: or, ce critérium ne repose pas uniquement sur la valeur mentale du sujet, mais aussi sur les conditions plus ou moins défavorables qui l'entourent. Mon collègue, le Dr Pelletier, vous en a montré des exemples typiques. Un bon nombre d'enfants à niveau intellectuel moyen, doivent cependant être internés à charge publique, à cause d'abus, de négligence, de lacunes, du manque de soutien et de directives dans leur milieu familial ou scolaire.

C'est pour cette raison, que sur les 1410 enfants admis ou réadmis jusqu'ici, nous avons pu observer tous les niveaux intellectuels, depuis les confins de l'idiotie jusqu'à ceux de l'intelligence normale. Encore au départ, on remarque la même diversité: 157 sujets inéducables ou aliénés, ont été dirigés vers les hôpitaux propices à leur état; 34 autres inéducables et inoffensifs dont l'internement ne nous semblait pas nécessaire, furent remis à leur famille capable d'en prendre soin. Enfin 4 seulement sont décédés, et 707 sont repartis améliorés. De

ce dernier nombre, 135 ont pu prendre des emplois, et 40 plus jeunes, retourner à l'école ordinaire.

La population actuelle de la maison est de 439, dont 175 filles et 264 garçons, bien que la capacité normale ne soit que de 425. Le bilan physique et psychologique de chacun de ces enfants est établi dès son entrée, et ses activités seront orientées, en tenant compte de son âge réel, ses capacités physiques et ses aptitudes propres.

La rééducation physique s'obtient à l'aide des meilleures conditions hygiéniques dans lesquelles nous tâchons de faire vivre l'enfant: alimentation saine, air pur, soleil; on fait encore appel à la culture physique, sous ses différentes formes selon l'âge et le sexe; les attentions médicales très souvent nécessaires et prolongées.

La rééducation intellectuelle se fait surtout dans les classes et les ateliers. Vingt classes, françaises et anglaises, s'étendent de l'école maternelle jusqu'à la 3ième année environ, du cours primaire, et reçoivent 293 enfants. L'enseignement, sous la direction de personnes spécialisées, est ralenti et dosé selon le niveau des élèves. Les plus jeunes font trois heures par jour en deux séances; les plus avancés font deux heures et demie d'un seul trait, et passent l'autre demi-journée dans un atelier. Les grands qui ont dépassé l'âge scolaire, font uniquement du travail manuel qui leur est assigné selon leurs aptitudes particulières. Je vous montrerai dans l'instant, quelques plaques montrant les élèves à l'œuvre, et je ne m'y arrête pas davantage, pour l'instant.

Nous attachons aussi la plus grande importance à la rééducation morale. Il s'agit d'orienter ces enfants vers une carrière humble et de leur inculquer les qualités morales et les principes fondamentaux, capables de suppléer à d'autres déficiences. L'atmosphère sympathique, le contrôle des sanctions, la tolérance mutuelle, l'entraînement sportif reforme les caractères. Les différentes occupations, l'habitude et la ponctualité au travail développent la force morale de nos sujets. La formation religieuse ne doit pas être négligée: outre l'enseignement à la chapelle et dans les classes, fait sous la direction d'aumôniers avertis, on cherche à développer librement la pratique religieuse individuelle, incluant dans la routine de tous les jours, les traditions familiales et paroissiales communes à nos familles canadiennes-françaises. Par ailleurs, un Ministre visite régulièrement nos enfants de langue anglaise, et protestants. Enfin un règlement à la fois souple et ferme, de même qu'une surveillance exercée par un personnel compétent, permet un contrôle sympathique et discret

sur la conduite générale. C'est la convergence de ces différentes influences éducatives qui arrive à rééduquer dans la mesure du possible, ces enfants, au sort mal partagé.

Nous avons examiné ensemble quelques-unes des activités de La Jemmerais, et aussi, les résultats encourageants obtenus jusqu'ici au point de vue réhabilitation sociale. Mais toute nécessaire qu'elle soit, cette œuvre de pensionnat est dispendieuse, et elle ne suffit pas au besoin: La Jemmerais ne peut recevoir qu'au plus 450 élèves, et les anormaux se comptent par milliers dans la Province; il faut secourir ces enfants, si nous ne voulons pas, plus tard, les avoir à charge publique, eux-mêmes, et peut-être aussi leur nombreuse progéniture de plus en plus dégénérée, comme il en existe déjà de lamentables et coûteux exemples dans la ville de Québec.

L'Hygiène Mentale préconise un autre mode d'assistance, moins dispendieux et pourtant très efficace: c'est la *coopération* d'un personnel médical entraîné à cette besogne, et sous la direction de la Santé Municipale, avec les Cours Juvéniles, les Crèches, les Marternités, les Sociétés d'Assistance aux pauvres, et surtout avec les Autorités Scolaires, parce que l'école est le premier endroit où l'on peut, en général, rencontrer les enfants en groupe. Cette coopération, au service de la Justice et de l'Education, permet de reconnaître précocement l'aspect maladif de nombreux récidivistes ou retardataires, et de les soustraire aux sévérités de lois inopérantes chez eux. Elle permet encore d'en arracher d'autres aux derniers bancs des classes, qu'ils usent depuis des années, retardant le progrès général, s'avérant incapables d'assimiler l'enseignement donné; ils encaissent eux-mêmes force apostrophes et corrections maladroites de nature à les figer davantage et les faire sombrer de plus en plus dans des sentiments de révolte ou d'infériorité funestes à leurs ressources intellectuelles déjà limitées.

C'est surtout dans le but de secourir cette enfance en voie de déchéance intellectuelle et morale, que fut fondé à l'Université en 1931 "Le Comité d'Hygiène Mentale de la Ville de Québec" — Québec doit cette nouvelle fondation de prévention précoce, d'abord aux initiatives et aux subventions du "Comité Provincial d'Hygiène Mentale"; il la doit encore à l'accueil bienveillant de l'Université Laval, de la Faculté de Médecine, de l'Hôtel de Ville, de la Commission Scolaire Catholique et du Service de Santé Municipal qui constituèrent un Bureau sous la présidence active de M. le Professeur Albert Jobin; enfin les Dames de l'Hôtel-Dieu mettaient généreusement à la disposition du nouvel organisme, les locaux né-

cessaires à sa clinique d'Hygiène Mentale, avec accès aux services des spécialités, et les Sœurs de la Charité, fournissaient, au premier appel, le personnel spécialisé prêt à entreprendre la nouvelle besogne.

Le Comité a concentré ses activités aux écoles mêmes, et à sa consultation hebdomadaire de l'Hôtel-Dieu: 57 écoles furent visitées, avec une population de 21357 élèves. Sur l'indication des maîtres, 909 enfants furent examinés. De ce nombre, 780 ont été trouvés anormaux à des degrés divers, et allant jusqu'à l'imbécillité dans 17 cas.

Le Dispensaire de l'Hôtel-Dieu a donné près de 1000 consultations à des anormaux de familles pauvres. Un bon nombre d'entre eux ont pu suivre des traitements les plus variés en vue de leur récupération physique et mentale. Cette clinique a permis une sélection plus judicieuse dans le placement des anormaux de la ville et des environs; elle a souvent pu déférer ou empêcher des internements coûteux et non nécessaires. Un certain nombre de jeunes sujets récemment libérés de l'Ecole La Jemmerais, de l'Hôpital de la Baie-Saint-Paul, de l'Ecole de Réforme, de la Clinique Roy-Rousseau, de l'Hôpital Saint-Michel-Archange, y ont trouvé l'attention médicale et le soutien moral nécessaires à leur état.

Le Comité a collaboré avec les œuvres de charité, l'Assistance Publique, le Bureau Municipal de Santé, l'Hôpital de la Miséricorde, les Orphelinats, les Crèches; on a souvent appliqué un traitement utile ou évité des récidives évidentes.

On a organisé la "Première Journée d'Hygiène Mentale" avec le concours des Sœurs de la Charité: des centaines d'éducateurs, de gardes-malades et de médecins y sont venus passer une journée instructive, au profit de leurs élèves ou de leurs petits malades. D'autre travail de vulgarisation s'est fait sous forme de conférences et de travaux scientifiques. Enfin, avec des ressources très limitées, le Comité a essayé de proposer dans tous les milieux dirigeants de Québec, les idées éminemment bienfaisantes de l'Hygiène Mentale.

Enfin, l'Université Laval organisait, pour sa session 1933-34, une série de cous spéciaux sur la Neuro-Psychologie infantile; ces leçons traitant d'Hygiène Mentale, se donnent à l'Institut Supérieur de Philosophie, et l'assistance y est obligatoire pour Messieurs les étudiants en médecine de cinquième année.

Avant de conclure, permettez-moi, Mesdames et Messieurs, de vous rapporter une anecdote, qui m'avait vivement frappé, et qui présentera certainement un intérêt psychologique au juriste, au médecin, à la garde-malade et à l'éducateur qui m'écoutent: Léonora

Galilai était la favorite la plus influente auprès de Marie de Médecis; différentes intrigues la conduisirent bientôt au tribunal, où elle fut convaincue de sorcellerie, puis au bûcher où on la brûla vive, en place de Grève, à Paris en 1617. Or, comme on cherchait à savoir le secret de ses succès auprès de la future Régente de France, sa réponse fut courte et stoïque: "Mon charme, dit-elle, fut celui des âmes fortes sur les esprits faibles." — Sans le savoir, cette femme avait donné trois siècles à l'avance, la plus belle définition de l'Hygiène Mentale.

C'est précisément ce charme que nous cherchons à faire pénétrer davantage dans nos institutions d'enfants; notre but immédiat est d'améliorer le sort des enfants mal doués, notre objectif ultime est d'apporter notre contribution à la solution d'un problème social de première importance. Je crois avoir démontré que jusqu'ici, nous n'avons pas reculé devant l'effort et le sacrifice, pour mieux soulager et guérir si possible, les plus pitoyables de nos infirmes, ceux qui sont frappés dans leurs facultés maîtresses. Pour continuer ses activités sur une base réellement effective, et dont la preuve semble faite, le Comité d'Hygiène Mentale devra réaliser deux conditions: une coopération plus étroite avec nos maisons d'enseignement, et de correction; et deuxièmement, son incorporation régulière et permanente dans le Bureau Municipal de la Santé.

J'ai simplement voulu, ici, établir le bilan d'une évolution médico-sociale vieille de bientôt trois siècles. Poursuivrons-nous encore cet idéal humanitaire, ou reculerons-nous devant des difficultés d'ordre matériel?

Un travail considérable a déjà été fait; des centaines d'enfants attendent la suite de ces activités préliminaires. L'Hygiène Scolaire et l'Education ont largement apprécié les services rendus jusqu'ici. L'opinion publique, depuis le Palais Cardinalice et Spencerwood jusqu'aux milieux les plus humbles, nous engage à continuer. La presse locale n'a pas ménagé sa sympathie à notre mouvement, enfin le Comité d'Hygiène Mentale est un peu partout reconnu comme une utilité publique. Nous comptons que tous voudront bien lui continuer leur bienveillante sollicitude.

LE PROBLÈME DE L'ALCOOLIQUE

Par Jean SAUCIER,
De la Faculté de Paris,
Assistant à la clinique neurologique de l'Hôpital Notre-Dame.

Du point de vue de la stricte hygiène mentale, qui est bien davantage une science de prévention qu'un mode de thérapie au sens de mesures actives immédiates, le problème qui se pose est de savoir si, d'une part, il est possible d'empêcher l'individu moyen de boire en excès des boissons alcooliques, et si, d'autre part, lorsqu'il s'agit d'anciens éthyliques, on peut espérer un sevrage définitif. En changeant les mots, la proposition peut encore se présenter comme suit: quels sont les individus qui deviendront alcooliques? Quels sont ceux qui guériront? Quels sont ceux qui ne guériront pas?

Nous allons nous borner à la seule analyse de la psychologie pathologique de l'alcoolisme, parce que là nous paraît être le nœud de la question. Nous omettrons volontairement, afin de simplifier, le chapitre important de l'hérédité, en laissant transparaître, toutefois, à maintes reprises, que c'est bien à l'influence héréditaire que l'alcoolique doit sa physionomie psychique si particulière. Nous passerons également sous silence l'énumération des variétés d'alcools en cause ainsi que les diverses formes de l'ivresse. Nous nous attacherons, en somme uniquement, à caractériser l'état mental des alcooliques, véritable point de départ, efficient et explicatif, de la lamentable odyssée des buveurs chroniques.

Cette analyse, même courte, des mécanismes primordiaux de l'habitude alcoolique donnera mieux au lecteur la clé du problème que les plus complètes descriptions des formes cliniques de la maladie. Pour savoir s'il est possible d'empêcher le buveur novice de commettre des excès, ou de le redresser s'il en a commis, il est essentiel de posséder les moyens de prévoir si chez lui les effets des boissons éthyliques seront désastreux ou inoffensifs. Comment donc parvenir à acquérir cette connaissance? — ce qui revient à dire —: comment classer les buveurs d'après leurs particularités psychologiques? C'est ce que nous allons maintenant envisager.

* * *

Il existe des individus qui s'alcoolisent sans le savoir, et d'autres qui boivent en toute connaissance de cause. Les premiers ne nous retiendront guère: ce sont les enfants, saturés d'élixirs toniques à base d'alcool; ce sont les ignorants à qui l'on n'a jamais parlé des dangers de l'alcoolisme; ce sont enfin, ceux qui, de bonne foi, croient que l'alcool est excellent et qu'il n'y a aucun inconvénient à en consommer quotidiennement. Cette catégorie d'individus constitue l'infime minorité. Les campagnes anti-alcooliques ont assez insisté sur les méfaits des boissons enivrantes pour qu'il soit permis de croire qu'au moins dans les grands centres, on ne puisse plus invoquer l'ignorance. Le cas des enfants et des ignorants, (paysans et peuplades sauvages) est relativement sans importance; on le cite encore dans les ouvrages de la fin du siècle dernier, mais aujourd'hui, les alcoolisés vraiment inconscients ne sont plus représentés que par les nourrissons et les jeunes enfants, victimes d'une thérapeutique meurtrière et mal avisée. Les véritables convaincus de la persistance des bons offices de l'alcool, s'ils sont sincères, sont rarissimes.

Le buveurs conscients sont les seuls qui retiendront notre attention. C'est uniquement à leur intention, du reste, que ces lignes ont été rédigées.

Dès 1889, Legrain divisait les buveurs conscients en *amoraux, abouliques* et *dipsomanes*. Nous pouvons dès à présent affirmer, à la seule lecture de ces épithètes, que ces buveurs sont des déséquilibrés et des déviés. Nous aurons l'occasion de le démontrer amplement au cours de cet exposé.

Il est important de souligner ici que ces anomalies du tempérament, ne sont aucunement sous la dépendance, du moins primitivement, d'un vice de la sphère intellectuelle. Ces individus peuvent être, et de fait, sont souvent remarquablement intelligents, mais ils pèchent toujours par des excès ou des omissions affectives. En somme, leur vie tout entière évolue sous le signe de la déviation de l'affectivité.

Magnan, avant Legrain, avait bien noté chez les alcooliques les caractéristiques de la dégénérescence mentale, mais ses élèves ont tellement généralisé l'emploi de l'épithète *dégénéré* que l'on s'entend mal aujourd'hui lorsque l'on parle de *dégénérescence*; aussi, mieux vaut-il adopter le vocabulaire psychiâtrique moderne si nous voulons être compris parfaitement et si nous voulons donner aux mots leur sens précis. Nous allons reprendre un a un les *amoraux*, les *abouliques* et les *dipsomanes* de Legrain en les expliquant avec nos mots et conceptions d'aujourd'hui.

Les premiers sont des sujets dépourvus de bonté, d'honneur et de sentiments élevés, ensemble qui constitue ce que l'on est convenu d'appeler le sens moral. Ces individus sans éthique boivent gloutonnement, et répètent leurs beuveries au caprice de leurs instincts. Ils ne regrettent rien. Ils assouvissent un besoin contre lequel ils n'exercent aucune résistance, car ce sentiment intime de la résistance à offrir est chez eux précisément absent. Ces assoiffés recherchent, du reste, les excès de toute nature. Ce sont des effrénés qui n'ont de ménagements ni pour eux-mêmes, ni pour autrui. Leur dégradation peut coïncider avec de brillantes qualités intellectuelles, mais dans la majorité des cas, l'intelligence fonctionne au ralenti. Dans les deux alternatives, l'attirance du mal est tellement violente, ou si l'on préfère, l'absence de bonté est tellement complète, que la raison ne peut influencer le drame qui se déroule dans les bas-fonds de la personnalité affective.

Les habitués du langage psychiatrique savent que l'on désigne encore les amoraux du nom de *pervers*. Leur perversité provient de leur divorce inné, irréductible, avec la bonté, et fait d'eux des inadaptables. Maurice de Fleury nous en trace un portrait qui les caractérise admirablement: "inaptes à la tendresse et à l'amitié, indifférents aux caresses, aux éloges, aux récompenses, aux punitions, voire aux châtiments les plus rudes, ils se plaisent à torturer les animaux, à saccager les plantes, à abîmer les objets, à frapper le gens de leur entourage; ils éprouvent une satisfaction manifeste à faire souffrir, à voir couler le sang, à constater la destruction des êtres et des choses."

Lorsqu'ils sont, en plus, constitutionnellement excités, avides et anémotifs, ces pervers deviennent les plus dangereux criminels. Il est rare que cette dernière combinaison engendre des alcooliques. Leur avidité et leur anémotivité les font se méfier des aléas de l'ivresse. Ce type correspond au légendaire Landru. Tels ne sont pas les amoraux qui nous intéressent; ceux-ci se recrutent davantage parmi les pervers *déprimés*. Ils trouvent dans l'alcool l'entrain et la vigueur qui manquent à leur cénesthésie troublée, et qui les lancent, sans freins, sur la pente de l'habitude, qui devient d'emblée copieuse et définitive.

La seconde catégorie de buveurs est plus sympathique. C'est dans cette classe que se rencontre le plus grand nombre d'éthyliques. C'est pourquoi, l'emploi de l'épithète *aboulique*, qui caractérise ce contingent, va nécessiter quelques développements.

Les abouliques n'ont ni diminution ni abolition du sens moral. Si toutefois ils présentent un dérèglement en ce sens, leur perversité

doit être considérée comme étrangère à l'affaiblissement de leur volonté, comme un épiphénomène, car en soi, l'aboulie ne comporte pas de modifications de la disposition bonté. Qu'est-ce donc que l'aboulie? C'est une faiblesse de la volonté, mais cette réponse équivaut à reposer la question. Nous la reposerons un peu différemment afin de donner de l'aboulie une définition qui soit à la fois une explication. Quels sont les composants de l'état aboulique? Mieux que Ribot et Payot, Achille Delmas et son collaborateur Marcel Boll expliquent les caractères sans volonté par un terrain spécial, fait de dépression, d'absence d'avidité, d'hyperémotivité et de débilité du jugement.

En résumé, l'absence d'avidité supprime le but à l'acte et la dépression en empêche l'exécution; l'hyperémotivité rend indécis ou impulsif tandis que la débilité du jugement ne permet pas de distinguer les possibilités en rapport avec l'acte.

On comprend plus facilement, à l'aide de cette formule, ce qu'il faut entendre par aboulie. Mous, suggestionnables, indécis, scrupuleux, paresseux, impulsifs sont pour Delmas et Boll autant d'épithètes synonymes d'abouliques. Les faits de la vie courante leur donnent suffisamment raison.

Il n'est pas difficile d'imaginer que ces déséquilibrés sont les victimes préférées de l'acool, comme du reste, de la plupart des narcotiques. Leur état mental les y prédispose éminemment. Il fait d'eux des toxicomanes en puissance. Dès le premier excès, le désir de recommencer s'impose et bientôt l'habitude est prise. La plupart recherchent dans l'alcool, ou dans le toxique qu'impose la circonstance, une satisfaction à la fois intellectuelle et organique, satisfaction née de l'excitation passagère que procure aux déprimés de cette catégorie le stimulant artificiel, et qu'entretient leur goût morbide pour la recherche des sensations inusitées.

Très suggestionnables, ces individus sont accessibles au rappel des sentiments élevés. Ils luttent souvent contre leur désastreux penchant, mais ils retombent aussi fréquemment. Mieux vaut chez eux utiliser l'intimidation que le simple conseil. Mieux vaut le sevrage surveillé que la cure à domicile.

Ces malades sont avant tout des déprimés. Or, comme ils boivent pour se stimuler, et que par ailleurs, ils sont constitutionnellement sans ressort, ils tournent dans un cercle sans issue et boivent de façon plus ou moins continue.

Nous avons signalé plus haut que la débilité du jugement empêchait ces malades de peser exactement les conséquences de l'acte qu'ils posaient. Il arrive que cette déficience intellectuelle soit innée,

mais pour le plus grand nombre de ces alcooliques, les troubles du jugement sont bien plus imputables à l'indécision et à l'impressionnabilité qu'à un vice primitif de la personnalité intellectuelle. De même, chez eux, l'appoint impulsif n'a pas la signification d'irrésistibilité immédiate que l'on retrouve chez le dipsomane parce qu'il est tempéré par le ralentissement psycho-moteur déjà assez souligné.

Nous en arrivons enfin aux impulsifs proprement dits, aux *dipsomanes*. Ceux-ci boivent *par accès*. Au cours de ces cycles qui les caractérisent, ils obéissent à une impulsion à peu près irrésistible. "Contrairement aux amoraux qui ne luttent jamais, et aux abouliques qui luttent quelquefois, les dipsomanes luttent toujours." (Legrain). Ce sont les moins bien récompensés de leur effort puisque leur lutte est le plus souvent stérile, et partant, inutile. Entre les accès, les dipsomanes sont totalement abstinents et détestent sincèrement l'alcool, mais lorsque survient la crise, l'élan est tellement pressant qu'ils engloutissent littéralement plutôt qu'ils ne boivent. Ils assistent impuissants à un drame dont ils ne peuvent empêcher l'action. Ils sont assimilables aux autres grands impulsifs que sont les kleptomanes et les pyromanes. Ils procèdent de la même tournure psychique et de la même orientation affective.

ECOLE DES GARDES-MALADES
LES TROIS RIVIÈRES
HÔPITAL SAINT-JOSEPH

De la dipsomanie, Garnier nous dit: "c'est une véritable crise ayant, à l'instar de beaucoup d'autres accès impulsifs, ses prodrômes (tristesse, abattement, malaise physique et moral mal défini, épreintes, sensations de brûlure à l'estomac, inquiétude confuse, etc.), s'offrant, de même aussi que la plupart des impulsions conscientes, les résistances préliminaires, la lutte angoissante contre l'impérieux besoin maladif, qui emporte finalement les plus solennelles résolutions, se déchaîne en une sorte de *furor ad potum*, et règne en maître pendant quelques jours."

Magnan a bien vu les rapports évidents qui existent entre la dipsomanie et les syndromes épisodiques de la dégénérescence mentale, de la cyclothymie, dirons-nous aujourd'hui. Comme les accès maniaco-dépressifs, les crises dipsomaniaques procèdent par cycles, sont à peu près inévitables, surviennent au su de la conscience qui n'y peut rien, guérissent puis recommencent.

* * *

Cet aperçu sur l'état mental des alcooliques démontre amplement chez ceux-ci la prédisposition, la déviation, et, disons-le, la psychopathie.

Lasègue a dit avec beaucoup de justesse: "ne boit pas qui veut". Cet aphorisme est exact et s'applique à tous les individus qui font des excès alcooliques. Adaptant la phrase célèbre de Lasègue à la grande famille des toxicomanes, Logre a démontré, que chez tous sans exception, le toxique ne créait pas la maladie, déjà latente, mais provoquait simplement son extériorisation. Il ne faut pas croire toutefois que cette apparence de finalité soit dans tous les cas inéluctable puisque beaucoup de ces invalides du tempérament ne deviendront jamais toxicomanes si l'occasion ne leur en est pas offerte, mais cette occasion vient-elle un jour à se présenter que se trouve soudain réalisé l'appel qui ne se taira plus. C'est ainsi, et dans ces conditions seulement, qu'il faut entendre la prédisposition.

Venturini est allé plus loin: "tous les sujets, dit-il, qui commettent des excès sont des dégénérés." La boutade est en partie exacte pour les amoraux et les impulsifs, mais elle semble un peu excessive en ce qui concerne les simples abouliques. Il est vrai qu'au sens le plus large du mot notre humanité est plus ou moins dégénérée, car, qui ne commet pas quelques excès? Venturini et Lombroso en ont commis eux-mêmes en généralisant de la sorte! Mieux vaut, semble-t-il, nous en tenir à des moyennes, et ne généraliser qu'après avoir nettement précisé nos raisons de le faire.

Nous n'avons pas écrit ces lignes pour nier la responsabilité de tous les buveurs ni pour les absoudre sans exception mais afin de faire ressortir les mécanismes psychologiques qui déterminent l'habitude alcoolique.

Nous savons que tous les buveurs conscients doivent leur penchant néfaste à des déviations constitutionnelles innées. Nous savons, par conséquent, qu'il n'existe pas d'alcoolisme *essentiel*, mais un alcoolisme varié, déclanché et mis en œuvre par un tempérament spécial, constitué par les aberrations que nous avons étudiées.

Parmi ces déréglés de l'affectivité, les amoraux et les dipsomanes sont incorrigibles. La solution idéale pour les premiers est la séquestration. Il devient plus difficile de statuer et de formuler une loi générale pour les dipsomanes. Ce sont souvent d'excellents sujets. Il faut les protéger contre la répétition trop fréquente des accès, écourter ceux-ci en imposant le placement à la maison de santé, et empêcher chez eux l'alcoolisme chronique qui les assimilera bientôt aux amoraux, par acquisition graduelle de la déchéance morale, commune à tous les ivrognes de vieille date.

Retarder la déchéance, même parfois indéfiniment, représente une maigre thérapeutique! Il ne faut pas nous illusionner, nous n'a-

vons pas encore trouvé le moyen radical d'abolir en permanence l'impulsion toute-puissante des dipsomanes.

Les seuls individus partiellement éducables sont les abouliques. Nous avons déjà dit que l'intimidation peut avoir les meilleurs effets. Plusieurs s'abstiennent par crainte d'une sanction; d'autres répondent bien à la suggestion; d'autres sont favorablement influencés par un changement de milieu et des exemples plus sains; d'autres enfin, ne retombent pas à condition de se placer sous la tutelle constante d'un protecteur énergique. Ce sont, en définitive, les seuls alcooliques qu'ont amendés les campagnes anti-alcooliques. C'est vers eux seuls que doit et que peut être dirigé l'effort d'hygiène mentale, aussi bien dans le sens préventif que curatif.

La conclusion qui s'impose à la lecture de cet exposé est que l'alcoolisme est une maladie, et plus exactement, une psychopathie. Cette maladie doit être traitée, car nous avons vu qu'il est des cas que le traitement influence favorablement. Nous savons maintenant quels sont ces cas. Elle doit être aussi envisagée au point de vue de ses conséquences futures, et, à cet effet, nous avons déjà indiqué les procédés les plus recommendables. Elle doit enfin être mise sous les yeux du grand public, afin que celui-ci, mieux renseigné sur sa pathogénie, recherche les moyens de protection les plus favorables à sa propre sauvegarde puis à celle de sa descendance.

BASES ANATOMO-PHYSIOLOGIQUES, CLINIQUES ET ÉTIOLOGIQUES DE L'HYGIÈNE MENTALE DE L'ENFANT. VALEUR DIAGNOSTIQUE ET PRONOSTIQUE DES CONVULSIONS INFANTILES

Par Roma AMYOT
Docteur en Médecine de l'Université de Paris.
Assistant à la clinique des maladies nerveuses de l'hôpital Notre-Dame.

La neuro-pathologie infantile offre un champ d'étude aux formes différentes de celui qu'il nous est donné d'explorer en neuro-psychiâtrie de l'adulte.

Si elle nous apparaît plus simple en manifestations cliniques, et d'autant plus qu'on l'aborde à un âge plus rapproché de la naissance, que ne l'est celle de l'adulte, elle n'en demeure pas moins complexe d'analyse, d'interprétation et de signification étiologiques de ses manifestations symptomatiques.

Cette complexité est la conséquence directe de la variété limitée des réactions nerveuses aux lésions encéphaliques.

Cette monotonie clinique est dûe, on le comprend bien, au développement incomplet du système nerveux du nourrisson ou de l'enfant, à sa fragilité et à son excitabilité exagérée, enfin à l'état d'édification des facultés psychiques et du bagage intellectuel.

On comprend également que les réactions psychiâtriques aux facteurs morbides ne ressemblent à celles de l'adulte que par le déploiement vicié des instincts qui sont innés et d'apparition précoce, mais que tout ce qui concerne la mise en œuvre des facultés intellectuelles et leur propriété acquise: mémoire et souvenirs, imagination et association d'idées et d'images, jugement et lucidité comparative fournie par l'expérience, différera radicalement dans le tableau pathologique.

Les phénomènes neuro-pathologiques de l'enfant ont cette importance, et cela sans aller jusqu'aux arrêts de croissance intellectuelle, qu'ils contiennent une efficience en quelque sorte répercutrice, c'est-à-dire qu'ils portent en eux la genèse de déviations neurologiques et mentales qui se manifesteront, soit durant tout le cours de l'existence de l'être, soit seulement à une certaine époque de sa vie.

Ils doivent donc nous apparaître avec ce caractère de puissance pathogène et conséquemment faut-il, en hygiène mentale, les étudier avant tout autre sujet, afin de recourir à la prévention de ces déviations quasi irréductibles à la naissance desquelles ils contribuent.

L'hygiène mentale s'emploie trop souvent a redresser bien péniblement des troubles psychiques, ou s'efforce à contenir l'efflorescence de tares affectives ou intellectuelles qui ont pris naissance durant l'enfance.

L'hygiène mentale de l'enfance consiste précisément à éviter l'apparition de ces déviations ou encore à les combattre dès leurs premières manifestations.

Pour arriver à cette fin, il faut de toute nécessité avoir la connaissance de l'évolution normale des fonctions neuro-psychologiques de l'enfant et surtout apprécier certains critères ou indices de ce développement normal. Ainsi, on pourra, dès l'origine, découvrir les aspects neuro-pathologiques par la constatation des moindres vices de ce développement, combattre les causes morbides et s'attaquer aux lésions pathogènes.

On n'ignore pas que la progression fonctionnelle du système nerveux est intimement associée non seulement au contact continu avec l'ambiance, mais aussi à la maturité anatomique des éléments de ce système.

A la naissance, au sein de l'encéphale et de la moelle, les cellules qui constituent les centres d'élaboration des diverses fonctions sensorielles, sensitives, motrices et psychiques existent bien en totalité, mais elles ne sont pas toutes entièrement différenciées, mais, surtout, les voies par lesquelles elles transmettent leur influx ne sont ni complétées en nombre, ni définitivement fixées en qualité.

Chez l'enfant qui vient de naître, la zône rolandique seule de l'écorce cérébrale possède des cylindraxes myélinisés, alors que le lobe frontal, aux fonctions spécialement psychiques, n'en contiendra qu'à partir de 5 mois d'âge. Certains segments encéphaliques (le diencéphale, le mésocéphale, la protubérance et le bulbe) sont déjà bien développés, alors que certains faisceaux de la moelle épinière, comme les faisceaux pyramidaux qui conduisent l'influx nerveux de la motricité volontaire, ne commencent qu'après la naissance à présenter des fibres myélinisées.

Durant l'enfance, l'adolescence et même une partie de l'âge adulte, les voies, nous pourrions dire les liens ténus et innombrables, qui unissent entre eux les différents centres cellulaires de l'écorce cérébrale et les relient avec les très nombreux centres inférieurs échelonnés tout

le long du système nerveux central, en un mot les voies d'association, se développent, se complètent et s'intriquent.

A mesure que l'être apprend du monde extérieur au moyen de ses "fenêtres sur la rue" que sont ses sens, à mesure qu'il s'éduque, à mesure qu'il s'adapte aux agents essentiels à sa vie, ou à ceux dont il use par surcroît, et cela en rapport constant avec leurs mutations incessantes, de fines fibres dendritiques et cylindraxiles corticales se multiplient, s'articulent d'une façon plus complexe et expansive, au point de tisser un réseau complexe et ininterrompu qui relie étroitement les groupes cellulaires entre eux et les cellules entre elles. Grâce à ce réseau en progression continue, les fonctions nerveuses de l'être, et tout particulièrement ses facultés intellectuelles, possèdent et manifestent un potentiel d'adaptation et d'absorption indéfini.

Le même processus s'établit dans la moelle épinière, mais il n'offre pas une aussi grande complexité, ni surtout un pouvoir d'extension aussi sensible et prolongé.

A cette évolution anatomique correspond le développement progressif des fonctions nerveuses.

La physiologie nerveuse si changeante de l'enfant devient ainsi un phénomène que l'esprit peut analyser, comprendre et interpréter scientifiquement. A la maturation des éléments du système nerveux correspond adéquatement une évolution des fonctions psycho-sensorio-motrices.

A la naissance, l'enfant est un être sous-cortical chez lequel apparaissent presque exclusivement les activités médullaires, bulbaires, protubérantielles et méso-diencéphaliques. On n'y reconnaît aucune motricité volontaire; les mouvements des membres sont asynergiques et franchement syncinétiques. Il existe même un aspect de choréo-athétose dans cette kinésie.

Le tonus musculaire manque d'adaptation; il est comparable à celui des animaux expérimentalement décérébrés.

Le signe de Babinski est présent, on y remarque des phénomènes de l'automatisme médullaire. Toutes les réactions sont incontestablement réflexes et intinctives. Les sphincters ne sont pas contrôlés. L'appareil visuel n'a guère acquis ses attributs.

Mais, peu à peu, à mesure que l'anatomie nerveuse se complète, l'être manifeste des activités de plus en plus affinées.

A partir de trois mois, la motilité apparaît mieux adaptée et coordonnée, la préhension peut se faire. Le tonus se montre plus adéquat et la tête commence à se tenir droite; le tronc peut se maintenir avec plus de vigueur et l'enfant est susceptible de s'asseoir.

Vers le 4ième mois, le regard est plus éveillé et l'œil perçoit nettement les personnes et les objets. L'enfant sourit aux personnes qui s'intéressent à lui. Les globes oculaires se meuvent avec une certaine synergie. A partir du 6ième mois, commencent à se montrer des signes de fonctionnement psychique ou cortical. L'enfant fait comprendre sa volonté, ses désirs et ses répulsions.

Puis c'est vers le 12ième mois, que les premiers mots sont prononcés et que les premiers pas sont esquissés. A cette époque, les mouvements sont beaucoup plus précis, le tonus se montre beaucoup plus plastique et adaptable aux besoins d'attitude ou de posture.

C'est vers le 30ième mois que les sphincters deviennent continents, que le réflexe plantaire s'effectue définitivement en flexion, que les réflexes tendineux se montrent moins vifs et que les mouvements acquièrent la précision et la coordination qui les apparentent à ceux de l'adulte. On constate alors l'action d'affinement, de contrôle et d'inhibition du cortex cérébral dont le développement s'est en très grande partie édifié. A cet âge de 2½ à 3 ans, l'intelligence de l'enfant commence à emmagasiner un stock d'acquisitions didactiques qui d'ailleurs se grossira plus ou moins jusqu'à la période de la vieillesse.

La capacité d'absorption presque indéfinie de cette intelligence en regard de l'étendue et de la multitude des images extérieures qui frappent les sens de l'enfant, sa réceptivité d'autant plus aiguë, que le cerveau, matrice vierge de toute impression, constitue un centre d'attraction avide de matière à assimiler, créent la curiosité de l'enfant et sa très grande facilité à assimiler et à conserver des notions nouvelles...

Les tests d'intelligence peuvent être utilisés à partir de cet âge, dans le but d'estimer le degré de développement intellectuel et d'en suivre la progression.

Dans cette étude, forcément résumée, de l'édification neuro-psychologique de l'enfant, il ne faut pas tout-à-fait négliger sa croissance somatique. Les rapports entre les deux sont trop étroits pour qu'il en soit autrement. Aussi, ne faut-il pas ignorer que les fontanelles sont normalement fermées à l'âge de 16 mois, que les premières dents font leur apparition à 6 mois. Enfin, on doit donner une certaine importance aux troubles de croissance corporelle et à la présence de malformations ou de dystrophies du crâne, de la tête ou de toute autre partie du corps. Certaines de ces dystrophies sont de véritables stigmates de dégénérescence mentale.

Si nous voulions maintenant indiquer les principaux critères d'un développement nerveux normal de l'enfant, nous dirions qu'ils sont

constitués par la fermeture des fontanelles à 16 mois, par l'apparition des premières dents vers l'âge de 6 mois, par l'ébauche des premiers pas et des premiers mots vers l'âge de 12 mois et par l'installation de la continence du sphincter de la vessie vers l'âge de 30 mois.

Ce sont là les points de repère au sujet desquels le praticien doit s'enquérir, lorsqu'il désire se renseigner rapidement et sommairement sur le développement neuro-somatique de l'enfant qu'on amène à son cabinet de consultation.

Enumérons maintenant les principales causes qui créent précocement des lésions au sein du système nerveux et entravent son évolution anatomique et physiologique.

Voyons les facteurs les plus importants de troubles neurologiques et mentaux de l'enfant.

Les connaître c'est déjà posséder l'arme la plus puissante pour les éviter et les combattre; c'est faire de l'hygiène mentale infantile efficace.

La syphilis de la mère, l'alcoolisme chronique des conjoints ou l'ivresse profonde au moment de la conception, certaines tares nerveuses héréditaires et familiales ou certaines maladies mentales dégénératives (chorée de Huntington, l'arriération mentale, les troubles d'esprit circulaires de caractère maniaque dépressif, les déséquilibres psychiques profonds), les maladies graves de la mère durant la grossesse (tout particulièrement les infections et les intoxications profondes), les traumatismes craniens du fœtus infligés durant l'accouchement, certaines infections de l'enfance (rougeole, coqueluche, scarlatine, états infectieux méconnus) qui créent des foyers d'encéphalite, certaines tumeurs gliomateuses apparaissant durant l'enfance et surtout localisées dans la fosse postérieure du crâne constituent les plus importants facteurs de perturbations neuro-psychologiques de l'enfant.

Nous ne voulons ni ne pouvons, faute d'espace, discuter l'importance relative de ces différents facteurs pathogènes héréditaires ou acquis à l'égard de la fréquence et l'intensité des troubles neurologiques et mentaux qu'ils déclanchent, ni leur efficience quant à la création tardive, à l'âge adulte, de manifestations neuro-psychiâtriques.

Tout ce que nous pouvons dire se résume dans ce fait que les lésions encéphaliques précoces, soit embryonnaires ou fœtales, soit d'apparition durant la première enfance, ont une répercussion marquée sur le développement du système nerveux de l'enfant, qu'elles peuvent être évolutives ou non, qu'elles provoquent l'installation de syndrômes progressifs ou fixés, enfin que, si dans tous les cas elles n'amènent pas

l'apparition d'affections ou de troubles nerveux dès l'enfance, elles créent toujours, au moins, une méiopragie nerveuse, une fragilité plus grande aux causes pathogènes occasionnelles, qui prédisposent ceux qui en sont l'objet aux affections mentales de l'âge adulte ou même de la vieillesse.

Du groupe des affections neuro-psychiâtriques de l'enfance, ou encore parmi les manifestations cliniques des encéphalopathies infantiles, nous laissons de côté les arrêts de développement de l'intelligence, les troubles du comportement du sommeil, du caractère et de l'affectivité, les aspects si fréquents d'instabilité psychique et psycho-motrice, les aberrations du sens moral, de même que tout un groupe d'affections neurologiques.

Nous nous attarderons cependant à donner quelques précisions étiologiques, sémiologiques et pronostiques sur *les convulsions de l'enfant.*

Il s'agit d'accidents paroxystiques banaux du fait de leur fréquente apparition.

Le médecin est conséquemment porté trop facilement à les considérer sans importance, alors qu'elles contiennent une signification riche d'enseignements étiologiques, anatomo-pathologiques et pronostiques pour chaque cas particulier.

Elles surviennent surtout durant les trois premières années de la vie. Elles se montrent secondaires, soit à une affection nerveuse qui les déclanche comme une hémorragie méningée, une méningite aiguë, une hydrocéphalie, une tumeur cérébrale, etc., et leur origine paraît précise, soit à une affection extra-nerveuse d'évolution aiguë comme une bronchite, une broncho-pneumonie, la coqueluche, le croup, un état infectieux intestinal et cette affection extra-nerveuse devient la seule cause en créant des lésions encéphaliques ou bien elle n'est qu'occasionnelle en mettant à jour l'action latente d'une lésion encéphalique très antérieure et de nature toute différente.

Mais très souvent, les convulsions surgissent inopinément, sans qu'aucun indice, sans qu'aucune autre affection n'en puissent indiquer l'origine et la cause.

Ces convulsions d'étiologie obscure, que les parents et le médecin font dépendre volontiers d'un incident occasionnel comme l'éruption d'une dent, la présence d'oxyures ou de lombrics dans l'intestin ou d'une légère poussée fébrile, sont communément dénommées essentielles.

Si on désire les étudier d'un point de vue strictement scientifique, il faut absolument les dissocier de ces incidents habituels et inopérants de la vie de l'enfant, que l'on invoque trop volontiers et par inertie intellectuelle, comme facteurs de convulsions.

Qu'elles soient secondaires ou apparemment essentielles, qu'elles surviennent au cours d'une affection grave, qu'elles soient accompagnées d'autres troubles nerveux passagers ou permanents témoignant évidemment d'une lésion encéphalique, ou enfin qu'elles se manifestent tout-à-fait isolées, les convulsions de l'enfance, surtout si elles se répètent durant une période de temps assez prolongée, partent d'une même source et sont activées par un même mécanisme.

Il n'y a aucune raison pour classer les convulsions secondaires ou symptomatiques et les convulsions dites essentielles en deux catégories: toutes, elles sont l'effet d'une lésion encéphalique persistante ou passagère, étendue ou restreinte, allant des réactions congestives et inflammatoires secondaires à des états infectieux généraux, jusqu'aux plus profondes encéphalopathies infantiles.

A ce point de vue, nous adoptons intégralement l'opinion de Heuyer.

Si nous voulions maintenant envisager l'étiologie des convulsions dites essentielles et d'un grand nombre de convulsions secondaires à des affections extra-nerveuses, nous énumérerions trois causes principales: *les traumatismes obstétricaux, les infections de l'enfance et la syphilis héréditaire.*

Pierre Marie, en France, a beaucoup insisté sur les lésions encéphaliques dûes aux *traumatismes obstétricaux.*

Les accouchements difficiles, prolongés et surtout avec application du forceps en sont responsables.

Ils y constituent des hémorragies plus ou moins étendues dans le cerveau et le cervelet, et des zônes de contusions cérébrales.

Les cicatrices de ces lésions deviennent le facteur efficient des convulsions ultérieures.

Des auteurs ont contesté partiellement l'importance de ces traumas de l'accouchement. Selon eux, l'accouchement prolongé et le forceps ne parviennent à créer ces lésions invoqués par Pierre Marie, Couvelaire et Guillain que pour cette unique raison que le fœtus est porteur de vaisseaux malades, friables qui le prédisposent à l'installation de telles lésions vasculaires à l'occasion de la mise en œuvre d'un agent qui n'en créent pas systématiquement; ou bien l'accouchement a été difficile, parce qu'il existait une dystocie fœtale. Ces auteurs incriminent tout particulièrement l'hérédo-syphilis. Nous savons pertinemment que notre maître André-Thomas n'est pas tout-à-fait opposé à cette conception.

Les infections de l'enfance, identifiées ou non, sont susceptibles de faire naître au sein de l'encéphale des foyers inflammatoires sans

qu'il n'en paraisse aucun signe extérieur durant l'évolution même de l'épisode infectieux.

Ces encéphalites ne laissent pas moins voir leur présence, à une échéance plus ou moins lointaine, par des convulsions qui se montrent d'origine autrement inexplicables.

Les convulsions qui accompagnent les pyrexies sont d'autant plus rattachables à des lésions méningo-encéphaliques, qu'elles apparaissent au déclin de l'épisode infectieux.

Enfin, nous en venons à l'*hérédo-syphilis*.

Nous abordons un sujet qui, au point de vue étiologique, offre l'occasion de nombreuses discussions et de divergences d'opinion. Non pas que les auteurs refusent à concéder à la syphilis héréditaire un certain rôle dans l'étiologie des convulsions de l'enfance. Tous l'admettent. C'est plus lorsqu'il s'agit d'évaluer ce rôle, que les conceptions diffèrent.

Ainsi, Marfan, Leredde, Heuyer croient que tout enfant qui présente des convulsions dites essentielles avant l'âge de six mois est suspect d'hérédo-syphilis.

L'hérédo-syphilis serait la cause des convulsions infantiles essentielles dans une proportion de plus de 50% des cas pour Heuyer et Longchampt, de 50% pour Hutinel, de 36% pour Babonneix, 10-12% pour Debré et Lévy. Nobécourt concéderait un fort pourcentage de cas à l'hérédo-syphilis, mais se montrerait plus réservé quant à l'efficience exclusive de l'infection tréponémique à l'égard des convulsions chez les hérédo-syphilitiques. Selon lui, en présence d'un hérédo-syphilitique qui fait des convulsions, on ne doit pas conclure systématiquement que la syphilis est la cause des convulsions. Lui-même, d'ailleurs, et Babonneix ont trouvé que dans les manifestations de l'hérédo-syphilis, les convulsions n'y sont que dans une proportion de 7%. Et nous demeurons avec cette conclusion que l'hérédo-syphilis constitue une cause importante et fréquente des convulsions infantiles.

Escherich, puis Lesné et Turpin, puis Debré ont soutenu que la spasmophilie était responsable d'une part considérable des convulsions de l'enfance, particulièrement après l'âge de trois mois.

Selon Heuyer et Longchampt, après une étude très sérieuse de cette question "l'association de la tétanie et des convulsions essentielles de l'enfance qui s'accompagnent de perte de la conscience ne leur paraît pas devoir être mise sur le compte de la tétanie ou de la spasmophilie latentes. Les convulsions ne se développent que sur un système nerveux taré". Ils sont d'opinion que tétanie latente, épisode infectieux ou toute autre modification humorale ne sont que des facteurs occa-

sionnels. Seule, la lésion organique du système nerveux demeure la condition première. Nous acceptons cette thèse.

Avec eux et d'autres auteurs, avec la majorité des neurologistes, nous croyons que les convulsions de l'enfance sont un symptôme d'une encéphalopathie, qu'elles constituent même une réaction épileptique et que leurs causes peuvent très bien déclancher l'épilepsie de l'adulte.

Quelle importance possède l'hérédité alcoolique par rapport aux convulsions infantiles?

Nous croyons que les enfants d'alcooliques avérés sont dotés d'un système nerveux indubitablement taré.

C'est par l'hyperexcitabilité nerveuse, par l'amoindrissement de l'inhibition corticale et volitionnelle, par la disposition aux impulsions psycho-motrices que se manifeste le plus généralement cette tare.

L'hérédité alcoolique, sans pouvoir provoquer seule les convulsions infantiles, mais par l'hyperexcitabilité motrice dont elle est responsable, crée une disposition épileptogène qui se réalise chez l'enfant sous forme de convulsions. Et précisément, cette hérédité alcoolique, à notre avis, est à l'origine de certaines bouffées convulsionnelles, sans récidives, isolées qui surgissent à l'occasion d'incidents anodins de la croissance de l'enfant.

Quel est l'avenir des enfants à convulsions? Ou bien, quel est le pronostic lointain de ces dernières?

Il est directement lié à la nature et à l'importance de la lésion encéphalique; il est celui qui dépend en général des encéphalopathies infantiles.

Dans une proportion de 1-10% (Hartenberg), il sera marqué soit par des troubles neurologiques ou mentaux profonds et définitifs comme l'arriération mentale, les perversions instinctives, l'instabilité psycho-motrice, l'épilepsie, une hémiplégie, une monoplégie ou une diplégie, soit par des psychopathies ou des psycho-névroses d'allure plus subtile.

Cependant il ne faudrait pas croire que l'avenir des enfants à convulsions est systématiquement compris aussi péniblement.

Un grand nombre n'en souffre ultérieurement aucune conséquence ni séquelle. Toutefois, les convulsions doivent toujours imposer une réserve sur l'avenir neuro-psychiâtrique de l'enfant. Pour Heuyer et Longchampt, elles seraient à l'origine des affections neuro-psychiâtriques de l'enfant dans une proportion de 30%.

A ce sujet, nous ne pouvons pas oublier que Mâle, dans une thèse inspirée par son maître Heuyer (1927), conclut que les psychopathies de 281 enfants anormaux qu'il a étudiés attentivement sont

dûes pour 50%, au moins, à la syphilis; que Heuyer et Mlle Badonnel, chez 669 enfants anormaux, trouvent le pourcentage de 40.24%; que Drouet et Hamel, chez 108 psychopathes, en arrivent à la proportion de 82.88%.

Nous nous rappelons également que ces derniers auteurs, après Plaut, accordent à l'hérédo-syphilis une part très importante dans le déclanchement par méiopragies ou débilités fonctionnelles organiques (viscérales-nerveuses neuro-sympathiques-endocriniennes), de nombreuses psychopathies de l'âge adulte.

Cela est de nature à impressionner et, même si on ne doit pas admettre intégralement les conclusions trop extensives de certains auteurs, on doit garder cette conviction que la syphilis héréditaire est la cause fréquente de troubles neuro-psychiâtriques variés pouvant apparaître à tous les âges de la vie.

Il ne faut pas oublier, d'autre part, qu'une thérapeutique précoce, efficace, modifiera du tout au tout cet avenir. L'efficacité du traitement se manifestera surtout quand il sera dirigé contre des lésions de nature syphilitique. Aussi, le praticien, en présence d'un enfant qui offre les signes d'un développement anormal du système nerveux, de troubles neuro-psychiâtriques dont des convulsions répétées, est dans l'obligation de faire une enquête étiologique sérieuse (personnelle, familiale, clinique, biologique).

Heureux parents, heureux médecin et surtout heureux enfant, si le facteur morbide est une syphilis héréditaire de première génération, évolutive et découverte dès l'apparition des premiers symptômes!

Avant de terminer cette étude, nous voudrions donner quelques aperçus sur les rapports qui existent entre les convulsions dites essentielles de l'enfance et l'épilepsie de l'âge adulte.

En d'autres termes, selon les auteurs, quels sont les liens de passage entre les deux ordres d'accidents convulsifs?

D'après ce que nous avons dit précédemment, on doit connaître notre opinion concernant le mécanisme des convulsions répétées de l'enfance.

Elle s'appuie sur la conception de Marfan, de Sicard, de Cruchet, de Babonneix, de Heuyer etc... et, nous le répétons, des neurologistes en général: *les convulsions infantiles ont le mécanisme de l'épilepsie, elles constituent un syndrôme qui découle d'une lésion des centres nerveux.*

Et d'ailleurs, si on recourt à l'étude clinique de l'accès convulsif chez l'enfant et l'adulte, on constate qu'il n'y a aucune différence

dans la progression des phénomènes psychiques, moteurs et neuro-végétatifs.

Mais alors l'enfant qui a des convulsions est-il un épileptique? Aura-t-il nécessairement des accès convulsifs durant toute sa vie?

Nous pouvons répondre qu'il présente actuellement un syndrôme épileptique qui ne sera pas systématiquement de l'épilepsie de l'âge adulte, soit parce qu'alors la lésion déclanchante sera disparue, soit parce qu'elle aura partiellement regressé au point de ne plus être agissante, ou que son efficience convulsive n'opérera plus sur le système nerveux de l'adulte, entièrement développé et surtout infiniment moins excitable.

D'ailleurs, quand l'épilepsie succède aux convulsions, ce n'est qu'après une période de latence. Celles-ci sont l'apanage des premières années de la vie, celle-là se réveille le plus souvent vers l'âge de la puberté; elle peut toutefois ne se manifester que beaucoup plus tard.

Pour qu'il en soit ainsi, il faut qu'à la cause première, la lésion nerveuse, s'associent d'autres facteurs occasionnels, modifications humorales ou endocriniennes, troubles circulatoires, altérations vasculaires.

Voyons la fréquence des convulsions infantiles dans les antécédents des épileptiques.

Quand on étudie les statistiques des différents auteurs, on s'aperçoit que le pourcentage de fréquence varie de 10 à 80%. A quelque raison que soient dûs ces écarts troublants, on doit conclure à la grande fréquence des convulsions dans le passé des épileptiques.

Considérons maintenant la fréquence de l'épilepsie succédant aux convulsions infantiles, et nous découvrons que l'opinion des auteurs n'est pas plus unanime, mais que la proportion des épileptiques qui ont été atteints de convulsions est très supérieure à celle obtenue chez les sujets normaux. Lesné est d'avis que l'épilepsie est plus à craindre, quand les convulsions sont apparues avant l'âge de trois mois et après trois ans.

Encore une fois, la persistance des accès convulsifs ou leur résurgence à la puberté ou plus tard dépend d'abord de la nature, de l'importance et de la persistance de la lésion cérébrale.

Nous terminons ce travail en synthétisant les idées et les faits qu'il contient.

L'hygiène mentale peut obtenir des résultats d'autant plus complets, qu'elle est appliquée à une période précoce de l'évolution des troubles mentaux qu'elle cherche à redresser.

Nous dirons même qu'elle est vraiment efficiente, parce que prophylactique, quand elle agit en concordance étroite avec l'hygiène pré-natale, puisque la plupart des affections mentales de l'enfant et de l'adulte ont une origine héréditaire.

A tout événement, l'hygiène mentale de l'enfant possède cet avantage de pouvoir opérer lors même de l'éclosion des premiers symptômes qui signalent l'atteinte lésionnelle des tissus nerveux.

Pour appliquer congrument l'hygiène mentale infantile, il faut connaître parfaitement les lois anatomiques et physiologiques qui régissent le développement neuro-somatique de l'enfant, il faut aussi comprendre le mécanisme de son évolution psychologique. Au surplus, il faut être familier avec les différentes étapes de cette progression neuro-psychologique. Ainsi, le moindre accroc, le moindre retard ou la moindre déviation de cette progression éveillera immédiatement l'attention du médecin.

Il pourra dès lors lutter contre l'action d'une cause morbide qui commence à déclancher des troubles.

Enfin, il faut être renseigné sur les principales causes qui entravent le développement normal du système nerveux, qui le lèsent dès le début de la vie et sont susceptibles de créer des affections neuro-psychiâtriques profondes et à répercussion durant toute l'existence de l'individu. La connaissance parfaite de ces causes permet de les combattre, chacune d'elles selon chaque cas minutieusement analysé, en pleine lumière et sans tâtonnement.

Parmi les plus précoces manifestations neuro-psychiâtriques de ces facteurs morbides on observe les convulsions infantiles.

Ces phénomènes paroxystiques constituent un syndrôme épileptique à la naissance duquel président trois facteurs étiologiques principaux. Ils possèdent une grande valeur diagnostique, sémiologique et pronostique. Ils permettent d'appliquer un traitement souvent efficace contre une cause neuro-pathogène qui autrement aurait passé momentanément inaperçue.

Si les convulsions infantiles ne persistent pas toujours à l'âge adulte sous la forme d'épilepsie commune, elle le fait souvent et compromet d'autant l'avenir de ceux qui en sont atteints.

BIBLIOGRAPHIE

Jean ABADIE.—Conceptions étiologiques modernes sur les épilepsies (Réunion neurologique internationale annuelle de la Société de Neurologie De Paris, 1932). Revue Neurologique; juin 1932; p. 1048.

H. BARUK.—Les encéphalopathies de la première enfance. Le Progrès Médical; 30 avril 1927; p. 672. 7 mai 1927; p. 697.

L. BABONNEIX.—Syphilis héréditaire du système nerveux. (Masson et Cie, Paris 1930).

P. L. DROUET et J. HAMEL.—L'hérédo-syphilis mentale. (Masson et Cie, Paris 1930).

P. HARTENBERG.—A propos des convulsions infantiles. La Presse Médicale; 2 juin 1934; p. 895.

G. HEUYER et J. LONGCHAMPT.—Convulsions essentielles de l'enfance et spasmophile. Paris Médical; 12 mars 1927; p. 251.

G. HEUYER et J. LONGCHAMPT.—Considérations sur les convulsions essentielles de l'enfance. Archives de Médecine des enfants; nov. 1926; p. 614.

M. MINKOWSKI.—L'état actuel de l'étude des réflexes. (Masson et Cie, Paris 1927).

P. NOBECOURT.—Convulsions de la petite enfance et syphilis congénitale. La Clinique; février 1927; p. 75; mars 1927; p. 251.

M. G. PETERMAN.—Convulsions in childhood. The Jour. Am. Med. Ass.; May 26th. 1934; p. 1729.

Gilbert ROBIN.—La constitution épileptoïde. Son importance au point de vue clinique. Utilité du dépistage de ses symptômes intellectuels et psychiques chez l'enfant. Ann. Médico-psychologiques; fév. 1931; p. 180.

Henri ROGER.—Diagnostic et traitement des convulsions infantiles. Le Monde Médical; 1er novembre 1933; p. 973.

MALADIES MENTALES ET LÉSIONS CÉRÉBRALES[1]

Par Louis BERGER,
Professeur à l'Université Laval de Québec

Parmi les nombreux problèmes de la psychiâtrie celui du substratum anatomique des maladies mentales est sans conteste l'un des plus passionnants. A la question, s'il était possible de retrouver dans les maladies de l'esprit des lésions correspondantes du cerveau, les uns ont répondu affirmativement, les autres par la négative. Permettez-moi d'examiner avec vous très brièvement l'état actuel de ce débat.

Le cerveau a été considéré depuis la haute antiquité comme le siège des fonctions intellectuelles; déjà trois siècles avant J.-C. Erasistrate écrivait que l'homme était l'être le plus intelligent, puisque son cerveau était le plus riche en circonvolutions. (Il faut donc croire que cet ancêtre pratiquait déjà la dissection qui lui avait permis d'acquérir des notions assez précises d'anatomie comparée). Galien et toute une série d'élèves ont conservé et enrichi ces notions qui furent reprises en occident seulement après la Renaissance. Il n'y a guère plus d'un siècle et demi qu'apparaissent d'une part des recherches plus précises sur l'anatomie et la physiologie cérébrales normales, d'autre part des préoccupations sur les maladies mentales et leurs causes. La physiologie normale devait du reste profiter dans une très large mesure des découvertes qu'allait faire la nouvelle discipline anatomo-pathologique.

C'est en effet la théorie de la pathologie cellulaire, liée aux noms de Bichat en France et de V. Virchow en Allemagne, qui donna l'impulsion la plus efficace aux recherches modernes.

La généralisation de la pratique des autopsies, indispensable à toute recherche médicale scientifique et par conséquent à l'amélioration des moyens de guérir, permit rapidement de constater l'existence de malformations, d'agénésies, d'atrophies ou de tumeurs dans des cerveaux d'idiots, d'imbéciles ou d'individus en état de démence plus ou moins avancé. Dans des cas de cet ordre, où l'œil nu était

(1) Conférence faite à la Société Médicale de Québec, le 25 oct. 1933.

incapable de déceler des lésions, l'investigation microscopique ne tarda point à mettre en évidence des bouleversements et des dégénérescences cellulaires qui tout en n'affectant pas ou guère l'aspect général du cerveau ne constituèrent pas moins des pertes suffisantes pour expliquer les déficiences mentales.

Bien plus, dans toute une série de maladies, où un substratum anatomique semblait manquer, le microscope, puissamment aidé par des méthodes nouvelles de coloration et d'imprégnation, révéla l'existence de lésions. C'est ainsi que les troubles psychiques de la paralysie générale, de la chorée, de la sclérose en plaques, de la sclérose latérale amyotrophique, de la maladie de Wilson et de l'encéphalite léthargique trouvèrent un corrélatif anatomique indiscutable. L'étude histologique des états parkinsoniens apporta en outre des contributions importantes au domaine de la psychophysiologie normale: elle montra la participation des noyaux gris centraux aux processus psychiques, dans ce sens que la volition, l'initiative, les fonctions psychomotrices et l'affectivité y étaient localisées, fonctions que l'on croyait essentiellement réservées à l'écorce cérébrale.

De nombreux états psychosiques passèrent ainsi dans le domaine des maladies dites organiques, et la théorie des maladies sine materia perdit autant d'arguments. La liste des entités anatomo-cliniques s'allongea proportionnellement: la maladie de Schilder ou encéphalite péri-axiale, le sclérose cérébrale centrolobaire de Foix et Marie, la leuco-encéphalite de Claude et Lhermitte, la maladie d'Alzheimer, la maladie de Pick — pour n'en citer que quelque-unes — virent ainsi le jour.

Dans d'autres maladies mentales les progrès furent plus lents ou les résultats restèrent même entièrement négatifs. C'est le cas pour la démence précoce et les psychoses hallucinatoires chroniques d'une part, les psychoses d'interprétation et intermittentes d'autre part. Dans les premières les observations les plus récentes ont déjà montré l'existence de foyers dégénératifs dans un assez grand nombre de cas, pour qu'il soit permis d'escompter leur mise en évidence régulière; dans les secondes la question reste à l'heure actuelle encore complètement ouverte.

Si l'on jette par conséquent un regard sur les travaux des 30 dernières années, il est impossible de ne pas être frappé par l'augmentation progressive des résultats anatomo-pathologiques positifs dans la majorité des maladies mentales sous forme de lésions plus ou moins étendues. Faut-il croire qu'il en sera autrement pour les cas négatifs? Je me garderai de répondre d'une façon catégorique.

Il faut avouer que la théorie de la pathologie cellulaire a quelque peu fait négliger l'étude du milieu intérieur intercellulaire. Nul n'ignore la répercussion de maladies viscérales et endocriniennes sur le fonctionnement psychique, et il est évident que la pénétration de produits anormaux du métabolisme et l'excès ou le manque d'hormones dans les humeurs qui baignent les cellules peuvent provoquer de leur part des réactions anormales. Mais encore faudra-t-il admettre que ces réactions ne vont pas sans troubles dans la distribution des charges électriques et des groupements micellaires intra- et extracellulaires. Pour devenir en quelque sorte ultra- ou sousmicroscopiques, il est probable que des lésions n'y existent pas moins, et il importe peu qu'elles puissent être passagères. L'anatomie pathologique devient alors insuffisante, et l'application de méthodes physico-chimiques, expérimentales et bio-psychologiques sera indispensable pour résoudre ces problèmes. Il est toutefois juste de faire remarquer que d'une part les méthodes physico-chimiques sont encore rudimentaires et que d'autre part les méthodes anatomo-pathologiques sont susceptibles d'être perfectionnées. Il importe donc de poursuivre les recherches histopathologiques; la négation sceptique de l'existence de lésions n'est souvent que l'expression d'une impatience qui nous semble mal justifiée en regard de la jeunesse de la science dans ce domaine, des résultats positifs déjà nombreux et des difficultés que l'on rencontre dans la pratique. Cette poursuite s'impose d'autant plus que tous les résultats négatifs antérieurs perdront toute valeur le jour où on pourra leur opposer seulement quelques résultats positifs démonstratifs. L'expérience pasteurienne est là pour le prouver.

Les difficultés que l'on rencontre dans la pratique de la recherche des lésions sont de trois ordres: 1) l'immensité du territoire à explorer; 2) la possibilité de l'existence de lésions très discrètes et 3) la malléabilité cérébrale en ce qui concerne la localisation des fonctions.

1) Que l'on songe que la surface du cortex mesure environ 2,200 cm^2; que la substance grise corticale contient au moins 14.000.000.000 de cellules nerveuses, sans compter les étages inférieurs qui participent aux fonctions psychiques; qu'il a fallu à V. Economo plus de vingt ans d'un incessant labeur uniquement pour dresser une sorte de carte géographique de la zone périphérique du cerveau normal, et l'on comprendra facilement que des lésions tant soit peu circonscrites pourront facilement échapper aux investigations, tout en ayant une grande importance fonctionnelle en raison même de la haute différenciation des cellules ganglionnaires. Nous devons

par conséquent être extrêmement réservés, lorsque les résultats restent négatifs.

2) Les lésions peuvent être éminemment discrètes, par conséquent difficiles à mettre en évidence. En conformité avec ce que nous enseigne la pathologie générale sur la reconstitution de la structure normale après un stade de tuméfaction trouble p.e., il faut admettre qu'un processus analogue doit nécessairement exister au niveau des cellules ganglionnaires dont une dégénérescence modérée suivie de réparation entraînera un dérèglement suivi d'une récupération des fonctions en ne laissant ainsi plus aucune trace.

3) La malléabilité fonctionnelle du cerveau se manifeste par le fait que les fonctions d'un territoire cérébral peuvent dans certains cas être remplacées et supplées par un autre territoire. La fonction du langage présente normalement une localisation fixe au niveau de la zone de Wernicke, et la destruction de cette zone entraîne chez l'adulte des troubles d'aphasie. Or, lorsque cette destruction se fait avant l'âge de neuf ans, l'aphasie ne s'installe pas, et il faut conclure que la fonction du langage est alors suppléée par un autre territoire resté intact. Si cette suppléance est possible, au moins jusqu'à un certain âge, pour un centre ausi fixe que celui du langage, combien n'est-elle pas plus vraisemblable pour d'autres fonctions cérébrales à localisation en quelque sorte plus floue ! C'est du reste cette malléabilité cérébrale qui justifie la campagne en faveur des arriérés mentaux, puisqu'elle permet d'espérer dans des cerveaux partiellement déficients la constitution de suppléances compensatrices. Mais d'un autre côté cette malléabilité est une raison de plus pour rendre difficile la recherche de lésions, car celles-ci peuvent ainsi dans un même type de maladies siéger à des niveaux différents et imprévisibles.

Nous n'avons, dans ce court exposé synthétique des lésions anatomo-pathologiques en psychiatrie, à peine effleuré le sujet, étant donné qu'il nous semblait téméraire d'avancer des postulats susceptibles d'être renversés par de nouvelles recherches scientifiques. Il importe dans ce domaine des maladies mentales, peut-être plus que dans aucun autre, d'être prudents et surtout, d'être patients.

LA PLACE D'UNE TECHNIQUE EUGÉNIQUE EN BIOLOGIE HUMAINE. LA STÉRILISATION DES INAPTES[1]

Par Antonio BARBEAU, Md., Ph. d.,
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine,
Professeur à la Faculté de Philosophie,
Médecin à l'Hôpital de Bordeaux.

La question de la stérilisation des inaptes nous apparaît sous la forme d'une amibe. Regardez-la. Elle pousse éperdument ses pseudopodes dans maintes directions. Elle se déplace en se déformant. Sa position actuelle n'est qu'une étape dans une évolution, un point dans le tracé d'une ligne. La rétine ou le kodak ne la sauraient photographier qu'en figeant successivement du dynamisme mouvant. Il y a là un non-sens, mais une nécessité. Pour obtenir de nouveau l'illusion de la vie ou l'intégrale compréhension du sujet, l'emploi d'un artifice s'impose. Ainsi le cinéma synthétise du mouvement à même du discontinu. Ainsi, par une multitude de sketches, Walt Disney crée ses pétillants *cartoons*.

Bâtissons donc pour notre compte un petit film. Un premier tableau nous montre le fait et les causes d'un grand mal individuel et social. Un second analyse, parmi ces causes, l'extension du facteur héréditaire. Un troisième nous parle de répercussions économiques. Un quatrième dissèque et fixe la portée des recherches expérimentales sur l'hérédité. Un cinquième expose la conception d'une biologie

---

(1) Conférence à la Société de Philosophie de Montréal, le 26 avril 1934. Auditoire de haute culture générale, mais non spécialisé en neuro-psychiâtrie: ce qui explique le ton de cette causerie et la qualité particulière des références bibliographiques auxquelles nous avons renvoyé nos auditeurs pour plus amples détails.

Cette Société de Philosophie a mis à son programme, cette année, l'étude d'une question très à la mode et très touffue: la stérilisation des inaptes. Plusieurs conférenciers se sont partagé la besogne. Les deux premières séances furent consacrées à l'exposé des principes de la Génétique. On envisagera par la suite le problème dans ses rapports avec la philosophie, le droit, la morale naturelle, la théologie. Excellente façon de connaître sur un même sujet l'avis de plusieurs spécialistes, des discuter des points de vue, et peut-être, de s'entendre... et de se comprendre... un jour.

On nous a demandé pour notre part de déterminer la place que cette technique occupe en biologie humaine. Pas autre chose. Mais cela nous suffit, nous dépasse. Bien situer un problème dans l'ambiance qui lui confère sa valeur relative, n'est-ce pas déjà le résoudre à moitié?

spécifiquement humaine, que le sixième transporte dans le domaine de l'hygiène mentale. Pour finir, un septième cliché: la stérilisation des inaptes se place d'elle-même, sur l'édifice médical, dans la niche que nous venons de lui creuser...

*
* *

Premier tableau. Titre: augmentation de l'aliénation mentale et de la criminalité depuis le début du siècle. Accompagnement musical connu. "Alouette, gentille alouette..." des banquets psychiâtriques.

Les statistiques — ce que nous en avons lu depuis dix ans! — pointent toutes dans la même direction. La Belgique[1] possédait, en 1933, 19,500 lits pour les différents services de médecine, de chirurgie, les sanatoria et les cliniques; pour les hôpitaux d'aliénés, 22,000. Le bilan des malades internés aux Etats-Unis en 1920 révélait l'existence d'au moins 232,680 aliénés, 300,000 faibles d'esprit, 150,000 épileptiques. Le docteur Landman[3] estime que le cinquième de la population chez nos voisins, soit 25,000,000 d'individus, est présentement inadapté ou mal adapté au milieu social. L'Angleterre[2] comptait 69,019 aliénés en 1871, 161,993 en 1911, 201,000 en 1925; il y en aurait[4] actuellement 250,000. Au surplus, une enquête relativement récente [5] nous apprend que depuis vingt ans le nombre des arriérés mentaux a doublé. Un médecin connu,[6] lieutenant-gouverneur de la province d'Ontario par surcroît, affirme que de 1871 à 1931, le multiple d'augmentation de la population dans sa province étant de 2, celui de l'aliénation mentale fut de 6. Dans Québec,[7] constatations similaires. On note qu'en 1925, 6,676 malades étaient présents dans nos asiles, 7,004 en 1926, 7,400 en 1927, 7,521 en 1928, 7,838 en 1929, 8,438 en 1930, 9,163 en 1931, 9,886 en 1932. Le 31 décembre 1931, 32,059 individus habitaient nos hôpitaux d'aliénés épars dans tout le Dominion.[8] Un an plus tard, ils étaient 35,279. Et ces 35,279 malades se répartissaient comme suit: 80% aliénés, 18.5% faibles d'esprit, 1.5% épileptiques. Toutes les provinces admettent une augmentation de la folie, notamment la Saskatchewan et l'Alberta. Seule la Nouvelle-Ecosse fait exception. Nous pourrions presque indéfiniment allonger la liste. Les chiffres changeraient pour les différents pays, leurs indications resteraient les mêmes.

Donc, pas d'erreur possible. Sur le marché des valeurs, l'aliénation mentale est à la hausse... Parallèlement, les stocks de la

criminalité montent. La nature humaine n'a pas changé. Il est à présumer que les causes pathogènes d'autrefois continuent à produire nos maladies mentales d'aujourd'hui:[9-10] éclosion variable de ces maladies suivant l'âge, le sexe et les cycles de la vie génitale, l'état civil, la profession, la race, la contagion;[11] cela demeure acquis. On connaît mieux maintenant les mécanismes d'après lesquels les maladies physiques retentissent sur le psychisme.[12] On sait que les intoxications, alcool,[13] narcomanies,[14-110] syphilis [15-140] font des ravages plus grands et créent davantage de psychopathes. Et surtout, on a bien mis l'accent sur les émotions génératrices de psychoses: pas nécessairement les grosses commotions morales, guerres,[131] catastrophes sismiques, deuils familiaux, krach bancaire, crise économique,[16] conflits sociaux,[7] etc., etc.; mais les petites, incessamment répétées, plus agaçantes, plus accablantes à la longue. Est-ce le poète Byron qui écrivait: "Si l'on additionnait toutes les douleurs de la barbe chez l'homme, le total surpasserait celles de l'enfantement chez la femme..." L'école freudienne[18-19] a bien insisté, pour son compte, sur l'effet pernicieux des chocs émotifs rentrés, notamment d'origine libidineuse, dans la production des névroses et des psychoses.[20]

Il n'y avait là cependant, affirmait-on naguère, que des causes occasionnelles, que des prétextes à l'éclosion d'une psychopathie d'ores et déjà potentielle en vertu de la dégénérescence[21] héréditaire ou acquise du sujet. Sans prédisposition, il fallait un cataclysme pour déclancher la folie; chez un dégénéré franc, une chiquenaude émotionnelle suffisait souvent. Nous ne sommes guère plus renseignés de nos jours. L'étiologie morbide contemporaine repose sur les deux mêmes piliers, la dégénérescence et le milieu inadéquat. Ou, pour employer une métaphore plus audacieuse, notre piano ne possède pas plus de notes à son clavier, mais nos musiciens se délectent peut-être mieux aujourd'hui dans des octaves moins aimés auparavant.

Une statistique, d'ailleurs, n'est toujours qu'une statistique appelant l'interprétation comme la serrure réclame la clef. On les faisait mal autrefois.[5-8] Les moyens d'investigation étaient fort restreints. Les chiffres obtenus couraient donc grand'chance de ne présenter qu'une portion de la réalité. On voit plus de malades mentaux de nos jours. Ne sera-ce pas aussi qu'on y regarde mieux, plus souvent, qu'on les traite et qu'on les scrute avec plus de complaisance? Un géologue distingue plus de choses dans les canyons du Colorado qu'un simple touriste béatement surpris. Boutade, peut-être; le nombre des maladies croît en proportion directe du nombre de

spécifiquement humaine, que le sixième transporte dans le domaine de l'hygiène mentale. Pour finir, un septième cliché: la stérilisation des inaptes se place d'elle-même, sur l'édifice médical, dans la niche que nous venons de lui creuser...

*
* *

Premier tableau. Titre: augmentation de l'aliénation mentale et de la criminalité depuis le début du siècle. Accompagnement musical connu. "Alouette, gentille alouette..." des banquets psychiâtriques.

Les statistiques — ce que nous en avons lu depuis dix ans! — pointent toutes dans la même direction. La Belgique[1] possédait, en 1933, 19,500 lits pour les différents services de médecine, de chirurgie, les sanatoria et les cliniques; pour les hôpitaux d'aliénés, 22,000. Le bilan des malades internés aux Etats-Unis en 1920 révélait l'existence d'au moins 232,680 aliénés, 300,000 faibles d'esprit, 150,000 épileptiques. Le docteur Landman[3] estime que le cinquième de la population chez nos voisins, soit 25,000,000 d'individus, est présentement inadapté ou mal adapté au milieu social. L'Angleterre[2] comptait 69,019 aliénés en 1871, 161,993 en 1911, 201,000 en 1925; il y en aurait[4] actuellement 250,000. Au surplus, une enquête relativement récente [5] nous apprend que depuis vingt ans le nombre des arriérés mentaux a doublé. Un médecin connu,[6] lieutenant-gouverneur de la province d'Ontario par surcroît, affirme que de 1871 à 1931, le multiple d'augmentation de la population dans sa province étant de 2, celui de l'aliénation mentale fut de 6. Dans Québec,[7] constatations similaires. On note qu'en 1925, 6,676 malades étaient présents dans nos asiles, 7,004 en 1926, 7,400 en 1927, 7,521 en 1928, 7,838 en 1929, 8,438 en 1930, 9,163 en 1931, 9,886 en 1932. Le 31 décembre 1931, 32,059 individus habitaient nos hôpitaux d'aliénés épars dans tout le Dominion.[8] Un an plus tard, ils étaient 35,279. Et ces 35,279 malades se répartissaient comme suit: 80% aliénés, 18.5% faibles d'esprit, 1.5% épileptiques. Toutes les provinces admettent une augmentation de la folie, notamment la Saskatchewan et l'Alberta. Seule la Nouvelle-Ecosse fait exception. Nous pourrions presque indéfiniment allonger la liste. Les chiffres changeraient pour les différents pays, leurs indications resteraient les mêmes.

Donc, pas d'erreur possible. Sur le marché des valeurs, l'aliénation mentale est à la hausse... Parallèlement, les stocks de la

criminalité montent. La nature humaine n'a pas changé. Il est à présumer que les causes pathogènes d'autrefois continuent à produire nos maladies mentales d'aujourd'hui:[9-10] éclosion variable de ces maladies suivant l'âge, le sexe et les cycles de la vie génitale, l'état civil, la profession, la race, la contagion;[11] cela demeure acquis. On connaît mieux maintenant les mécanismes d'après lesquels les maladies physiques retentissent sur le psychisme.[12] On sait que les intoxications, alcool,[13] narcomanies,[14-110] syphilis [15-140] font des ravages plus grands et créent davantage de psychopathes. Et surtout, on a bien mis l'accent sur les émotions génératrices de psychoses: pas nécessairement les grosses commotions morales, guerres,[131] catastrophes sismiques, deuils familiaux, krach bancaire, crise économique,[16] conflits sociaux,[7] etc., etc.; mais les petites, incessamment répétées, plus agaçantes, plus accablantes à la longue. Est-ce le poète Byron qui écrivait: "Si l'on additionnait toutes les douleurs de la barbe chez l'homme, le total surpasserait celles de l'enfantement chez la femme..." L'école freudienne[18-19] a bien insisté, pour son compte, sur l'effet pernicieux des chocs émotifs rentrés, notamment d'origine libidineuse, dans la production des névroses et des psychoses.[20]

Il n'y avait là cependant, affirmait-on naguère, que des causes occasionnelles, que des prétextes à l'éclosion d'une psychopathie d'ores et déjà potentielle en vertu de la dégénérescence[21] héréditaire ou acquise du sujet. Sans prédisposition, il fallait un cataclysme pour déclancher la folie; chez un dégénéré franc, une chiquenaude émotionnelle suffisait souvent. Nous ne sommes guère plus renseignés de nos jours. L'étiologie morbide contemporaine repose sur les deux mêmes piliers, la dégénérescence et le milieu inadéquat. Ou, pour employer une métaphore plus audacieuse, notre piano ne possède pas plus de notes à son clavier, mais nos musiciens se délectent peut-être mieux aujourd'hui dans des octaves moins aimés auparavant.

Une statistique, d'ailleurs, n'est toujours qu'une statistique appelant l'interprétation comme la serrure réclame la clef. On les faisait mal autrefois.[5-8] Les moyens d'investigation étaient fort restreints. Les chiffres obtenus couraient donc grand'chance de ne présenter qu'une portion de la réalité. On voit plus de malades mentaux de nos jours. Ne sera-ce pas aussi qu'on y regarde mieux, plus souvent, qu'on les traite et qu'on les scrute avec plus de complaisance? Un géologue distingue plus de choses dans les canyons du Colorado qu'un simple touriste béatement surpris. Boutade, peut-être; le nombre des maladies croît en proportion directe du nombre de

médecins qui examinent. Et le microscope de la spécialité augmente fantastiquement le champ de la vision. Peut-être y avait-il relativement autant d'aliénés autrefois; seulement, de moins bons statisticiens et de moins bons psychiâtres les diagnostiquaient moins bien.

Peut-être? Ça n'est pas sûr. Il est très probable que l'augmentation dans le nombre des anormaux psychiques est réelle; pas aussi considérable qu'on le proclame, soit; suffisante, néanmoins, pour appeler l'attention des médecins et sociologues.

A quoi cette augmentation peut-elle donc se rattacher? Reprenons la liste des causes anciennes. Les événements mondiaux de ces trente dernières années en mettent quelques-unes plus en évidence. Il y eut la guerre, l'exode des campagnes vers les villes, les complications d'un machinisme toujours plus exigeant, la civilisation[22-23] toujours plus poussée.

La guerre. Elle a peu touché, semble-t-il, ceux de l'arrière.[9]. Chez les combattants,[131] elle créa maints infirmes, maints déséquilibrés, une multitude d'aliénés et d'instables. Mais, parce qu'elle prend surtout les forts et qu'elle néglige les impotents physiques et mentaux, elle brisa, de ce fait, l'équilibre normal des valeurs humaines, nées et à naître.

Tous les poètes ont chanté le calme, l'isolement, les joies simples de la campagne.

> Ceux-là sont des heureux qui, bornant l'horizon
> Aux limites d'un champ, aux murs d'une maison,
> Insoucieux du mal que se donnent les autres,
> Peuvent, le soir venu . . . . . .
>
> Joseph NOLIN.

Les psychiâtres, moins rêveurs, bénissent les tâches monotones et saines, harassantes aux muscles, clémentes aux nerfs et à l'esprit. C'est qu'ils savent le nombre d'anciens paysans pour lesquels le déracinement — si caractéristique de notre époque — d'un milieu séculaire et facile fut le premier de tous les maux.

Les citadins de carrière, mithridatisés, ont peine à se défendre contre l'atmosphère empoisonnée des villes. Les tâches d'un chacun y sont devenues plus complexes. Elles exigent une adaptabilité plus considérable des cerveaux. La concurrence est plus effrénée, la lutte pour la vie plus féroce. Inquiétudes, soucis, incertitudes, angoisses sont aujourd'hui notre pain quotidien. Bref, la civilisation a finalement désaxé la biologie et la psychologie de tout le monde. Aliéné signifie étymologiquement étranger à la société. N'est-ce pas pour plusieurs, moins malléables, la société trop versatile qui devient étrangère? Et tel, qui fût demeuré dans la norme, ailleurs, dès qu'il

est le moindrement prédisposé devient en fait psychopathe dans un siècle affolant...

Les causes occasionnelles de psychopathies se révèlent donc plus agissantes et plus puissantes que jamais, à notre époque, milieu de culture éminemment favorable pour une hérédité que d'aucuns disent stationnaire, que d'autres proclament croissant en progression géométrique. C'est à voir. Fermons le diaphragme du kodak sur ce premier tableau. Pour ce qu'il avait de réjouissant!...

*
* *

Les gens bien portants ne nous intéressent pas pour l'heure. D'ailleurs, sont-ils jamais intéressants? Voici un aliéné. Phénomène dans sa famille? Ses ascendants, ses collatéraux apparaissent-ils indemnes de toute tare psychique? En d'autres mots, quel est chez un aliéné donné, abstraction faite des autres facteurs, le rôle de l'hérédité?

Cette force terrible, certains disent implacable, elle existe dans 90% des cas, proclame Régis. D'autres auteurs sont moins généreux: l'appréciation dépend de la qualité des cas. Pour la débilité mentale,[5] elle oscille aux environs de 50%; dans les psychoses de la grossesse (Menzès), elle serait de 26%. Chez 80% des malades internés dans les hôpitaux, nous la trouvons présente.[24] Et encore les données globales obtenues sont-elles en deçà de la vérité. Par pudeur, par ignorance, les malades nient, et les parents cachent, l'existence d'autres maladies mentales dans la famille.[25] Des maladies nerveuses organiques, des névroses, des troubles physiques, ils parleraient peut-être plus volontiers, s'ils en pouvaient savoir et la corrélation avec les maladies psychiques et la valeur étiologique.

Car toutes les formes de l'hérédité morbide ne sont pas nécessairement similaires. Les maladies-filles ne sont pas toujours les répliques fidèles des maladies-mères. La pathologie brode des variantes sur un même leit-motiv, d'où hérédité dissemblable. Et cela fait que les statistiques varient d'une façon extraordinaire selon que l'on tient compte de tous les liens de parenté possibles entre les maladies mentales, nerveuses et physiques, ou selon que l'on considère étroitement tel ou tel groupement réduit de formes morbides. En toute occurrence, la seule observation démontre qu'il s'agit là d'un facteur qu'on ne saurait réellement mésestimer; il existe bien peu d'aliénés dans la famille ou dans l'ascendance desquels on ne trouve pas de tares neuro-psychiâtriques.

Et puis, en marge des maladies mentales lésionnelles, n'existe-t-il pas toute une kyrielle de maladies dites constitutionnelles, dont le propre est de se développer chez des sujets prédisposés. L'école de Delmas et Boll[26-27-64] a bien mis en évidence l'existence, à côté d'un aliéné constitutionnel franc, interné, de frères, de sœurs, d'un père et d'une mère présentant, à l'état d'ébauche, les mêmes caractéristiques, les mêmes tendances. L'occasion, le milieu, l'état physiologique déclanchent chez un individu de cette sorte la psychose nette. Mais le reste de la famille demeure aussi aliéné en puissance. Les auteurs estiment qu'un sur deux de ces sujets versera dans l'aliénation mentale définie. Environ 20% des humains appartiennent à ce groupe de prédisposés constitutionnels. D'ailleurs, les études contemporaines sur les tempéraments, les constitutions mentales, notamment les travaux de Krestchmer,[28-29-30] montrent le jeu de ces teintes d'une même couleur parmi les membres de très nombreuses familles.

Une statistique qui voudrait être complète, relativement au rôle de l'hérédité dans la genèse des maladies mentales, devrait donc tenir compte à la fois des ascendants et des collatéraux, nettement aliénés, des prédisposés de toute nature, de ce qu'elle-même comporte d'imprécis, d'aléatoire et parfois de fallacieux. La statistique est une méthode de recherche très intéressante, mais difficile.

Restons-lui fidèles un instant encore. Depuis très longtemps, on connaît des familles chez lesquelles l'action de l'hérédité similaire ou dissemblable s'est marquée supérieurement. Autrefois, Déjerine[31] en a cité d'étonnants exemples. Les Américains, férus de ce genre de preuves, en publièrent récemment un très grand nombre. *Mutatis mutandis,* toutes ces généalogies affirment la même chose. Parce qu'on y fait souvent allusion, rappelons l'histoire des plus connues.

Richard E. Edwards[6] est célèbre aux Etats-Unis. Il épousa, il y a bien longtemps, une femme d'intelligence supérieure, Elisabeth Tuthill. Ils eurent quatre filles et un fils, Timothy Edwards, fondateur de l'université Yale. Le fils de ce dernier, Jonathan Edwards, s'allia à Sarah Pierpont. Parmi leurs descendants, on compte douze présidents de collèges, deux cent soixante-cinq diplômés, soixante-quinze officiers de l'armée, cent avocats, trente juges, quatre-vingts officiers publics, trois membres du Congrès et un vice-président des Etats-Unis: bilan splendide d'une hérédité heureuse.

Mais voici l'autre côté de la médaille... Un nommé Max Jude[6] eut douze cent vingt descendants, dont trois cents sont morts dans l'enfance, trois cent dix furent des pauvres "professionnels", quatre cent quarante des malades et des inutiles, cinquante des prostituées,

soixante des voleurs, sept des meurtriers, cinquante-trois des criminels, plusieurs des ivrognes, etc...

Depuis 1790, la famille Ben Ismael du Kentucky[24] fournit, au cours de cinq générations, 1750 membres tarés. Enfin, le docteur Auguste Marie[32] a récemment publié cette dernière généalogie: une femme démente, dont le frère est interné, a une fille, aliénée également, qui épouse un aliéné. Les cinq filles qui leur naissent sont imbéciles. L'une d'entre elles accouche plus tard de cinq idiots.

De l'analyse de ces familles semble ressortir deux données importantes. Leurs membres apparaissent très prolifiques, et violemment portés au crime et à la faiblesse d'esprit. Ces déductions, on les trouve admises partout. Dans un article récent, le docteur Bruce [6] les rappelle. Les statistiques d'Hutton [33] y font allusion. Cependant, Meyerson,[34] qui a étudié sous ce rapport la famille Waverley où prédominait manifestement la débilité mentale, ne l'a pas trouvée si prolifique que cela ni si criminelle et antisociale.

Résumons en quelques lignes. Les ascendants, les collatéraux d'un aliéné sont entachés de psychoses dans une proportion considérable. La proportion s'élargit presque à l'indéfini quand, à l'hérédité similaire ou analogue de l'ordre psychiâtrique, on ajoute les maladies nerveuses et les prédispositions psychopathologiques. L'histoire généalogique de certains psychopathes et de certains criminels illustre encore davantage cette pesante action de l'hérédité sur les individus. Voilà les faits. On ne saurait les nier.

Il s'agit maintenant, sans en fausser la signification, de les interpréter. Or, c'est l'observation et l'analyse statistique seules qui nous ont fourni ces chiffres. Ces deux méthodes, excellentes, c'est entendu, négligent en l'espèce certains éléments du problème. Placés dans un milieu mauvais, les descendants des Edwards n'auraient pas eu la même fortune. Les Jude eussent été meilleurs, peut-être, s'ils n'avaient pas été élevés par des Jude.[35] L'hérédité est une force, certes, mais pas la seule. Les sociologues Freman, Holginger et Mitchell[34] ont montré que les enfants de deux faibles d'esprit, transplantés chez des parents adoptifs mieux doués, atteignaient un niveau mental, vérifié par les tests psychologiques, bien supérieur à celui qu'on pouvait espérer de débiles intellectuels.*

---

* Le débile mental, comme l'individu intellectuellement normal d'ailleurs, n'exerce jamais toutes ses puissances. C'est sur le stock inemployé que joue le milieu. Les résultats obtenus sont donc conditionnés par deux facteurs: les possibilités du sujet d'une part, et d'autre part l'aptitude plus ou moins considérable du milieu à les mettre en évidence. En ce sens, nous sommes prêts à admettre les conclusions des sociologues.

L'hérédité est formidable chez les psychopathes. Est-elle nulle chez les individus normaux? Bien des familles, dites normales, possèdent des aliénés parmi leurs membres; les familles extraordinaires aussi, surtout celles-là. Lisez l'*Hérédo* de Daudet. Rappelez-vous les parentés proclamées entre le génie et la folie[36] ou mieux entre la névrose et le génie. Rappelons-nous surtout qu'à vouloir trop prouver, souvent on ne prouve rien.

Au reste, l'hérédité, prise en bloc, scrutée à l'aide de l'observation et de la statistique, a besoin d'être analysée dans ses éléments constituants avant de devenir objet de science exacte. Le terme hérédité possède une compréhension et une extension différentes pour le scientifique et le profane. A tort ou à raison, ce dernier n'a cure des subtilités dont vit le premier. Ce qui l'intéresse avant tout, ce sont les résultats globaux, les conséquences chiffrées. C'est pourquoi, avant d'entrer dans les méandres des recherches sur les mécanismes de l'hérédité et de la dégénérescence[21] — il ne s'agit pas de synonymes — nous allons projeter un bref rayon sur les répercussions économiques de l'hérédité, telle que jusqu'à présent elle s'est présentée à nous.

*
* *

En regard de la société, les individus représentent des valeurs variables. Les uns, bien pourvus, prodigues d'eux-mêmes, "donnent beaucoup plus qu'ils ne reçoivent. Les autres balancent en quelque sorte leur débit et leur crédit. D'autres enfin, parasites, rongent le tronc social, ne donnent rien et prennent toujours".[37] Les deuxièmes ne comptent pas. L'équilibre économique de la société tient au nombre et à la qualité des premiers, en fonction de la quantité et de l'activité néfaste des troisièmes. Tout le problème social repose sur cette équation algébrique, dans laquelle les lettres ne représentent pas seulement des dollars et des sous, mais symbolisent aussi les éléments intellectuels et moraux.

A ce compte, quand les individus supérieurs sont nombreux et féconds, quand les sociaux et les antisociaux sont restreints et contrôlés, la collectivité prospère; dans le cas contraire, c'est le désastre à plus ou moins brève échéance. On ne peut sortir de ce dilemme. Advienne un moment où les individus normaux ne gagnent plus suffisamment, ou ne sont plus assez nombreux pour sustenter les anormaux, c'est la faillite économique.

Au dire du Dr Frick,[38] l'entretien d'un aliéné coûte par jour à l'Allemagne 4 Rm, celui d'un criminel 3.50 Rm, celui d'un sourd-

muet 5 à 6 Rm. D'autre part, l'ouvrier non qualifié ne gagne que 2.5 Rm; l'employé, 3.6 Rm, le petit fonctionnaire, 4 Rm. Pour peu que la proportion des inaptes s'accroisse, le fardeau devient rapidement écrasant pour les classes aisées. Le cas de l'Allemagne est topique. C'est, toutes choses égales d'ailleurs, celui des pays jouissant du régime capitaliste.

La seule famille Jude aurait coûté en 75 ans $1,300,000 au Trésor américain.[6] Nos voisins dépenseraient, dit-on quelque part, $1,000,000 par jour pour l'entretien de leurs seuls débiles mentaux. Et les aliénés? Et les épileptiques? Les hôpitaux d'aliénés d'Ontario chargent le budget provincial de $4,000,000 par année.[6] Il faudrait, affirme le docteur Bruce, bâtir tous les vingt mois un hôpital nouveau, avec $2,000,000 de capital investi; $300,000 de dépenses annuelles complémentaires. Dans Québec, nos asiles sont surpeuplés; on agrandit ici, on bâtit là, et l'on ne voit pas le jour d'en finir.

Et puis, le cœur du mal n'est pas là. Un aliéné, un débile, un inapte hospitalisés coûtent cher à l'Etat,[6] soit; mais, isolés, ils coûtent beaucoup davantage.[5] Outre que, dans le cas de l'hospitalisation, les soins collectifs sont moins dispendieux, les malades ne causent plus à la société de préjudices matériels nouveaux; ils restent asociaux, ils ne deviennent pas antisociaux.[39] Et surtout, ils ne gardent pas le triste privilège d'engendrer ou d'élever des êtres semblables à eux.

Le problème financier se double d'un problème démographique. Les difficultés réelles et fictives de l'existence, les conquêtes du néo-malthusianisme et du *birth-control*,[40] l'arrivisme sans vergogne et l'égoïsme jouisseur de nos générations ont touché les couches sociales supérieures bien plus intensément que les autres. Il en résulte, chez les premières, une baisse considérable de la natalité. Elle viendra peut-être aussi chez le peuple, à mesure que l'attirance vers les villes fera des enfants non plus un rendement, mais une charge. Pour l'heure, il semble bien qu'il y ait disproportion entre la natalité dans les classes aisées et la natalité dans les classes populaires. Cette disproportion, une enquête récente de Hutton[41] la met bien en lumière. Voici quelques moyennes d'enfants par famille, telles qu'on les trouve dans nos provinces anglaises, aux différents échelons de la société: Green's Who, 2.42; Western University, 3.41; Mount Allison University, 3.90; Brantford Collegiate, 4.00; Psychiatric Hospital, 4.21; School for Deaf (Belleville), 4.60; Mental Clinics, 4.99; School for Blind (Brantford), 6.80; Ontario Hospital for Feeble-minded,

(Orillia), 9.70. Les individus des quatre premiers item appartiennent, en thèse générale, aux classes à l'aise; ceux qui peuplent les cinq derniers ressortissent plutôt à la classe pauvre. Celle-ci apparaît donc, si l'on s'entient à cette enquête, plus prolifique.[115]

Doit-on conclure par surcroît que les arriérés mentaux et les psychopathes, en tant que tels, donnent naissance à des familles plus nombreuses? Les prémisses posées ne nous paraissent pas conduire à une telle conclusion. Le simple jeu du hasard fait que, dans une famille nombreuse, la probabilité d'un anormal, peut-être le seul parmi 4, 5 ou 6 enfants, soit plus grande. Il est sûr, aussi, que le paupérisme n'est pas un excellent stimulant intellectuel ou moral. Meyerson, [34-42] Dariès [44] ont, à la suite de leurs recherches, déclaré controuvée la prétention que les arriérés mentaux fussent plus prolifiques que la moyenne; d'autre part, ils n'ont pas constaté en proportion notable, chez les parents, les frères et les sœurs des débiles mentaux, une tare similaire.

N'empêche, le problème est angoissant. Les producteurs de richesses diverses diminuent, les consommateurs improductifs ou peu productifs augmentent. Certains sociologues estiment que, dans cinquante ans, la moitié de la population travaillera pour faire vivre l'autre moitié,[6] sans espoir de relèvement possible. A juste titre, l'Etat s'inquiète, le public s'affole. Il n'y a guère que deux manières de sortir de l'impasse. La première consiste à augmenter, autant que possible, la quantité et la qualité du stock heureux; la seconde vise à supprimer dans sa source l'apport mauvais. Pour cela, des connaissances plus précises sont nécessaires en matière d'hérédité et d'hygiène mentale...

*
* *

Les savants ont abordé le problème de l'hérédité par quatre voies distinctes:[45] la biométrie, la cytologie, la génétique et l'embryologie expérimentales. Dans les limites de sa technique propre, chacun de ces modes de travail a fourni d'intéressants résultats.

La biométrie consiste à collectionner un grand nombre d'observations faites sur les organismes qui fonctionnent dans leurs conditions naturelles, puis à analyser ces données par voie mathématique ou statistique. De cette façon, Galton est arrivé à démontrer que les parents contribuent pour la moitié, les grands-parents pour le quart, les arrière-grands-parents pour la huitième, etc., à l'hérédité d'un sujet: c'est la loi de l'héritage ancestral. Une autre loi, dite de

la régression filiale, promulgue que, les enfants s'écartant de la norme par un caractère particulier, leurs descendants tendront à reconstituer la moyenne antérieure plutôt qu'à s'éloigner de plus en plus du type primitif. Galton partait, dans ses recherches, de la hauteur de la taille. Depuis, les auteurs ont scruté la couleur des yeux, la longévité, la capacité intellectuelle, etc. Précisément parce que les généralisations obtenues à l'aide de ce procédé valent pour un groupe, non pour les individus, elles paraissent de prime abord constituer, pour le sociologue et le législateur, un procédé d'excellent choix...

Les cellules reproductrices sont les véhicules de l'hérédité individuelle. Dans ces cellules, les histologistes attribuent le rôle prépondérant à une différenciation protoplasmique du noyau, qu'ils appellent chromatine à cause de son affinité particulière pour un colorant. Au cours du processus qui aboutit à la formation de cellules nouvelles, la chromatine se condense en éléments de formes variées, de nombre fixe pour chaque espèce, auxquels on a donné la nom de chromosomes. Les chercheurs ont pensé trouver, dans le comportement de ces chromosomes aux différentes phases de l'évolution d'une cellule reproductrice, la solution du problème qui nous préoccupe. Leurs résultats se superposent pour l'heure à ceux d'une troisième méthode dont nous parlerons dans un instant. Le similitude des conclusions obtenues par deux techniques, aussi différentes que celles de la cytologie et de la génétique expérimentale, leur donne un degré de certitude encore plus considérable.

La génétique expérimentale, pressentie par Naudin, créée par Mendel, remise à l'ordre du jour au début de ce siècle, est sûrement, de toutes les sciences contemporaines, l'une des plus sérieuses et des plus fécondes. Par le nombre de chercheurs qui s'y consacrent, par l'originalité de leurs travaux, par la répercussion réelle ou éventuelle de leurs données dans les domaines de l'agriculture, de la biologie générale, de la médecine, etc..., elle mérite la place qu'elle occupe dans notre pensée moderne. Au lieu d'insister sur son essor,[46 à 50] sa technique, ses principes, contentons-nous d'en rappeler les idées maîtresses.

L'intuition géniale de Mendel — favorisée, il faut l'avouer, par le hasard comme tous les traits de génie — fut de ne pas considérer en bloc la transmission de l'hérédité. Le moine de Brunn suivit, à travers les générations successives, l'odyssée d'un, puis — procédant du simple au composé — de deux, de trois, etc., caractères très tranchés chez les parents. Il en ressortit bientôt que les caractères

sont indépendants entre eux, ce qui permet leur ségrégation et leur regroupement parmi les générations-filles. Les combinaisons diverses se produisent d'après des prorata variables, selon qu'un ou plusieurs caractères sont soumis à l'expérimentation (rapports mathématiques mono, di ou poly hybridiques). Il semble acquis, à l'heure actuelle, qu'un caractère donné est conditionné par plusieurs facteurs; d'autre part, qu'un même facteur peut participer à la formation de plusieurs caractères. Ces facteurs, on les appelle des gènes, qu'on suppose de nature chimique. La cytologie nous les représente alignés, comme des soldats, tout le long d'un chromosome. Mendel travaillait sur des pois. Morgan et son école opèrent sur la drosophylle, Lethard sur le lapin et le chien; d'autres généticiens préfèrent la souris. Bref, les sujets d'expérience sont innombrables; les caractères étudiés sont si variés qu'on en a dressé une liste chez la plante, chez l'animal, voire chez l'homme, et cette liste ne cesse de s'allonger. L'homme,[48-128] cependant, apparaît à la génétique un détestable animal. Les unions humaines dépendent d'un impondérable qu'on appelle l'amour; les descendant sont peu nombreux, la mortalité élevée, les générations lentes, les mariages consanguins rares. Il s'agit donc là plutôt d'observation et de vérification que d'expérimentation.

On connaît cependant[48-51-52-53-89] toute une série de caractères morphologiques, physiologiques, pathologiques, qui semblent bien se transmettre selon le rite mendélien. En va-t-il de même des tendances psychiques et affectives? C'est possible, c'est probable, d'aucuns disent: c'est sûr. Le docteur Bavinck,[54] pour sa part, affirme expressément que les lois de Mendel valent non seulement pour les qualités corporelles, mais aussi pour les qualités et les aptitudes spirituelles. Nous sommes de ceux — et nous n'avons aucun mérite à l'affirmer — qui considérons prouvée la transmission mendélienne de plusieurs caractères biologiques et pathologiques chez l'homme: caractères bien tranchés, mais dont on sait peu ou prou en quoi ils consistent. Nous croyons même que, dans un avenir indéterminable, on arrivera à démêler le rite de transmission des procédés intellectuels et affectifs. Mais, pour avoir tâté de la psychologie et de la psychiâtrie en dehors des manuels, nous savons combien le problème est complexe, et combien sont flous les caractères dont on veut présentement démontrer qu'ils se transmettent selon tel régime. Nous aimerions qu'on commence par préciser les caractères mêmes.

Un exemple: certains généticiens affirment que la débilité mentale se transmet, selon les lois de Mendel, comme un caractère

récessif. De quelle débilité mentale s'agit-il? A l'heure actuelle, toute cette question de la nature des débilités mentales est remise à l'ordre du jour par les psychiâtres.[34-39-55 à 57] Je parle des débilités mentales, non de la débilité mentale; car nous savons, et c'est beaucoup de gagné, qu'elle est multiple, qu'elle constitue un groupe hétérogène uni par ce seul signe que le niveau intellectuel apparaît pathologiquement abaissé. Ressortissent à la débilité mentale: les crétins, dont on sait l'origine endocrinienne; les imbéciles mongoliens, qui parfois sont si peu imbéciles ou si peu mongoliens;[58-59] certains malades à lésions nerveuses définies, certains hérédo-syphilitiques[15] ou alcooliques,[13] certains micro-encéphaliques... Ceux-là, on les a plus ou moins mal étiquetés. Il en reste encore davantage, chez lesquels occasionnellement les glandes endocrines sont en cause, mais qui se refusent pour le moment à toute classification définie. C'est dans ce lot informe, amorphe, qu'on recherche surtout le mode de transmission héréditaire. Ce faisant, le généticien éclairera peut-être des points obscurs, fournira possiblement au psychiâtre, qui n'en peut mais, des critères de diagnostic. Il serait bien peu scientifique le spécialiste en maladies mentales qui refuserait l'apport heureux d'une technique étrangère à la sienne. Pour l'instant, il lui semble qu'en matière de débilité mentale, les généticiens travaillent dans le vague. Et il attend.

On lui prouvera, c'est du moins notre humble opinion, un jour ou l'autre, que telle débilité mentale reconnaissable à tel ou tel signe pathognomonique, et non pas la débilité mentale avec un grand D et un grand M, est héréditairement transmise de telle façon, très probablement selon le mode récessif mendélien. S'il lui arrive d'être sociologue par surcroît, le psychiâtre ne manquera pas de tirer de ce fait les conclusions qui suivent. Des individus apparemment normaux peuvent donc, les grands-parents ayant été débiles, engendrer eux-mêmes des débiles intellectuels. Par suite, pour être réellement efficace, une loi de stérilisation devrait atteindre non seulement les débiles intellectuels en acte, mais aussi ceux qui le sont en puissance. Autrement, une loi de cette nature n'aura qu'une portée très limitée. Cornwall[35] écrit en toutes lettres qu'en assumant que tous les anormaux d'une génération fussent stérilisés, il faudrait, pour détruire la moitié des anormaux, au moins deux cents ans. Tredgold,[5] se fondant sur la récessivité de la débilité mentale, affirme que si, il y a une génération, on avait stérilisé tous les anormaux, le nombre des anormaux aujourd'hui ne serait pas sensiblement diminué; que pareillement, si

on stérilisait maintenant tout anormal, le résultat dans une génération ne serait pas appréciable. Le professeur Huskins,[60] de l'université McGill, dans une entrevue récente au *Star* de Montréal (17 janvier 1934), dit qu'à supposer la stérilisation actuelle de tous les débiles mentaux, la proportion de ces individus par rapport à la population ne serait diminuée que dans une génération que de 11% et que, pour arriver à un pourcentage de 20, il faudrait plusieurs siècles. Enfin, après un nombre indéfini de stérilisations au cours des générations qui se succèdent, toujours d'après le professeur Huskins, on ne pourrait jamais espérer une réduction supérieure à 50%. "To wipe out feeble-mindedness", conclut-il, "it would be necessary to sterilize not only the feeble-minded, but all their brothers and sisters, parents, uncles and aunts and cousins". L'on voit par là que l'application à la sociologie des données de la science conduit parfois à des impossibilités.

Quoi qu'il en soit, le mendélisme a fait ses preuves. Certains prétendent que la liste des caractères transmissibles selon le thème mendélien sera bientôt épuisée et que plusieurs autres ne pourront jamais s'y inscrire. Qu'en savent-ils? Les succès récoltés par les généticiens autorisent les espoirs les plus enthousiastes. Donnons-leur l'avenir, en nous réservant une grande part du présent.

D'ailleurs, la critique du mendélisme — si critique il y a — ne saurait aucunement porter sur le principe du mendélisme. Elle vise les propagandistes outranciers, en marge la plupart du temps du monde scientifique, pour lesquels, hors de cette doctrine, il n'y a pas de salut. Elle vise, essentiellement, à bien circonscrire l'objet formel de cette science. On la définit l'étude de l'hérédité à l'aide de l'expérience; elle est plutôt l'étude d'un groupe présentement limité de caractères qui évoluent isolément à travers les générations. On ne connaît pas, encore une fois, tous les caractères dont un animal est composé, *a fortiori,* dont un homme est marqué. Les connaîtrions-nous tous qu'il resterait à prouver que l'animal est une mosaïque et n'est pas autre chose. Pour l'homme, toute la psychologie contemporaine,[61-62] toute la biologie humaine s'opposent à ce qu'on lui applique cette conception.

Aussi bien, un dernier mode d'étudier scientifiquement le problème de l'hérédité vient-il mettre une sourdine au fatalisme qui est inhérent à la génétique mendélienne. Les gènes localisés sur les chromosomes ne sont pas, au cours du développement de l'être, à l'abri de toute influence. On s'efforce en génétique de choisir des

races pures (jordanons) et de les placer autant que possible à l'abri de toute contamination provenant du milieu. En présence de races possédant le même stock germinal héréditaire et devant, en théorie, évoluer de façon semblable, l'embryologie expérimentale au contraire fait varier le milieu et recherche en quoi des variations influencent l'avenir des gènes. La primerose a des fleurs rouges, par exemple, quand la température ambiante est de 15 à 20 degrés o; à 30 degrés o, la même plante produira des fleurs blanches.[45] L'effet des gènes semble donc conditionné par le milieu dans lequel le développement s'opère.[91-117-119-120-124] Une même preuve pourrait être fournie chez le drosophyle. Nous n'avons pas le temps d'insister. L'embryologie expérimentale nous démontre que les potentialités des gènes sont limitées, polarisées, désaxées par les conditions du milieu ambiant; cette constatation enlève déjà à la transmission mendélienne un peu de sa rigidité.

Notamment, dans l'espèce humaine, les cellules sexuelles (gamètes) peuvent être lésées avant même de concourir à la formation d'un œuf. L'alcool, entre autres toxiques, atteint avec une sorte d'électivité les cellules reproductrices. Puis, dès que l'œuf est formé, les avatars commencent; les dégâts seront d'autant plus intenses que les causes perturbatrices auront agi plus tôt. Les ébauches embryologiques d'où proviennent les différents organes et appareils sont très sensibles à l'action de la syphilis,[108] de l'alcool, des intoxications diverses, des infections, de la tuberculose,[109] etc. Bien des monstres physiques ou psychiques [24] ne doivent leur malheur qu'à ces causes[63-184] agissant, au cours du développement, sur un stock germinal souvent excellent. C'est une autre action du milieu, que les médecins connaissent tous pour en voir quotidiennement de tristes exemples.

Puis, quand l'enfant est né, il est à la merci de son métabolisme alimentaire, à la merci du fonctionnement de ses glandes à sécrétions internes, à la merci de toute sa biologie.[90-112-124] Tout autant que son hérédité germinale, ces causes concourent à influencer son avenir médical.

Nous savons que des généticiens à culture biologique générale s'essaient à concilier tous les facteurs en litige. Nous ne pensons pas qu'aucun prétende, à l'heure actuelle, avoir réussi à la satisfaction de tout le monde. Mais vouloir concilier, c'est déjà admettre l'existence de ces facteurs primordiaux que négligent volontiers les savants de second et de troisième ordre.

Nous ne dirons jamais trop que la génétique expérimentale a fait faire au problème scientifique de l'hérédité un grand pas en

avant. Elle en a éclairci certains points, pas tous; car elle n'est qu'un rayon projeté sur cette troublante question. Elle ne saurait prétendre à expliquer l'individu réel, concret, entier, tel qu'il se présente à notre action médicale et sociale. L'hérédité mendélienne n'est qu'un élément dans le problème de l'hérédité; le problème de l'hérédité n'est qu'un élément dans le problème de la biologie;[118] le problème de la biologie n'est qu'un élément dans la vie humaine. Quand il s'agit de comprendre intégralement et de traiter adéquatement l'homme, nous estimons que c'est en tenant compte de sa biologie spécifique qu'il convient de l'étudier.

*
* *

"Plus les individus s'amenuisent, plus ils se ressemblent".[65] D'un seul coup d'œil, je distingue instinctivement un homme d'un autre homme, un cheval d'un autre cheval; si j'ai devant moi le foie de deux hommes, j'aurai mal à les attribuer à tel ou tel sujet. Je pourrai encore reconnaître facilement le foie d'un homme de celui d'un cheval; la distinction sera plus difficile entre les cellules hépatiques d'une espèce et celles d'une autre espèce. Entre les éléments morphologiques structuraux d'une cellule et ceux d'une autre cellule de même nature, il y a pratiquement identité; et ainsi de suite jusqu'aux micelles et aux ions. De la sorte, les études faites sur les constituants indéfiniment morcelés auront forcément une extension scientifique considérable. Celles qui portent sur les cellules, les organes, les appareils et leurs fonctions, s'appliqueront aussi sur une grande échelle. C'est en ce sens très général que le bloc de la vie se tient dans la haute généralisation d'éléments communs à tous les êtres vivants.

C'est dans le même sens — Claude Bernard a bien insisté là-dessus[66] — que les lois physico-chimiques jouent en biologie générale et en biologie humaine. Elles légitiment la considération qu'on donne en médecine aux résultats de différentes sciences, l'application éventuelle aussi qu'on en peut faire pour étayer un diagnostic incertain. Leur portée s'accroît de plus en plus. L'expérimentation physiologique, dont Gallien[67] déjà était un adepte merveilleux et à laquelle Claude Bernard a donné, au siècle dernier, un si vigoureux essor, est entrée d'une façon définitive dans nos mœurs médicales. Si la médecine a, depuis un siècle, avancé d'une façon si fantastique, elle le doit à l'invasion de techniques scientifiques innombrables et à l'expérimentation, qu'on proclame en ce domaine "mère de toute

certitude et de toute sagesse" (Léonard de Vinci). L'apologie des services rendus par le laboratoire n'est donc plus à faire. La médecine a cessé de nos jours d'être un art pour se convertir de plus en plus en une science exacte.

Est-ce à dire que le laboratoire soit appelé à supplanter la clinique? D'aucuns l'ont pensé. On prétend même — évidemment, c'est une charge — qu'en certains hôpitaux ultra-modernes, le malade est devenu une sorte d'animal. Dès son entrée un technicien analyse son sang et ses urines; un autre regarde ses yeux; un troisième examine ses oreilles; un radiologiste l'éclaire de ses rayons. Bref, organe par organe, appareil par appareil, tous les mécanismes du sujet sont scrutés. Et puis, le dossier est apporté à un dernier médicastre chargé de poser, à même les indications qu'on lui fournit, le diagnostic le plus probable, de rédiger l'ordonnance et de prescrire le régime nécessaire. Le patient est un cas, il n'est plus une personne. Il existe même des machines à diagnostiquer, "dernier cri" de la mécanique médicale. Le patient est mis dans un circuit électrique; une aiguille évolue sur un cadran indicateur et fixe, d'après les variations du potentiel électrique du sujet, la nature de son mal. Il suffit alors de lire, dans n'importe quel traité de thérapeutique, les traitements appropriés à cette maladie, et le tour est joué. Voilà l'empiètement outrancier du laboratoire sur la clinique.

Il s'agit là cependant de deux méthodes qui doivent se compléter et non pas se supplanter. Le grand physiologiste Richet écrivait autrefois: "Ceux qui veulent opposer le laboratoire à la clinique, et la clinique au laboratoire, n'ont rien compris au laboratoire ni à la clinique".

De plus en plus les psychiâtres, dont la mission est de fouiller le psychisme des individus et leurs perturbations affectives et intellectuelles, font appel au laboratoire[8-111] pour découvrir l'origine des troubles nerveux et mentaux. Les médecins ne leur rendent pas en général la politesse. Ils sont exceptionnels ceux qui se préoccupent, dans une maladie organique, des facteurs intellectuels et moraux. Tous, consciemment ou inconsciemment, sont victimes du matérialisme issu de la philosophie cartésienne. Tous *l'étaient,* aurions-nous dû dire. Il semble en effet qu'une conception plus large du malade et de la maladie s'annonce à l'horizon. Je n'en veux donner que deux exemples.

Tout le monde connaît l'éminent neurologiste montpelliérain Grasset. Beaucoup ont lu son magistral volume intitulé: *La Biologie*

humaine.[69] Grasset s'applique à démontrer que le critère morphologique doit, selon nos conceptions modernes, céder le pas au critère physiologique dans la classification des espèces. En vertu de ce principe, l'homme, qui possède deux fonctions particulières, l'intelligence et la volonté, — fonctions dont on ne peut ailleurs trouver que les analogues et jamais les univoques — doit être rangé à part, dans une biologie toute spéciale, différente de la biologie générale. "Cette science (la biologie humaine)", écrit-il, "sans s'occuper des origines de l'homme (évolution ou création) ni des analogies morphologiques qui le rapprochent des autres animaux, étudie uniquement *l'espèce humaine,* fixée depuis un très grand nombre de siècles, en se basant sur l'étude des *fonctions,* notamment des *fonctions psychiques* qui différencient l'homme des animaux supérieurs et à plus forte raison de tous les êtres vivants et des corps de la nature inanimée". En d'autres termes, à côté des facteurs physiques, chimiques et biologiques, on doit tenir compte, dans l'analyse clinique, des facteurs psychologiques. Il s'agit de saisir l'homme tout entier, sans oublier un seul des éléments qui le font ce qu'il est; sans oublier non plus, pourrait-on ajouter, que ce petit cosmos est plongé dans un cosmos plus grand, peuplé de forces diverses qui, à dose variable, agissent sur lui; sans oublier davantage que, de tous les animaux, l'homme est le plus sensible aux conditions du milieu et que, dans ce milieu, entrent des éléments impondérables pour le matérialiste. Ces impondérables sont la notion de Dieu, la présence et l'intervention d'autres hommes, l'éducation, etc., etc.

Voilà une conception de la médecine qui semble contrecarrer l'emprise du laboratoire. Mais elle n'en nie pas l'efficacité; au contraire, elle accepte le grand mouvement mécaniciste contemporain et elle l'élargit de tout un domaine négligé par lui. Elle définit, d'une manière que nous croyons très compréhensive, l'objet formel de la médecine, de celle que la clinique nous apprend tous les jours.

Il faut l'avouer: dans la recherche des causes et des mécanismes généraux selon lesquels ces causes agissent pour produire la maladie, la médecine a depuis plusieurs années négligé l'étude du sujet. Elle a examiné la graine sans le terrain. Cependant, quel médecin ignore que l'évolution d'une maladie s'opère d'une façon tout à fait différente, selon la réceptivité du malade. Hippocrate[70-71] enseignait cela, Gallien et Celse aussi. Les alchimistes du moyen-âge n'avaient pas perdu cette notion. Les homéopathes l'ont précieusement conservée. La médecine orthodoxe y revient à son tour petit à petit.[72] On se

rend compte de plus en plus que l'individu malade est non seulement de son espèce, et partant relève d'une biologie spéciale, mais aussi qu'il a une constitution particulière, un tempérament particulier, un caractère bien à lui, que son mode de réaction à la maladie est conditionné par ces éléments morphologiques, physiologiques et psychologiques. Aussi bien, voyons-nous à l'heure actuelle toute une serie de travaux remettre à l'ordre du jour une science ancienne, la typologie.[73 à 78] Il semble que le pendule de notre penser médical, après s'être largement écarté de ce pôle antique, y revienne avec une force accélérée.

Ce retour est-il une utopie, la divagation d'un philosophe perdu dans la médecine? Marcel Labbé et Léon Bernard, deux médecins éminents de France, visitèrent en 1926 un grand nombre d'hôpitaux américains. Dans leur rapport (5 juin 1927), ils stigmatisent à la fois l'emprise abusive du laboratoire et la standardisation de la médecine.

"Nous avons l'impression que, dans ce domaine comme en tant d'autres, le médecin des Etats-Unis offre une tendance un peu trop marquée à ce qu'on appelle, là-bas, la "standardisation".

"Tous les malades sont indistinctement l'objet des mêmes investigations, sont analysés par les recherches de tous les tests, de toutes les réactions et épreuves sans sélection commandée par une idée directrice; trop de spécialistes interviennent avec des prétentions ou des données dont la conclusion avec le cas étudié n'apparaît pas et dont la multiplicité fait perdre de vue l'individualisation propre du cas. C'est l'addition de tous ces résultats qui compose trop souvent un diagnostic au préjudice de la part d'impression personnelle qui est le propre du clinicien".

Inaugurant son cours de clinique médicale de Strasbourg en 1919, le professeur Bard juge d'un même œil certaines tendances de la médecine allemande.

Le professeur Paviot de Lyon a consacré sa leçon inaugurale en 1928 au sujet suivant: "La clinique devant les moyens d'investigation du laboratoire". Il y revient dans une entrevue (20 mars) avec Maurienne, de l'*Esprit Médical*:[79] "Le laboratoire ne doit être que le collaborateur de la clinique", et il ajoute: "Demandons aux moyens d'investigation du laboratoire la fin d'un examen clinique, la confirmation d'un point particulier, une réaction chimique à utiliser pour un point de diagnostic, de pronostic, de thérapeutique, mais commençons toujours par l'examen du malade; c'est là la véritable clinique créée par la vieille école française.

"La clinique, telle qu'on l'enseigne en France, garde tout son prestige. Ne nous laissons pas leurrer par des moyens qui montrent tous les jours qu'ils peuvent être en défaut, qu'ils sont entachés de contingences, qu'ils n'ont pas plus de rigueur mathématiques, malgré leur apparence, que les moyens cliniques".

L'école saxonne évolue vers une conception semblable.[88] Lisez, si le cœur vous en dit, la très belle conférence donnée à Montréal en février dernier, lors du congrès des Médecins et Chirurgiens américains, par le docteur Gordon.[80] Le titre en est expressif: "The patient as *a person*"... Sans rappeler cette notion d'une biologie humaine dont Grasset s'est fait l'apôtre après Barthez, le docteur Gordon en développe admirablement les prétentions. Le patient n'est pas un cas; on l'a trop considéré jusqu'à maintenant comme un simple animal d'expérimentation. Il existe chez lui d'autres forces dont il faut tenir compte pour apprécier la genèse de sa maladie: forces intrinsèques au sujet, et de l'ordre intellectuel et affectif; forces extrinsèques, représentées par le milieu social, familial, économique, éducationnel, professionnel, etc., dans lequel le sujet a vécu et continue de vivre. Ces forces, non seulement il importe de les apprécier dans le diagnostic, mais on doit les mettre en œuvre dans cet art divin de la thérapeutique. On guérit souvent le malade avec des médicaments; on le soulage toujours avec son intelligence et avec son cœur.

En résumé, l'être humain est soumis aux mêmes forces que l'animal, forces de nature physico-chimique et vitale. Ces forces matérielles, ce que la science nous en apprend chez l'animal, elle nous le fait trouver dans l'homme. Mais l'homme est sous l'emprise aussi de forces différentes, supplémentaires, qui peuvent modifier quelque peu le jeu des premières. Il suit de là que, pour bien le comprendre, il faut le prendre en son entier, tel qu'il est, d'une espèce donnée, avec une constitution, un tempérament, un caractère personnels, plongé dans un milieu extérieur qui n'appartient qu'à lui, dans un milieu dont les forces, identiques pour tous, agissent sur lui selon un dosage unique. C'est ainsi, qu'on le veuille ou non, que l'homme se présente à notre action médicale et sociale.

Certes, cette doctrine n'a peut-être pas pour elle la séduisante simplicité des théories scientifiques à la mode. Mais au demeurant, rajeunie, enrichie de tout ce que le laboratoire lui a donné et lui donne chaque jour, la vieille clinique d'autrefois garde pour elle même, la convaincante vérité.

*
* *

"La souffrance engendre souvent les plus fécondes entreprises. En 1900, un Américain, Clifford Beers, était, à la suite d'une grippe maligne, interné dans un hôpital pour aliénés. Trois années s'écoulèrent avant que sa guérison fût complète. Au cours de ces trois années, il observa les déficiences des asiles d'alors et il rêva, dans son âme de philanthrope, aux mesures à prendre pour soulager, au plus tôt, ses frères malheureux, pour en diminuer, autant que possible, le nombre. Son livre "A mind that found itself", fruit de ses méditations, fut publié en 1908. Il gagna à la cause de l'hygiène mentale naissante les milieux les plus divers. Il y eut, depuis cette date, aux Etats-Unis, un colossal mouvement de pensée et d'action en vue d'étudier les insuffisances mentales, les troubles mentaux, dans leurs causes, leur évolution, leur traitement et, par-dessus tout, leur prévention. Les autres nations, dont le Canada, emboîtèrent bientôt le pas. Au premier congrès international d'hygiène mentale, tenu en 1930, à Washington, cinquante-trois pays étaient représentés."[81] Ce n'est qu'un chiffre, sans doute; mais il démontre bien l'importance de ce mouvement nouveau.

Pourtant, il n'est pas si nouveau. Depuis toujours, l'humanité a voulu prévenir les maux qui la font souffrir. Elle le fit avec des moyens divers, ceux que pouvait fournir la philosophie médicale, religieuse et sociale, de l'époque.[82] Dès qu'on s'intéressa aux malades mentaux, du moment qu'on les considéra comme des malades, et c'est à Pinel qu'on doit cette notion, l'hygiène mentale était née. Ces antécédents n'enlèvent à Beers aucun mérite; ils montrent seulement[83] que son idée trouvait un terrain médical et profane éminemment bien préparé.[84].

Potet[85] définit l'hygiène mentale "une science ayant pour objet de préserver des psychopathies l'individu normal, le prédisposé, l'anormal, et de conserver en l'améliorant l'équilibre du psychisme humain".

Ce rêve de préservation et de conservation, la morale, la sociologie, la psychologie, la biologie, la pédagogie, la médecine l'ont caressé déjà. L'hygiène mentale synthétise les principes épars, les coordonne en vue d'une application immédiate. Sur les multiples inconnus, qui persistent dans le domaine des causes et des mécanismes par quoi un psychisme se perturbe, les chercheurs ont entrepris, à l'aide de techniques appropriées, une immense enquête. Alcoolisme, narcomanie, syphilis, maladies physiques à répercussion sur le cerveau,

hérédité pathologique, éducation viciée, milieu inadéquat: de tous ces facteurs on a analysé l'action, afin d'en corriger, dans leurs origines, les pernicieux effets.

Forcément, la conception qu'on a de la médecine retentit sur la conception qu'on se fait de l'hygiène mentale. Comme la médecine, celle-ci fait appel aux enseignements de toutes les sciences physiques, chimiques et biologiques, plus la psychologie et la psychiâtrie. Elle insiste sur tout sur ces deux dernières, sans négliger les autres. Les données de la génétique expérimentale, par exemple, sont d'ores et déjà acquises à l'hygiéniste mental, les doctrines de Freud aussi. Cela indique assez bien toute l'étendue du clavier sur lequel cette science nouvelle joue. Influence du physique sur le moral, et du moral sur le physique; individu étudié en lui-même, dans son hérédité, dans sa biologie, mais aussi dans son milieu intellectuel, moral, économique, social, familial: voilà tout le champ des observations, tout le champ des influences qui s'offrent à nous.

*
* *

Dès lors, l'eugénique[86-87] apparaît comme un chapitre de l'hygiène mentale, comme un ensemble de moyens, entre d'autres possibles, pour arriver à un but excellent. Elle ne considère, en son sens strict, que les facteurs héréditaires dans la genèse des anormaux et des criminels. Cette première erreur, logique et scientifique, s'exagère encore quand il s'agit d'une seule technique, celle dont nous voulons dire un mot pour terminer: la stérilisation des inapte.[100 à 107-122-123-125 à 185]

Il n'est pas trop tôt pour en parler. J'ai tenté de situer le problème en fonction de la biologie humaine; d'ores et déjà, il est résolu dans l'abstrait. Il ne nous reste pour finir qu'à le traiter "in croncreto".

Les propagandistes de la stérilisation des inaptes présentent, en faveur de cette mesure, toute une série d'arguments. Comme tout le monde, ils constatent une augmentation toujours croissante de l'aliénation, de la débilité mentale et de la criminalité. Cette augmentation, ils l'attribuent à l'hérédité qu'ils considèrent comme fatale; ils s'effraient, à juste titre, de ses terribles répercussions économiques. A leur sens, le seul moyen de remédier à ces maux et d'en prévenir les conséquences, c'est d'empêcher la propagation, par les tarés, d'individus à eux semblables. Or, ils veulent les empêcher non pas en les séquestrant, car alors on les rend malheureux, et le coût est prohi-

bitif, mais en les stérilisant. En d'autres termes, arguments économiques, sentimentaux, scientifiques, s'entremêlent dans leur plaidoyer, où ils sont habilement liés par la sauce piquante de la publicité.

Mais qu'est-ce au juste qu'un inapte? C'est, en un certain sens, vous, moi, en tous cas, toujours le voisin. Tendance bien humaine et bien naturelle de classer ainsi, parmi les frelons de la ruche sociale, celui qui travaille en marge de nos préoccupations habituelles. Le littéraire mésestime le scientifique, qui, d'ailleurs, lui rend bien sa monnaie. Le philosophe est d'avis que littéraires et scientifiques perdent plus ou moins leur temps à des futilités. Ces derniers, en présence du premier, se contentent de penser qu'habituellement il perd... le nord. Ces querelles de paroisses s'épanouissent en querelles de famille. Le botaniste apprécie ses travaux bien supérieurs à celui du neurologiste, qui se complaît, pour son compte, dans une évaluation inverse. Gare à ceux qui se seront pas de la bonne école, quand la stérilisation légalisée et obligatoire étendra son application!

Les critères de l'inadaptabilité sont extrêmement variables, selon l'étalon de classification. Pour le théologien, l'être humain le plus abject, le plus monstrueux, n'est jamais un inapte en fonction de sa fin dernière extraterrestre. Pour le sociologue, s'agit-il du niveau intellectuel? Et alors, quel niveau? Faut-il s'en tenir à un quotient intellectuel donné, tel que révélé par les tests, de 80, de 70, ou de 60? Et encore, la notion du milieu intervient. Dans les tâches faciles, incessamment répétées, matérielles, exigeant peu d'initiation et d'adaptabilité cérébrale, il faut un quotient bien bas pour que saute aux yeux l'inadaptabilité. Pour réussir dans une besogne qui n'exige que des automatismes élémentaires, le niveau intellectuel normal est moins nécessaire qu'il ne l'est pour les travaux de haute recherche et de haute abstraction. Il y a là sans doute une lapalissade; mais c'est pour une part, en ce sens, que par l'effet du déracinement, du machinisme plus complexe, des exigences d'une civilisation plus raffinée, il existe des débiles plus nombreux.

En général, la débilité intellectuelle simple intéresse peu le criminologiste.[39-121]. Elle n'est pas en elle-même génératrice de crimes ou de délits. La faiblesse de jugement, la suggestibilité qui la caractérisent ne portent le sujet au mal que s'il s'y ajoute un élément pervers, instable, émotionnel, dans la genèse duquel interviennent le milieu humain, l'éducation familiale et morale. Ces cas de débilité intellectuelle avec perversions instinctives, le criminologiste, à bon droit, les considère, de même que sont les criminels récidivistes, comme

les plus néfastes parmi les inaptes. C'est, encore une fois, affaire d'ambiance: "Our American — l'adjectif est de trop — social conditions and, in general, all of modern civilization are now constructed so that there are too many opportunities for crime". (Dr William Healy [23] de Boston.).

Sont inaptes encore, pour le neurologiste, les déséquilibrés de l'affectivité, malgré la conservation intégrale de l'intelligence. Parmi eux se recrutent de futurs aliénés, de futurs délinquants, d'éternels malheureux, parfois des génies. Ils sont tellement inaptes et dangereux, ces sujets, qu'un médecin allemand[92] en a proposé nommément la stérilisation.

Sont-ils inaptes, les sourds, les muets, les aveugles, les infirmes? Parfois, sans doute; mais, parfois, cette infirmité est pour eux source de grandes œuvres. Beethoven était sourd; Homère, aveugle; César et Napoléon, épileptiques,[93] etc... Des recherches récentes en Biotypologie[94] semblent même établir une certaine antinomie entre la débilité physique et la valeur intellectuelle. Sans doute, il y a là exagération, mais aussi, un noyau de vérité qu'on ne peut négliger.

Un auteur américain, Popenoe,[95], très conservateur en eugénique, estime que chez lui, aux Etats-Unis, il existe 10,000,000 d'inaptes mentalement et bien davantage physiquement. Je vous ai dit que le docteur Landmann[3] totalisait à 25,000,000 le nombre des individus inadaptés ou mal adaptés aux conditions sociales de son pays.

Parce qu'il les considérait comme inaptes aussi, un député du Missouri[96] a même, il n'y a pas très longtemps, proposé de stériliser les auteurs de meurtres (non commis dans le feu de la passion), de viols, d'attaques à main armée, de bris de clôtures, de vols de poules, de lancement de bombes et de vols d'automobiles.

Selon le docteur Laughlin,[185] il importerait d'opérer pour la même raison les faibles d'esprit, les fous et les psychopathes, les criminels, les délinquants et les têtus, les ivrognes, les toxicomanes, les malades syphilitiques, tuberculeux, lépreux, les malades chroniques ou infectieux, les aveugles, les sourds, y compris ceux qui possèdent une vue ou une audition défectueuse accentuée, les malformés, dont les estropiés, les dépendants, soit les orphelins sans demeure, les vagabonds et les pauvres. Et certains ajoutent, à cette liste déjà jolie, les auteurs d'attentats criminels, les prostituées et les profiteurs de la traite des blanches.

Je me demande qui pourra désormais passer à travers le filtre?

Le projet en est un de fanatiques insensés, c'est entendu. Mais regardez dans les lois existantes[97] la qualité des sujets qu'on veut

stériliser. Aux Etats-Unis,[185] 20 Etats y ont inclus les débiles mentaux; 15, les aliénés; 13, les criminels habituels; 12, les épileptiques; 9, les pervers sexuels; 8, les idiots; 7, les imbéciles; 1, les morons; 1, les toxicomanes (alcool et morphine); 1, les syphilitiques en général; 2, les individus à potentiel héréditaire inférieur.

Et qu'en est-il de la loi allemande?[98] Elle vise, vous le savez, toute une série de cas:

1.—Débilité intellectuelle congénitale.
2.—Schizophrénie.
3.—Folie circulaire (maniaco-dépressive).
4.—Epilepsie héréditaire.
5.—Danse de Saint-Guy (chorée de Huntingdon).
6.—Cécité héréditaire.
7.—Surdité héréditaire.
8.—Mal-formation physique grave et héréditaire.
9.—Alcoolisme grave.

Le texte de l'article premier est encore plus extensif. "Toute personne atteinte d'une affection héréditaire put être rendue inféconde par une intervention chirurgicale, si l'expérience recueillie par la science médicale permet de prévoir, selon toute vraisemblance, que sa postérité doit hériter de graves anomalies physiques ou morales".

De tous ces projets de loi, comme de la considération des lois existantes, il ressort maintenant, pour le médecin non prévenu, deux conclusions importantes. La première est que le législateur vise non seulement les inaptes héréditaires, mais aussi les dégénérés, héréditaires ou non, au sens le plus large qu'on puisse donner au mot dégénérescence. Prenons le cas de la loi allemande. Les débiles mentaux peuvent être d'origine héréditaire; nous avons dit comment plus haut. Ils le sont fréquemment, d'après ce que font voir les statistiques, quand les deux progéniteurs étaient faibles d'esprit. Ils ne le sont pas nécessairement. Et nous en savons plusieurs qui le deviennent en vertu de causes postérieures à la conception. La schizophrénie et la folie circulaire sont des psychoses constitutionnelles. Mais d'ores et déjà, nous pressentons qu'en plus de la prédisposition nécessaire pour qu'un maladie mentale évolue selon ces axes, il faut le concours de toute une série de facteurs d'ordre psychologique et organique. On parle aussi d'épilepsie héréditaire; voilà qui est beaucoup moins sûr. Je sais des savants qui n'en veulent rien admettre [186-187-113-114] et qui croient que l'épilepsie est toujours acquise après la

conception. Il ne faut pas confondre la danse de Saint-Guy, vulgaire chorée de l'enfance, avec la chorée de Huntingdon, que vise la loi allemande. Il semble, dans la seconde, y avoir un élément héréditaire inconnu à la première, (116) dont on sait présentement l'origine infectieuse ou toxique. Il existe en fait, et nous en voyons de temps à autre des exemples à nos bureaux, des cas de cécité et de surdité qui sont héréditaires. Quant aux malformations physiques graves et héréditaires, la loi allemande me semble donner aux médecins qui examinent une latitude par trop grande pour déterminer quels sujets doivent et quels autres ne doivent pas être stérilisés. Reste la question de l'alcoolisme grave (99) agissant par imprégnation, pré ou post-conceptionnelle, d'une cellule reproductrice ou de l'œuf.

Ces distinctions démontrent bien, nous semble-t-il, que l'on considère tous les dégénérés, en bloc, sans trop se soucier du mode scientifique selon lequel la tare peut être transmise aux descendants.

Il y a même plus. On présume que tout taré transmettra la tare qu'il porte ou une tare semblable. Cette universalité est loin d'être prouvée. Je ne sache pas que les généticiens les plus sérieux admettent la transmissibilité des caractères acquis. (50) A mon sens, ils ont raison. Le Dr McClellan prétend, après une étude minutieuse des arbres de familles tarées, que la proportion des "weak mind members" n'est pas plus grande que celle des "sound mind members"; par suite, la stérilisation de ces individus éliminerait autant de bons sujets que de mauvais.

Une deuxième conclusion découle des textes de loi précités; on néglige tout à fait l'action du milieu dans la genèse, l'amélioration ou la guérison des anormalités. De redressement par les méthodes physiques, psychologiques, éducationnelles, sociologiques, religieuses, on n'a cure. Et pourtant, c'est là que nos connaissances scientifiques actuelles nous permettent de travailler avec plus de certitude et de profit. "Positive eugenics", dit le professeur Huskin,(60) "is in my opinion far more important for the future of civilization than negative eugenics". Meyerson a rappelé, d'après les sociologues, que, placés dans un milieu favorable, les débiles mentaux étaient susceptibles de s'améliorer étrangement: "That while they do not reach a good normal, they reach a mental status superior to that which would result if intelligence were a Mendelian character and not a potentiality developed and evolved by environment..." On s'imagine qu'il faut aller au plus pressé. On ne songe pas assez que, même avec un stock germinal excellent, si les conditions du milieu ne se modifient pas, elles créeront d'autres anormaux. L'hygiène phy-

sique a depuis cent ans accompli des merveilles. Que ne fait-on confiance à l'hygiène mentale, encore plus riche de promesses?

Nous avons trop insisté, au cours de cet exposé, sur la valeur et la portée des études scientifiques concernant l'hérédité, pour y revenir maintenant, hormis pour apporter quelques arguments d'autorité à l'appui de notre thèse.

Le professeur Huskins:(60) "First and foremost, we do not yet know enough about human heredity to be sure of our ground in more than a relatively limited number of cases".

Le Dr Chavigny:(87) "Quant à la stérilisation eugénique, c'est une mesure qui apparaît inefficace. Il semble qu'on doive la faire dispara-tre du programme".

Le Dr Landman:(3) "Human sterilization is unwarrantedly in advance on our scientific knowledge of eugenics, when it should follow and mould itself on reliable knowledge of science"; et, plus loin, "What the so-called science of eugenics needs is more research and less propaganda".

Le Dr Penel:(185) "Après avoir passionné le débat en jetant le problème de l'hérédité sur la place publique, nos eugénistes ne sont parvenus qu'à démontrer l'incertitude des notions courantes sur le sujet et à manifester qu'ils n'ont pas encore légitimement dépassé l'âge de l'expérimentation sur l'animal".

Ces jours derniers, nous lisions dans un excellent article d'Henri Vignes, (123) ces phrases absolument confirmatives de ce que nous écrivions il y a quelques mois: "Je suis de ceux pour qui l'étude de l'hérédité n'est pas une pure chimère. Cette profession de foi étant faite, je crois qu'il faut envisager nos connaissances avec modestie pour deux raisons: l'une est qu'il est parfois difficile de déterminer si un caractère donné est d'origine héréditaire ou s'il s'agit d'une maladie intra-utérine, d'un traumatisme obstétrical, d'une atteinte grave et sournoise du système nerveux au cours de l'enfance ou de l'adolescence; l'autre est que nous sommes incapables d'établir un pronostic sur la transmissibilité d'une tare. Quand un sujet a une tare transmissible par l'effet du hazard ou par l'action de facteurs inconnus, rien ne nous permet de dire que cette tare sera transmise ou non. Et nous ne sommes guère plus avancés s'il s'agit d'un caractère récessif transmis par la loi mendelienne. Si la loi était absolue, si elle était 100 pour 100, rien ne serait plus facile; mais, à partir du moment où intervient une importante marge de variabilité, stériliser systématiquement l'ensemble des individus atteints, c'est de toute évidence, sacrifier les individus normaux et, même, selon une objection souvent répétée, des individus géniaux.

"A ceci, on peut opposer que, si le risque de transmission héréditaire est élevé, il ne faut pas hésiter à être radical et à "trancher dans le vif";- mais cette attitude ne saurait nous donner pleinement satisfaction, d'autant mieux que les tares récessives comportent une majorité de sujets normaux."

Ces jugements règlent le cas de la stérilisation légalisée et obligatoire des inaptes. Il ne suffit pas, pourrions-nous conclure, de connaître les lois de l'hérédité en général, bien que cela soit très digne d'intérêt, ni de connaître toutes les causes de la dégénérescence; ce qui importe, c'est d'en savoir l'application complète et concrète à un cas donné. C'est la seule façon de poser le problème dans son cadre naturel, dans celui de la biologie humaine.

*
* *

Résumons donc en quelques lignes. L'augmentation de l'aliénation mentale et de la criminalité, depuis le début du siècle, est réelle bien qu'elle soit quelque peu grossie. Elle tient à toute une série de causes depuis très longtemps connues pour la plupart. Certaines semblent agir plus particulièrement à notre époque: déracinement de plus en plus marqué de la campagne, concentration de plus en plus accentuée dans les villes, machinisme nécessitant une adaptation de plus en plus précise de nos cerveaux, civilisation qui nous intoxique et nous énerve sans cesse, et enfin, parmi toutes ces causes qui relèvent indubitablement du milieu, la grande cause par excellence, mais pas la seule, l'hérédité.

Nous en avons montré les méfaits, tels que nous les révèle l'examen de nos malades internés et tels que nous les apprennent les études sur les constitutions mentales. Nous avons rappelé les exemples très connus de familles extraordinairement entachées de folies et de crimes. Nous avons eu soin de faire la part de l'éducation et du milieu dans l'influence de cette force héréditaire.

En troisième lieu, nous avons fourni quelques chiffres relatifs au coût d'entretien des aliénés, des débiles mentaux, des anormaux, non sans nous demander combien, laissés à eux-mêmes et en liberté, ces individus auraient coûté.

Et parce que les propagandistes de la stérilisation des inaptes font volontiers appel aux études scientifiques sur l'hérédité, nous nous sommes attachés, dans un quatrième point, à montrer comment les savants ont abordé ces études, par quelles techniques, à l'aide de

quelles disciplines. Nous avons fait davantage; nous avons situé ces travaux scientifiques dans le cadre de la biologie générale. L'hérédité, avons-nous dit, est un élément dans la biologie générale, qui à son tour peut agir sur elle. La biologie générale, avec son halo de sciences modernes, n'est qu'une lune dans notre univers humain.

Dans un autre tableau, nous avons exposé longuement la notion d'une biologie humaine distincte traitant de l'individu dans son entier, avec ses facteurs organiques, physiologiques et psychologiques. Nous sommes allés plus loin, jusqu'aux notions de constitution, de tempérament et de caractères individuels. En un mot, nous avons mis, en regard du laboratoire tout-puissant, mais borné, la vieille clinique d'autrefois éminemment compréhensive.

Continuant le même thème, nous avons parlé d'hygiène mentale et nous avons vu comment elle est tout entière imprégnée de la notion philosophique qu'on se fait de la médecine. L'eugénique n'en est qu'un chapitre, la stérilisation des anormaux, un sous-chapitre. A côté des moyens radicaux, tout ce travail le démontre, il en est d'autres extrêmement efficaces pour la plupart des individus soumis à notre observation médicale et sociale.

Il restera toujours, cependant, un certain nombre de sujets chez lesquels manifestement l'hérédité est le plus grand de tous les facteurs, pratiquement le seul en cause. Ces individus ne peuvent, laissés à eux-mêmes, que causer des dégâts terribles et impossibles à prévenir. Ces individus-là, que devons-nous en faire? Les séquestrer? Peut-être. Les stériliser? Peut-être aussi. C'est une matière laissée à la conscience du médecin, placé devant un cas concret; ce n'est pas un objet de législation. Ce qu'il faut en pareil domaine, pour le moment, c'est plus de recherches que de lois. La médecine scientifique concernant la stérilisation n'est pas assez avancée pour être rédigée en code, quand surtout il s'agit d'une atteinte aussi grave aux droits premiers de l'individu. Pour les cas très rares, mais existants, où la stérilisation apparaît médicalement le seul remède, à notre avis, ces cas se rapprochent de ceux où, en obstétrique, l'avortement thérapeutique s'impose: il y faut des raisons proportionnellement graves. Alors, le médecin se trouve non seulement en présence de sa science, mais aussi en présence de sa conscience, et en présence de sa foi.

A ce qui appert maintenant, le sujet de la stérilisation des anormaux est un sujet-pieuvre, dont les tentacules s'accrochent à l'histoire, à la démographie, à la philosophie, à la morale, au droit, etc...

Malheureusement, notre époque ne possède pas un Pic de la Mirandole, pouvant disserter "de omni re scibili et de quibusdam aliis". Personne aujourd'hui saurait prétendre connaître le tout d'un sujet, encore moins tous les à-côtés d'un sujet. A fortiori quand ce sujet est l'être le plus complexe de la création; l'homme. L'homme microcosme, peuplé de forces si nombreuses, si variées, si fuyantes,... L'homme, placé selon le mot d'Eddington, à mi-chemin entre l'atome et l'étoile...

BIBLIOGRAPHIE

1.—Pr. A. LEY.—La stérilisation et la castration des dégénérés au point de vue eugénique et thérapeutique. Revue de Droit pénal et criminologie. Bruxelles, 13e année, No 6, juin 1933.

2.—Claude PETIT.—Hérédité et sociologie *in* Hérédité et Races, p. 104-132. Groupe lyonnais d'études médicales, philosophiques et biologiques. Un vol. Les éditions du cerf, Juvisy (Seine-et-Oise).

3.—LANDMANN.—American Association for Advancement of Sciences. Meeting d'hiver, Boston, déc. 1933, v.g., The Week in Science, analyse de Waldemar Kalmpffert dans le New York Times, 31 déc. 1933, 6XX.

4.—LES JOURNAUX du 18 janvier 1934.—Rapport d'une commission eugénique au gouvernement anglais. Sous le titre (La Presse de Montréal): L'Angleterre songe à stériliser ses nombreux aliénés.

5.—TREDGOLD.—A note on the Sterilization of mental defectives. Mental Welfare, January 15th, 1930, vol. 11, No 1, London.

6.—BRUCE.—Sterilization of the unfit. Journal Canadian Medical Association, sep.t 1933.

7.—Dr A.-H. DESLOGES.—Rapports à l'Honorable Secrétaire de la Province, 1926, 27, 28, 29, 30, 31, 32.

8.—Hon. H. H. STEVENS, ministre fédéral du Commerce.—Premier rapport sur les institutions pour maladies mentales, 1932; Ottawa, 1934.

9.—E. REGIS.—Précis de Psychiâtrie. Doin, éditeur, Paris, 1923.

10.—GENIL-PERRIN.—Maladies nerveuses et mentales. Librairie Larousse, 1931, un vol. 272 pages.

11.—PLOUFFE et BARBEAU.—Sur un cas de folie communiquée. Union Médicale du Canada, mai 1929, p. 271.

12.—CLAUDE.—Remarques sur quelques essais de physiologie pathologique en pathologie mentale, 1933, vol. XXIII, No 2, pp. 49-94, La Biologie médicale.

13.—Hermann BOWMAN.—Alcohol as a Mental Hygiene Problem. Premier congrès international d'hygiène mentale, Washington, 1930.

14.—BARBEAU.—L'épilepsie et les narcomanies, maladies sociales. La Garde-malade canadienne-française, sept. 1932. Radio-causerie, l'Heure provinciale, 16 fév. 1932.

15.—GENIL PERRIN.—Syphilis and Mental Hygiene. Premier congrès international d'hygiène mentale, Washington, 1930.

16.—COURTOIS.—Crise économique et psychopathie. La prophylaxie mentale, janvier-juin 1933.

17.—TOULOUSE.—Conflits sociaux et hygiène mentale. La prophylaxie mentale, janvier-juin 1933.

18.—BARBEAU.—Les origines de la pensée freudienne. La Revue Dominicaine, mai-juin 1930.

19.—BARBEAU.—Les bases de la psychanalyse. Thèse de doctorat en philosophie à l'Université de Montréal, 7 mars 1930.

20.—BARBEAU.—Etude psychanalytique des névroses et psychoses. La Revue trimestrielle canadienne, décembre 1930.

21.—GENIL-PERRIN.—Histoire des origines et de l'évolution de l'idée de dégénérescence en médecine mentale, Paris, Lecler, 1913.

22.—Dr Floyd A. ALLPORT.—Closing session of the annual Meeting of the Association for Research in Nervous and Mental diseases, v.g., New-York, février 3.

23.—Dr William HEALY.—Ibidem.

24.—MacAULIFFE.—Hérédité et pathologie, *in* Hérédité et Races, v.g., Groupement lyonnais, etc.

25.—E. C. MENZIES.—Sterilization of the feeble-minded. The Canadian Medical Association Journal, XXIX, 657-59, 1933.

26.—DELMAS et BOLL.—La personnalité humaine; un vol. de la collection de Philosophie scientifique. Gustave Lebon.

27.—DELMAS.—Les constitutions psychopathologiques. Congrès des neurologistes et aliénistes de langue française. Limoges, 25-30 juillet 1932.

28.—E. KRESTMER.—Structure du corps et caractères. Un vol. 252 pages. Payot, éditeur, Paris, 1930.

29.—FREEMAN.—Physical types, their diseases. Congrès des médecins et chirurgiens américains, Montréal, février 1933, v.g., le Star de Montréal, vendredi 10 février 1933.

30.—Petersen SIGUR.—Sur les types de Krestmer. Encépha'e, 1931, juin.

31.—DEJERINE.—L'Hérédité dans les maladies nerveuses. Un vol. Asselin-Rousseau, éditeurs, Paris, 1886.

32.—Aug. MARIE.—Les influences ancestrales. Un vol., ou Bulletin de la Société d'Etude des formes humaines, 1928, p. 443; 1929, p. 140 et 148. Paris, Amédée Legrand, éd.

33.—HUTTON.—Feeble-minded seen as Racial menace. Conférence à Montréal, v.g., The Star, 14 décembre 1933.

34.—MEYERSON.—Nature of Feeble-mindedness. The American Journal of Psychiatry, mai 1933.

35.—W. D. CORNWALL.—Eugenics vs Euthenics as a Method for races betterment. Journal Canadian Medical Association, octobre 1933.

36.—BARBEAU.—Génie et folie. Le Quartier Latin, 3 mars 1932, vol. XLV, No 19. La Garde-malade canadienne-française, mai 1934.

37.—BARBEAU.—Hygiène mentale et criminalité. La Revue du Droit, juillet 1932.

38.—Dr FRICK.—Cité d'après La Documentation catholique par E. Turcotte: A la recherche du parfait bon Aryen, Le Canada, lundi, 20 nov. 1933, p. 2.

39.—BERRY et GORDON.—The mental defectives. New-York, McGraw-Hill Book Co., 1931, analysé par C. T. W. Horne dans American Journal of Psychiatry, mars 1934.

40.—Raoul de CUCHTENEER.—La limitation des naissances. Un vol. 237 pages. Bauchesne, éd., Paris, 1929.

41.—HUTTON.—Tendencies in human fertility. Canadian Medical Association Journal, janvier 1934, p. 73 et seq.

42.—MEYERSON-ABRAHAM.—Inheritance of Mental diseases. Williams & Wilkins Co., Baltimore, 1915.

43.—MEYERSON.—Bulletin of Massachusetts Department of Mental Diseases, April, 1930. Researches in feeble-mindedness with special relationship to Inheritance.

44.—DARIES.—Social Control of Mentally deficient. Un vol. Cromwell, éditeur, New-York, 1930.

45.—GENETICS *in* Text-Book of General Zoology. Curtiss and Gauthrie, London, 1925, p. 455 à 488.

46.—Fr. M.-VICTORIN.—Cours de Génétique. Nous avons consulté les résumés de cours fort bien faits que l'auteur a mis à notre disposition.

47.—Fr. M.-VICTORIN.—Conférences à la Société de Philosophie, mars 1933.

48.—M. AARON.—Le problème de la transmission des caractères héréditaires et ses bases morphologiques. La Biologie médicale, mai 1930.

49.—Etienne LETHARD.—L'hérédité. Mécanisme de l'hérédité mendélienne, *in* Hérédité et Races, p. 1 à 27.

50.—L. GUENOT.—L'hérédité des caractères acquis, *in* Hérédité et Races, p. 28 à 49.

51.—CROUZON.—Maladies familiales du système nerveux, *in* Traité de Neurologie, t. II, collection Sergent, Malouin, éd., Paris, 1924.

52.—BOGAERT.—La pathologie nerveuse et les problèmes de l'hérédité humaine. Journal de neurologie et psychiâtrie belge, 31e année, No 2, février 1931.

53.—VAN DUYSE.—Lois de Mendel et maladies héréditaires des yeux. Bulletin de l'Académie Royale de médecine de Belgique, 26 septembre 1931.

54.—BAVINK.—Cité par E. Turcotte: Le Canada, 20 novembre 1933, d'après La documentation catholique, laquelle avait emprunté cette citation à un article paru au Voelkisch Beobachter.

55.—CENTRAL ASSOCIATION FOR MENTAL WELFARE.—Report of a conference on mental deficiency held at Central Hall, Westminster, London, 2 et 3 décembre 1926. Un vol. 167 pages.

56.—TREDGOLD.—Mental deficiency. Amentia. Un vol., 5e éd. Boilière, Tendall, 1929.

57.—MENTAL WELFARE REVIEW, 15 octobre 1933, vol. 11, No 4, p. 97.

58.—BARBEAU.—Un mongoloïde atypique. Société médicale de Montréal, janvier 1932.

59.—BARBEAU.—Le mongolisme. La Revue des cliniques, février 1932.

60.—HUSKIN.—Interview au Star de Montréal, le 17 janvier 1934.

61.—DSWELSAUWERS.—Précis de psychologie. Un vol.

62.—DSWELSAUWERS.—La synthèse mentale. Un vol.

63.—R. AMYOT.—L'hérédité dans les maladies nerveuses et mentales, v.g., brochure: Radio-conférences sur l'hygiène mentale. Beauchemin, éditeur, 1932.

64.—Jean SAUCIER.—Les constitution psychopathiques. Ibidem.

65.—THOORIS.—La vie par le stade. Un vol. Amédée Legrand, éditeur, Paris, 1924. Voir chap. I.

66.—Claude BERNARD.—Introduction à la médecine expérimentale. Un vol. Librairie Delagrave, éditeur, 1920.

67.—SOUQUES.—Les connaissances neurologiques de Galien. Revue neurologique, mars 1933.

68.—Nous faisons ici allusion aux beaux travaux de l'école française (Claude, Targowla, Tinel, Santenoise, etc.) et de l'école américaine contemporaine.

69.—GRASSET.—La Biologie humaine. Un vol. de la collection de philosophie scientifique de Gustave Lebon.

70.—BAISSETTE.—Hippocrate. Un vol. 267 pages, Grasset, Paris, 1931.

71.—SOUQUES.—Les connaissances neurologiques d'Hippocrate. La Revue neurologique, janvier et février 1934.

72.—BOINET.—Les doctrines médicales, leur évolution. Un vol. 346 pages. Bibl. de philosophie scientifique. Flammarion, éditeur, Paris.

73.—D'ALLENDY.—Les tempéraments. Un vol. Vigot, éditeur, Paris, 1922.

74.—CARTON.—Diagnostic des tempéraments. Un vol. Malouin, éditeur, Paris, 1926.

75.—Robert VAN DER ELST.—Le problème des tempéraments. La Presse médicale, No 104, 28 décembre 1927.

76.—R. BIOT.—La renaissance de la notion des tempéraments. Le Progrès médical, 13 août 1927.

77.—COORMAN.—Les types de constitution dans la médecine de jadis et d'aujourd'hui. L'esprit médical, avril 1931.

78.—KLAGES.—Caractériologie. Un vol.

79.—MAURIENNE.—Le professeur Paviot. L'esprit médical, 20 mars 1934.

80.—GORDON.—The patient as a person. Congrès des médecins et des chirurgiens américains, Montréal, 1933, v.g. le Star, vendredi le 10 février, pages 3 et 4.

81.—BARBEAU.—L'hygiène mentale. Le Devoir, 20 juillet 1931.

82.—MARCOTTE.—L'hygiène mentale, *in* L'Action médicale, février et mars 1934.

83.—BEERS.—The growth of the movement. Congrès international d'hygiène mentale, Washington, 1930.

84.—Rev. Ansen PHILPS.—The founding meeting of the Mental Hygiene movement. Ibidem.

85.—POTET.—Hygiène mentale. Paris, 1926. Un vol. Lefrançois, éd.

86.—P. FOREST.—Ce qu'il faut penser de l'eugénique. Revue Dominicaine, mai-juin 1930.

87.—CHAVIGNY.—Un chapitre de la psychologie de l'hygiène, l'eugénique. Annales médico-psychologiques, XLV série, 70e année, T. 1, No 1, janvier 1932.

88.—M. H. KROUT.—Major aspect of Personality. Chicago, The College Press, 1933. Un volume.

89.—RUDIN.—The significance of Eugenics and Genetics for Mental Hygiene. Congrès international d'Hygiène mentale, Washington, 1930.

90.—PRESSE MEDICALE du 12 septembre 1928. Le rôle du sang dans la famille comme cause pathogène.

91.—HANSON.—Radiation-genetics. Physiological Reviews, octobre 1933.

92.—Thv. IASCKE.—Sterilization *in* Rahmen der Eugenik. Klinische Wochenschrift, 1933, No 37.

93.—SCANLAN.—Sterilization of the unfit. The Apollonian, janvier 1929.

94.—René FODERE.—La Bio-typologie. Esprit médical, 5 avril 1934.

95.—GORNEY et POPENOE.—Sterilization for human betterment. Un vol. MacMillen, éditeur, New-York, 1929.

96.—MENTAL HYGIENE BULLETIN: Sur la projet Ballew. Vol. VII, No. 4, août 1930.

97.—Mendoza SALVADOR.—Regulation on Eugenics and Mental Hygiène in the State of Vera Cruz, p. 277 à 283. Septembre 1933. The American Journal of Psychiatry.

98.—V. G. LA LOI ALLEMANDE sur la stérilisation des êtres humains: Texte de la Documentation catholique, traduit de la revue allemande Ecclesiastica. Le Canada, vol. XXXI, No 182.

99.—TRIBOULET et MIGNOT.—L'alcoolisme, *in* Nouveau traité de médecine de Roger, Widal et Tessier, T. 2, p. 257 à 261.

100.—BRUEHL.—Eugenics and Birth Control in the light of fundamental ethical principles. J. T. Wagner, éditeur, Neu-York. Un vol. 249 p.

101.—SANO.—Stérilisation des anormaux. Journal de neurologie et de psychiâtrie belge, No 6, juin 1932, p. 396.

102.—VERVAEK.—La stérilisation des anormaux. Journal de neurologie et de psychiâtrie belge, XXXII, No 3, mars 1932, 170-194.

103.—RUDIN.—Eugénique et prophylaxie mentale. Réunion européenne de prophylaxie et d'hygiène mentale, 30 mai 1932.

104.—FETSCHER.—La pratique de la stérilisation. Archv. fur social Hygiene, 1931-32.

105.—McCUTCHEON.—Report on mental deficiency. The British Medical Ass., v.g. Mental Welfare, 15 octobre 1932, vol. 13, No 4, p. 79-83.

106.—Albert LeSAGE.—La loi allemande de stérilisation des anormaux. L'Union Médicale du Canada, novembre 1933.

107.—René FODERRE.—De la stérilisation. L'esprit médical, 5 nov. 1933.

108.—L. BABONNEIX.—Rôle de l'Hérédo-Syphilis dans le déterminisme des encéphalopathies infantiles. Clinique et Laboratoire, Xe année, No 10, 30 décembre 1931, p. 215 à 222.

109.—J. CAUSSIMON.—La question de l'Hérédité dans la tuberculose pulmonaire. Clinique et Laboratoire, IXe année, No 9, 30 sept. 1930.

110.—J. A. SICARD.—Opiomanie, morphinomanie. Clinique et Laboratoire, VIIIe année, No 1, 30 janvier 1929.

111.—Jacque VIE.—Comment concevoir actuellement l'organique et le fonctionnel en neuro-psychiâtrie. L'hygiène mentale, XXIXe année, No 3, mars 1934, p. 45 à 71.

112.—Jean ROSTAND.—Hormones et personnalité. Candide. Reproduit dans l'Ordre de Montréal le 11 mai 1934, p. 3.

113.—J. SAUCIER.—L'épilepsie est-elle héréditaire? Annales médico-chirurgicales de l'hôpital Sainte-Justine, mai 1934, tome 11, No 1, pages 72-77.

114.—Jean ABADIE.—Réunion internationale de neurologie, Paris, 1932. Re: hérédité de l'épilepsie.

115.—DAYTON.—American Psychiatric Association, 1er juin 1934, New-York. Re: Qualité des familles nombreuses.

116.—P. VESSIE.—Sur la transmission héréditaire de la chorée de Huntingdon durant 300 ans. Groupe familial de Bures. Journal of Nervous and Mental Diseases, vol. 76, No 6, déc. 1932, p. 553.

117.—CONKLIN.—Heredity and environment in the development of men. Princeton University Press, 1922.

118.—KELLOG.—Human life as the biologist sees it. C. Henry, Holt and Co., New-York 1932.

119.—HENDERSON.—The fitness of environment. An inquiry into biological significance of the properties of matter. The MacMillan Co., 1924.

120.—Gladys C. SCHWESINGER.—Monographie No 8 de la Eugenics Research Association, 1 vol. de 484 pages. Heredity and Environment.

121.—ST. BATOWIA.—Le caractère criminel. Rocznick Psychyatryczny, fasc. XXm, 1933, p. 140.

122.—Georges d'HEUCQUEVILLE.—La stérilisation chirurgicale et la médecine légale: Société de médecine légale de France, 9 avril 1934, vg., Annales médico-psychologiques, avril 1934.

123.—VIGNES.—Les lois de la stérilisation eugénique. Presse Médicale, 19 mai 1934, No 40.

124.—CARNEGIE FOUNDATION.—The Development of the Egg. A Symposium. Supplementary publication, No 3, 1er octobre 1931.

125.—APERT, RICHET et SCHREIBER.—Eugénique et sélection. Paris, Alcan, 1922.

126.—Luis Jimenez ASUA.—El aspecto juridico de la eugenesia y de la maternidad. Cronica Medica, No 778, abril 1928, p. 123.

127.—BARBET.—La préparation du jeune homme au mariage par la chasteté. Edit., J.-B. Baillière, Paris.

128. Julius BAUER.—Problems of human genetics. Bull. of the John Hopkins Hospital, No 1, janvier 1929, p. 52.

129.—Muguel CABEZA.—Cuestiones de eugenica. Revista Medico-Profesional, No 26, mai.

130.—DARWIN.—Les besoins de la réforme eugénique. Bruxelles Médical, 1927, p. 846.

131.—Victor DELFINO.—Envestigaciones estadisticas sobre las efectos eugenicos y disgenicos de la guerra. Gaceta Medica Española, juin 1930.

132.—P. DELMAS.—L'eugénétique. Conf. donnée à la Pouponnière de Montpellier, le 18 décembre 1924.

133.—Foveau de COURMELLES.—L'eugénique, la littérature, la loi. Gazette Médicale de France, 15 juin 1928.

134.—GOVAERTS.—La question eugénique. Bruxelles Médical, 4 décembre 1927, p. 139.

135.—Luis HUERTA.—El movimiento eugenico mundial. Gaceta Medica Española, octobre 1928.

136.—Luis HUERTA.—Los fundamentos cientificos de la Eugénica. Gaceta Med. Española, juin 1928, p. 418.

137. R. KEHL.—L'eugénisme et son but. A. Folha Med., juin 1926.

138.—HEUYER.—Conditions de santé à envisager au point de vue du mariage dans les maladies mentales et nerveuses et les intoxications. Le Bulletin Médical, 41e année, No 21, 18-21 mai 1927, p. 603.

139.—Etienne LEVRAT.—Stérilisation et eugénisme. Tou'ouse Médical, 1er janvier 1930, p. 1.

140.—Oscar D. MEYER.—Syphilis — one of the most importants factors in Eugenics and Euthenics. Revista Sud-Americana, 12e année, sept. 1929, No 9, p. 601-15.

141.—NAVES.—Primer curso eugenico espanol — Su origen y finalidad. Medicina Argentina, juin 1928, p. 228.

142.—SAINZ DE LOS TERRERO.—Eugenica — El Hijo Unico. La Medicina Argentina, mai 1928.

143.—Sebastian RECASSENS.—Eugenesia y procreacion. Cronica Medica No 778, avril 1928, p. 120. Gac. Med. Española No 6, mars 1928, p. 249.

144.—Georges SCHREIBER.—Quels sont les buts de l'Eugénique. La Puériculture, No 1, janvier 1927.

145.—R. E. L. STEINER.—Eugenics in Oregon. Northwest Medicine, No 12, vol. XXVI, p. 594.

146.—VERVAECK.—La loi belge de défense sociale à l'égard des anormaux et des récidivistes, envisagés au point de vue eugénique. Bruxelles Médical, août 1928, p. 1392.

147.—J. H. BELL.—Biological relationship of eugenics of development of human race. Virginia M. Monthly, 57: 727-733, février 1931.

148.—J. H. BELL.—Eugenic control and its relationship to science of life and reproduction. Virginia M. Monthly 58: 590-595, déc. 1931.

149.—Fernand BOVERAT.—Qualité et quantité. Réflexions pour les eugénistes. Pédiatrie, 20e année, février 1931, page 45.

150.—A. COUVELAIRE.—Quelques mots sur l'eugénique et la consultation pré-nuptiale. Bull. Méd., Paris, 44: 693, 27 septembre 1930.

151.—A. COUVELAIRE.—Eugénique et procréation. Les Annales de l'Enfance, No 54, mai 1932.

152.—A. COUVELAIRE.—Eugénique et procréation. Revue de Vulgarisation des Sciences Médicales, novembre 1932.

153.—Ph. DALLY.—Eugénique et certificat prénuptial. La Clinique, No 153, novembre 1930 (A), p. 325.

154.—C. DANIEL.—Rœntgenthérapie, fécondité et eugénisme. Bull. et Mém. Soc. de Radiol. médicale de France 2$: 91-97, février 1932.

155.—DE BARY.—Importance de l'eugénique en pratique médicale et scientifique. Deutsche Mediz. Wochen. LVIII, No 48, 25 nov. 1932.

157.—V. DELFINO.—En que sitio se debe vacunar? Los progresos de la eugénica. La sulfoterapia y sus aplicaciones. Medidas contra el tracoma. Campaña profilactica. Siglo méd. 86: 484-485, 8 nov. 1938.

158.—Raoul DUTHOIT, OLBRECHTS et Van BENEDEN.—Eugénique et tuberculose. Liége Médical, No 37, 14 septembre 1930, 34e année, p. 1241.

159.—FISCHER.—Les progrès de l'étude de l'hérédité humaine comme bases de l'eugénisme. Deutsche Medizinische Wochenschrift, No 28, 14 juillet 1933.

160.—F. GERLACH.—Eugenics and heredity of mental diseases. Ztschr. f. Gesundhverwalt. u. Gesundhfürs 3: 217-220, 20 mai 1932.

161.—C. GINI.—Das Bevölkerungsproblem Italiens und die fascistische Bevölkerungspolitik. Arch f. Rassen. u. Gesellsch. Biol. 25: 1-18, 15 mai 1391.

162.—GUTT.—Reform des Offentlichen Gesundheitswesens in Preussen unter bevölkerungspolitischem Gesichtspunkt. Ztschr. F. Med. Beamte 45: 152-158, avril 1932.

163.—L. LOEFFLER.—Sterilisierung, Konzeptionsverhütung und Eugenik. Arch. f. Gynäk. 144: 354-360; 1931.

164.—HORDER.—Eugénisme et médecin. The British Medical Journal, No 3805, 9 décembre 1933.

165.—H. LUXENBURGER.—Dis wichtigsten Ergebnisse der psychitrischen Erbforschung und ihre Bedentung für die eugenische. Praxis. Arch. f. Gynak. 141, 237-254, 1930.

166.—H. J. MULLER.—Dominance of economics. Birth Control, Rev. 16: 236-238, octobre 1932.

167.—Murillo Y PALACIOS.—Hygiène sociale, projet de stérilisation eugénique. El Siglo medica, No 4161, 9 septembre 1933.

168.—NIESEL.—Eugenic control of mental diseases. Ztschr. f. ärztl. Fortbirl 29: 546-547, 1er septembre 1932.

169.—J. ORGAZ.—El Ejercito Nacional como centro de investigacion eugenésica. Prensa Med. Argent. 19: 622-624, 10 septembre 1932.

170.—G. PITT-RIVERS.—Anthropological approach to ethnogenics; new perpective. Human Biol., 4: 239-251, mai 1932.

171.—S. de PLANZOLES.—L'avenir et la préservation de la race: l'eugénique. Prophylax. antivénér. 4: 193-217, avril 1932.

172.—P. POPENOE.—Education and eugenics. Anthopology and eugenics. J. Hered. 22: 227-1280, septembre 1931; 2: 217-220, juillet 1931.

173.—Sebastian RECASSENS.—Eugenesia y procreacion. Cronica Medica, No 778, avril 1928, p. 120.

174.—J. A. R. ROBERTO.—Eugenics without Mendelism, some criticisms of current points of view. Eugenics Rev. 22: 187-193, ovtobre 1930.

175.—E. RUDIN.—Die Bedentung der Eugenik und Genetik für die Psychische Hygiene. Eugenical News 15: 171-174, décembre 1930.

176.—SALLER.—Etat et données de l'eugénique. Klinische Wochenschrift, No 27, du 8 juillet 1933.

177.—Georges SCHREIBER.—Commentaires sur les principes directeurs de l'eugénique. La Clinique, novembre 1932.

178.—SEITZ.—Assolement de la stérilisation eugénique par l'avortement eugénique au cours de quelques maladies héréditaires graves. Deutsche Medizinische Wochenschrift, No 28, 14 juillet 1933.

179.—A. S. SEREBROVSKY.—Anthropogenetics and eugenics in socialistic society. Med. Biol. J., No 5: 3-19, 1929.

180.—G. SOBERNHEIM.—Ziele und methoden der Rassenhygiene (Eugenik). Ann. d. Tomarkin Found 2: 17-187, 1932.

181.—STRUVE.—Eugenics and state council. Med. Welt 6: 1076-1077, 23 juillet 1932.

182.—J. WAGNER-JAUREGG.—Ueber Eugenik. Wien. Klin. Wchnschr. 44: 1-6, 2 janvier 1931.

183.—X.—Un programme d'hygiène raciale. La Presse Médicale, No 75, 20 septembre 1933.

184.—Max ARON.—Les formes embryonnaires *in* Formes, vie et pensée. Les Editions du Cerf, Lyon, 1933.

185.—PENEL.—La stérilisation eugénique en Amérique. L'Hygiène mentale, juillet- août 1930.

186.—André COLLIN.—Convulsions et épilepsie des enfants. Doin, éditeur, Paris, 1926.

187.—CROUZON.—Le syndrome épilepsie *in* Collection des Grands syndromes, un vol.

QUELQUES ASPECTS DU PROBLÈME DE L'ENSEIGNEMENT PUBLIC CONSIDÉRÉ DU POINT DE VUE DU PSYCHIATRE[1]

Par M. Ramson A. GREENE,
Surintendant de l'Ecole Fernald, Waverley, Mass.

Cet exposé se base sur l'expérience qu'il m'a été donné d'acquérir aux Etats-Unis et plus spécialement dans l'Etat du Massachusetts.

Le sujet choisi ne représente, évidemment, qu'une minime partie d'un problème aussi vaste que celui de l'hygiène mentale.

J'ai vainement cherché une définition adéquate de l'hygiène mentale; c'est, de toute évidence, un ensemble de règles et de principes favorables à la santé mentale. Le sujet est évidemment trop vaste pour être complètement exploré au cours d'un travail de quelques pages; aussi me suis-je borné à ce chapitre de l'hygiène mentale qui traite spécialement de l'enseignement dans les écoles publiques, considéré du point de vue du psychiâtre.

Je crois que c'est un malheur pour un homme que d'être médecin, et cependant je suis moi-même médecin. Le praticien n'est dérangé que par la sonnerie de la porte ou du téléphone qui lui rappelle qu'il y a des maux à soulager, mais des maux qui sont tout de même des problèmes tangibles: une poussière dans l'œil, un os fracturé, un appendice à extirper, etc. Mais si vous êtes psychiâtre en même temps que médecin, les problèmes que vous êtes appelé à résoudre sont d'origine mentale, donc essentiellement abstraits, intangibles. Ils embrassent l'eugénisme, la sociologie, la conduite, la moralité, l'entourage, etc., sans parler de la pédagogie.

Ce travail portera surtout sur les problèmes relevant plus spécialement de la pédagogie. Si mes énoncés semblent être des critiques

(1) Causerie donnée devant la quatrième convention annuelle des professeurs de langue anglaise de la Commission des Ecoles Catholiques, à Montréal, le 10 novembre 1933.

visant les écoles publiques ou leurs méthodes d'enseignement, je soulignerai que je suis moi-même assez accoutumé à subir la critique. A part les écoles publiques, je ne connais aucune autre question qui prête autant à la critique, si ce n'est la question des institutions d'assistance. Etant à la tête d'une institution publique depuis plusieurs années, je sais par expérience que dès que la question des écoles ou des institutions d'assistance est mise sur le tapis, il faut s'attendre à faire face à un soulèvement d'opinions divergentes.

Je me rappelle avoir vu les écoles publiques assaillies de critiques pour avoir nommé des professeurs spéciaux d'écriture, de dessin, de musique, de travaux manuels; après ceux-ci sont venus le dentiste et le médecin scolaires, puis le physiologiste et, en tout dernier lieu, le psychiâtre. Il s'est opéré des changements dans les écoles primaires et secondaires et notre système éducationnel a subi diverses évolutions, à partir de l'Ecole primaire à l'Ecole secondaire et de celle-ci à l'Ecole supérieure. Le cours d'enseignement a maintes fois été modifié. Nous avons eu l'Ecole primaire supérieure; nous avons fait l'essai de divers systèmes et, plus récemment encore, nous avons fait l'expérience des écoles dites progressives. Les écoles progressives intensifient la notion de la libre expression de la volonté individuelle. Je regrette d'avoir à dire qu'en maintes circonstances, d'après mon expérience personnelle, ce mode d'enseignement n'a apporté, comme résultat, que la perte de toute retenue chez l'élève. Je crois sincèrement qu'il serait tout aussi logique de permettre à l'enfant de choisir lui-même son régime alimentaire. Je me demande quelle quantité d'épinards il y introduirait...

Parlons maintenant d'une autre innovation soi-disant moderne, introduite dans la technique de l'enseignement public: la classe dite d'enseignement spécial. De fait, ceci n'est rien de nouveau: l'Allemagne avait sa première classe spéciale en 1867, et en 1880, il était obligatoire dans les villes d'Allemagne de 20,000 âmes et plus, de posséder une classe spéciale. La première classe spéciale, en Angleterre, fut instituée à Londres en 1881; aux Etats-Unis, dans le Rhode-Island, à Providence, en 1898, et dans l'Etat du Massachusetts, à Springfield, en 1889.

Ce n'est rien de nouveau que de dire que nous avons, dans nos écoles publiques, des débiles mentaux, des arriérés, des déficients. C'est un fait que nous ne pouvons nier. Nous sommes très conser-

vateurs en estimant à 2% de notre population le nombre de nos arriérés mentaux. D'aucuns chiffrent cette estimation à 4 ou 6%; pour ma part, je serai conservateur et supposerai que 2% seulement de notre population actuelle puisse être taxée de déficience mentale. Considérons maintenant ce que ce chiffre signifie pour un centre comme Montréal: votre population, je crois, est d'environ un million; 20% de ce chiffre représente la population écolière, soit au moins 200,000 enfants. Admettons donc que 2% au moins de cette population écolière représente des débiles mentaux, des arriérés et des déficients. Je présume qu'il y en a même davantage; cependant, si nous ne prenons que 2%, cela signifie que vous avez, dans vos écoles publiques, pas moins de 4,000 enfants qui ne peuvent bénéficier que d'un enseignement spécial. Le nombre de ceux-ci est assez facile à déterminer et ce chiffre a certainement son importance, mais la question de savoir quels sont les enfants qui doivent bénéficier de cet enseignement spécial représente un problème bien plus complexe.

On croit généralement que tout ce que nous avons à faire est de coter le pourcentage d'intelligence des enfants en recourant aux méthodes de psychologie et aux tests psychométriques modernes. On croit, en un mot, qu'il nous est facile d'estimer, grâce à ces méthodes, leur "quotient intellectuel". On peut pratiquer des tests par groupements; des parallèles psychométriques peuvent être faits par comparaison d'individus arriérés avec des individus normaux. Mais au fait, quels sont ceux qui peuvent têre classés comme sujets normaux? Nos méthodes d'enseignement public sont instituées et organisées pour répondre aux besoins pédagogiques des sujets présumés normaux, mais combien d'individus normaux avons-nous, présentement, dans nos écoles publiques? J'oserai dire que personne ne le sait. Le "quotient intellectuel" est considéré comme une sorte d'estimation mathématique du développement mental d'un individu; or, ce test ne peut estimer avec précision le degré de développement; il estime seulement le rendement qui a pu être obtenu d'un certain degré de développement. Il n'estime pas la force physique, la force morale, le caractère, la conduite et ne tient nullement compte du milieu, de l'éducation. D'aucuns sont sous l'impression qu'il y a tout un arsenal de tests pour ces divers problèmes d'un caractère si vaste et si complexe et que les facilités d'adaptation et les aptitudes d'un individu peuvent être jaugées avec une précision mathématique. Je désirerais que cela fût vrai. Le problème qui se poserait alors devant nous

serait des plus simples: nous pourrions faire passer nos élèves dans un moule ou par une série de tests; le problème ne serait guère plus compliqué qu'une équation mathématique. Nous dénommerions simplement les équations: "Réputation", "Caractère", "Emotion", "Conduite", etc. Et tout serait tiré au clair!

M. D. Form A-101

I

© — THE COMMONWEALTH OF MASSACHUSETTS — 1928

DEPARTMENT OF MENTAL DISEASES

SCHOOL CLINIC RECORD

CORRELATION OF CHRONOLOGICAL MENTAL AND SCHOOL AGE

NAME John M. DATE Feb. 1933 NO.

CHRONOLOGICAL AGE	I. Q.	MENTAL AGE	SCHOOL GRADE FOR PRESENT CHRONOLOGICAL AGE	SCHOOL GRADE WORK FINISHED					
				READING	ARITHMETIC	SPELLING	WRITING	GEOGRAPHY	LANGUAGE
16		16	H. S. II						
15		15	H. S. I						
14		14	J. H. S.						
13 0	100	13 0	VIII						
12		12	VII						
11		11	VI						
10		10	V						
9		9	IV						
8		8	III						
7		7	II						
6		6	I						
5		5	Kinder-garten						
4		4							
3		3			Base normale				
2		2							
1		1							

Les débiles mentaux, les arriérés et les déficients ne sont pas tous de bons ou de mauvais sujets. Mon expérience personnelle m'incline à croire que le caractère, la conduite, etc., sont plutôt affaire d'éducation et que les penchants subissent l'influence du milieu, de l'entourage. Mais il est avéré, en ce qui concerne les arriérés mentaux aussi bien que les sujets considérés comme normaux, que la plupart se conduisent bien et sont bien intentionnés. Nous avons, en réalité, deux

grandes catégories d'arriérés mentaux, que je signalerai comme suit:

1°. L'arriéré mental au point de vue social;
2°. L'arriéré mental au point de vue psychologique.

Le premier, l'arriéré mental au point de vue social, est celui qui est en conflit avec la société, soit comme résultat d'une conduite antisociale, soit parce qu'il a subi à un tel point l'influence d'un certain milieu qu'il lui est impossible de se conformer aux principes de la vie sociale. J'ai constaté que 5% environ des déficients mentaux sont, en réalité, des arriérés mentaux au point de vue social. 95% des arriérés mentaux ne le sont qu'au point de vue psychologique et sont des sujets absolument bien intentionnés. Les arriérés mentaux au point de vue social sont naturellement considérés comme candidats pour les institutions pour arriérés mentaux. Si les arriérés au point de vue social étaient tous confiés aux institutions, il resterait environ 95% de débiles mentaux ou déficients dans la société et, naturellement, on les rencontrera, s'ils sont d'âge scolaire, parmi les enfants fréquentant les écoles publiques. Nous posons la question: Combien de ces enfants, dans les écoles publiques, bénéficient d'un enseignement fondé sur des notions pédagogiques spéciales? Aux Etats-Unis, où on fait probablement plus, dans ce sens, que dans tous les autres pays, je constate que pas plus de 30% bénéficient actuellement des avantages d'un enseignement spécial.

On nous demande pour quelle raison les arriérés mentaux devraient recevoir un enseignement pédagogique particulier. Afin d'illustrer ce point, j'attire votre attention sur trois tableaux ou bilans scolaires. D'abord, le tableau ou bilan scolaire d'un enfant classé comme normal.

Cet enfant, âgé de 13 ans, possède le développement mental d'un enfant de 13 ans et nous constatons qu'il accomplit le travail imposé au début de la huitième année. Or, cet enfant présente théoriquement un développement normal. Combien y en a-t-il de cette catégorie? Je l'ignore. Comme je le disais plus haut, personne n'a jamais pu définir un sujet normal. La masse du peuple est ou moins développée mentalement, ou plus intelligente que le soi-disant normal. Quelques-uns s'élèvent considérablement au-dessus du niveau ordinaire.

Voyons le second tableau.

Voici un enfant âgé de 13 ans présentant le développement mental d'un sujet de 16 ans et 3 mois. Son "quotient intellectuel" est coté à 125. En théorie, cet enfant de 13 ans devrait commencer le travail de la huitième année scolaire, alors qu'il a été admis dans la 2ième année d'Ecole supérieure et en accomplit le travail.

On rencontre des sujets encore supérieurs à ce dernier et qui pourraient être classés parmi les génies. Ils sont très peu nombreux

M. D. Form A-101

THE COMMONWEALTH OF MASSACHUSETTS — 1928

DEPARTMENT OF MENTAL DISEASES

SCHOOL CLINIC RECORD

CORRELATION OF CHRONOLOGICAL MENTAL AND SCHOOL AGE

NAME Jane S. DATE Feb. 1933 NO.

CHRONOLOGICAL AGE	I. Q.	MENTAL AGE	SCHOOL GRADE FOR PRESENT CHRONOLOGICAL AGE	SCHOOL GRADE WORK FINISHED					
				READING	ARITHMETIC	SPELLING	WRITING	GEOGRAPHY	LANGUAGE
16	125	16 3/12	H. S. II						
15		15	H. S. I						
14		14	J. H. S.						
13 0		13	VIII						
12		12	VII						
11		11	VI						
10		10	V						
9		9	IV						
8		8	III						
7		7	II						
6		6	I						
5		5	Kinder-garten						
4		4							
3		3			Fille d'intelligence supérieure.				
2		2							
1		1							

et n'ont pu être étudiés de près, n'étant pas en captivité... Nous avons aussi l'idiot, d'un niveau intellectuel très inférieur, qui ne constitue pas et ne constituera jamais un problème scolaire. Ni le génie ni l'idiot ne sont d'un commerce agréable pour la société; de fait, l'un et l'autre sont à peu près également déplaisants et, fort heureusement, la nature a pourvu à ce qu'il existe un nombre très restreint d'individus appartenant à l'une et à l'autre catégorie.

Le tableau No 3, est celui d'un sujet classé comme arriéré mental. Voici un sujet de 14 ans et 9 mois. Mentalement, il n'a que 8 ans et 5 mois. Son "quotient intellectuel" est coté à 57. En l'observant à l'école, nous constatons qu'il accomplit ce qu'accomplirait un sujet ayant le développement mental d'un enfant de 8 ans, c'est-à-dire le travail de la troisième année scolaire. On trouve souvent ce type d'anormal sur les bancs des 6ième, 7ième et 8ième années. Je

M. D. Form A-101

III

THE COMMONWEALTH OF MASSACHUSETTS — 1 28

DEPARTMENT OF MENTAL DISEASES

SCHOOL CLINIC RECORD

CORRELATION OF CHRONOLOGICAL MENTAL AND SCHOOL AGE

NAME Antoinette F. DATE March, 1933 NO.

CHRONOLOGICAL AGE	I. Q.	MENTAL AGE	SCHOOL GRADE FOR PRESENT CHRONOLOGICAL AGE	SCHOOL GRADE WORK FINISHED					
				READING	ARITHMETIC	SPELLING	WRITING	GEOGRAPHY	LANGUAGE
16		16	H. S. II						
15		15	H. S. I						
14 9	57	14	J. H. S.						
13		13	VIII						
12		12	VII						
11		11	VI						
10		10	V						
9		9	IV						
8		8 5	III						
7		7	II						
6		6	I						
5		5	Kinder-garten						
4		4							
3		3			Fille mentalement arriérée				
2		2							
1		1							

puis vous assurer qu'il ne saura jamais faire autre chose que de s'y tenir assis. Or, cet individu quitte l'école vers l'âge de 14 ou 16 ans. Il n'a reçu aucun entraînement manuel, car il n'a jamais pu atteindre la 6ième année scolaire, et les travaux manuels ne sont enseignés qu'au cours de cette dernière année. Voici donc un individu qui ne connaît pas les outils et en ignore l'usage. Il s'essaie dans l'industrie, y subit un accident, entre en conflit avec la loi et avec la société. Il acquiert, en un mot, cet état mental bien connu du psychiâtre, qui

fait qu'il se suggestionne au point qu'il vient à se considérer comme totalement insuffisant et inférieur, c'est-à-dire qu'il présente ce que nous appelons un "inferiority complex". Il est reconnu, en psychologie, que tout individu éprouve le désir de briller dans une certaine sphère. Notre individu n'a jamais eu l'occasion de briller en quoi que ce soit; alors, il essaiera de briller là où un sujet présumé normal n'osera pas ou dédaignera de le faire; et le voilà aux prises avec les difficultés. Or, dans mon opinion, l'enseignement public a sa large part de responsabilité, dans un cas de ce genre. Ce sujet n'a eu aucune occasion de contracter de bonnes habitudes. Il n'a aucune préparation technique en vue de l'industrie et n'a pas l'entraînement nécessaire pour l'acquérir. Incidemment, il éprouve très peu de crainte envers Dieu et de respect envers la loi. L'Eglise a démontré que le catéchisme, enseigné dès le bas âge, reste longtemps inculqué. Il en est ainsi des bonnes comme des mauvaises habitudes: elles s'enracinent profondément si elles sont contractées dès les premières années de la vie. Je dis donc que l'école publique est un facteur très important dans tout ceci. Si vous doutez qu'elle puisse exercer une influence aussi prépondérante dans ces divers domaines de l'entraînement industriel, de la formation des bonnes ou des mauvaises habitudes, du respect de Dieu et des lois, essayez, pour vous en convaincre, d'enseigner à un enfant les règles de la division par une méthode différente de celle qu'emploie l'enfant qui fréquente l'école publique: votre petit élève vous déclarera vivement que "ce n'est pas ainsi que l'on fait, à l'école".

Il est évident que les responsabilités imputables à l'école publique sont immenses et que leur portée dépasse de beaucoup les simples principes de la pédagogie. Si chaque enfant n'occupe pas la place qui lui convient spécialement dans l'échelle de l'enseignement public, il ne reçoit pas un enseignement pédagogique répondant à ses besoins propres et, conséquemment, ne reçoit pas la formation industrielle ou l'entraînement intellectuel qui conviennent dans son cas. L'école publique a donc une immense responsabilité dans la formation des futurs citoyens.

Passons maintenant à une autre catégorie d'individus que l'on rencontre fréquemment dans nos écoles. Ceux-ci se placent au-dessus du niveau intellectuel du soi-disant arriéré mental, sans atteindre celui du présumé normal. Ils sont illustrés par les tableaux 4 et 5.

Le tableau No 4 est celui d'un sujet de 17 ans et 7 mois. Mentalement, il a 13 ans et 9 mois, d'après le test psychométrique. Son "quotient intellectuel" est estimé à 86. Ceci représente un mois de développement mental au-dessus de la moyenne démontrée par la Charte de l'Armée américaine lors de la dernière guerre mondiale. Notre individu, âgée de 17 ans et 7 mois, avait été admis dans la première année de l'Ecole primaire supérieure. Cette classe était d'au moins 5 ans trop avancée pour lui, étant données ses connaissances pédagogiques, tel que démontré par ce tableau.

M. D. Form A-101

⊖ — THE COMMONWEALTH OF MASSACHUSETTS — 1928

IV

DEPARTMENT OF MENTAL DISEASES

SCHOOL CLINIC RECORD

CORRELATION OF CHRONOLOGICAL MENTAL AND SCHOOL AGE

NAME Jennie C. DATE Sept. 1931 NO.

CHRONOLOGICAL AGE	I. Q.	MENTAL AGE	SCHOOL GRADE FOR PRESENT CHRONOLOGICAL AGE	SCHOOL GRADE WORK FINISHED					
				READING	ARITHMETIC	SPELLING	WRITING	GEOGRAPHY	LANGUAGE
17 7	86								
16		16	H. S. II						
15		15	H. S. I.						
14		14	J. H. S.						
13		13 9	VIII						
12		12	VII						
11		11	VI						
10		10	V						
9		9	IV						
8		8	III						
7		7	II						
6		6	I						
5		5	Kinder-garten						
4		4							
3		3							
2		2		Sujet admis dans la première année d'Ecole					
1		1		supérieure en septembre 1931.					

Le tableau No 5, est celui d'un sujet de 19 ans et 8 mois possédant le développement mental d'un sujet de 13 ans. Son "quotient intellectuel" est estimé à 81. Ce sujet a terminé la première année de l'Ecole primaire supérieure. D'après la méthode des écoles publiques, ses points sont les suivants:

Biologie: A

Anglais, Histoire et Mathématiques: B.

Il est gradué de l'Ecole primaire supérieure un an plus tard. Or, j'estime que ceci est une impossibilité totale, absolue. On a fait subir à ce sujet un examen pédagogique minutieux: tout ce qu'il a pu faire, en mathématiques, fut le travail demandé au début de la 6ième année. Cependant, cet individu est gradué d'une Ecole supérieure et détient un diplôme comme tel. La conséquence, c'est que des individus de cette catégorie entrent dans la société avec la conviction qu'ils sont en mesure de soutenir la concurrence avec tout autre gradué détenant un brevet analogue. Ils entrent donc dans

M. D. Form A-201

V

© — THE COMMONWEALTH OF MASSACHUSETTS — 1928

DEPARTMENT OF MENTAL DISEASES

SCHOOL CLINIC RECORD

CORRELATION OF CHRONOLOGICAL MENTAL AND SCHOOL AGE

NAME Harry F. DATE March, 1931 NO.

CHRONOLOGICAL AGE	I. Q.	MENTAL AGE	SCHOOL GRADE FOR PRESENT CHRONOLOGICAL AGE	SCHOOL GRADE WORK FINISHED					
				READING	ARITHMETIC	SPELLING	WRITING	GEOGRAPHY	LANGUAGE
19 8	81	13 0							
16		16	H. S. II						
15		15	H. S. I.						
14		14	J. H. S.						
13			VIII						
12		12	VII						
11		11	VI						
10		10	V						
9		9	IV						
8		8	III						
7		7	II						
6		6	I						
5		5	Kinder-garten	A la fin de la 1ière année de l'École pri-					
4		4		maire supérieure les points étaient les sui-					
3		3		vants:					
2		2		Biologie: A.					
1		1		~~Anglais, Histoire, Mathématiques: B.~~					

les entreprises commerciales ou industrielles, où on s'aperçoit bientôt qu'ils sont d'un niveau intellectuel inférieur aux autres: on les renvoie. Pour eux commencent alors les difficultés et les conflits de toutes sortes. Ils sont soumis à des examens ou, peut-être, appelés devant les tribunaux pour mauvaise conduite. Invariablement, ils vous diront qu'ils ont probablement un "inferiority complex". Il ne

m'est pas très difficile de comprendre pourquoi ils ont un "inferiority complex", pas plus qu'il ne m'est difficile de comprendre pourquoi on rencontre tant d'individus de cette catégorie dans la société. Je puis vous assurer qu'il y en a un nombre incalculable et, si vous en doutez, je vous conseillerai de suivre les programmes des vues animées et d'écouter ceux de la radio.

Des individus d'un niveau intellectuel au-dessus du présumé normal peuvent aussi présenter un "inferiority complex". On a des chiffres qui font frémir, basés sur des faits facilement contrôlables. Dans un collège très en vue et que je connais moi-même parfaitement, c'est la coutume, pour les "Freshmen" de se réunir au début de chaque année; le président adresse la parole et, au cours de son allocution, prédit à ses confrères que 33% d'entre eux échoueront aux examens du milieu de l'année. De fait, ils échouent. On les avait persuadés, à la maison, qu'ils pouvaient faire des études de collège tout aussi bien que n'importe qui. Les autorités du collège les avaient acceptés. Je prétends que si, parmi les élèves admis au collège au cours des prochains mois, on ne réussit pas à diminuer ce pourcentage, soit 33%, il y a quelque chose de radicalement mauvais dans le système d'admission de ces collèges.

En 1900, on trouvait 2% des élèves des écoles publiques dans les Ecoles supérieures. Actuellement il y en a de 16 à 18% dans plusieurs des Etats-Unis d'Amérique. Ceci ne peut vouloir dire que notre pourcentage d'intelligence a augmenté de 800 à 900%. Je ne crois pas qu'un seul pouce cube ait été ajouté à l'intelligence populaire par l'érection d'Ecoles supérieures au prix de un, deux et trois millions. Les deux-septièmes seulement de ceux qui entreprennent des études dans les collèges atteignent l'année de graduation.

Ceci pose devant nous le problème tout entier de la situation actuelle des écoles publiques et de leurs évolutions diverses. Que pouvons-nous faire sinon regarder le problème en face? Je ne crois pas que cela demande des méthodes expertes et très savantes de mythologie et de psycho-analyse pour comprendre ce problème, ni plus qu'une once de bon sens pour comprendre pourquoi ces sujets ont failli et pourquoi ils présentent un "inferiority complex", imputable non seulement à leurs habitudes et à leur éducation, mais à la société tout entière.

Je crois que la plupart des problèmes relatifs au niveau mental, dans les écoles publiques, ne sont pas très obscurs. Je suis assez convaincu, de par mon expérience, que le problèmes présentés par l'enfant considéré comme normal, ou l'enfant ordinaire ayant des

parents intelligents et disposés à coopérer, peuvent être facilement résolus et ne requièrent pas des visites répétées aux cliniques ou des excursions prolongées dans les dédales de la psycho-analyse. Nous avons, dans nos écoles, des enfants qui constituent réellement un problème, et ceci parce que les classes spéciales ne sont pas des endroits pour les enfants souffrant de psychose, d'épilepsie ou anti-sociaux. Ils n'y sont pas à leur place. Ils devraient être gardés séparément et recevoir des soins dans des institutions spéciales.

Mon plaidoyer, en tout ceci, vise donc à l'obtention de quelques améliorations très simples: d'abord, une augmentation de facilités, dans nos écoles spéciales, pour les sujets qui peuvent en bénéficier; ensuite, une classification plus sévère des arriérés mentaux au point de vue social, qui ne relèvent pas de l'enseignement public; enfin, les soins appropriés pour les épileptiques, les cas de psychose, les anti-sociaux ou délinquants. Que la société coopère et prenne soin du plus faible. Nous ne devons pas oublier que les règlements des écoles publiques ne pourvoient à la surveillance des enfants que durant 5 heures sur 24; ceci laisse 19 heures par jour pendant lesquelles ils doivent être confiés à une autre surveillance. Les écoles publiques peuvent faire leur part; nous devons cependant compter sur les églises, les sociétés de bienfaisance, les cliniques, les terrains de jeux contrôlés et les instituteurs convenablement formés. Si nous envisageons les faits et considérons les problèmes scolaires tels qu'ils se présentent à nous actuellement, au lieu de rêver d'une organisation idéale, si nous nous arrêtons devant des faits plutôt que d'envisager des utopies, je serai enclin à l'optimisme. Mais si nous ne modifions pas notre mode actuel d'enseignement et si nous n'assignons pas à chaque écolier la place qui lui convient, dans l'échelle scolaire, je deviens, alors, un pessimiste.

POSITION ACTUELLE DU PROBLÈME DE L'HYSTÉRIE.

Son Hygiène Mentale

Par Paul LARIVIERE,
Médecin de service de l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu, et
Médecin de l'Hôtel-Dieu.

L'hystérie, vieux problème de la psychiatrie, suit naturellement l'orientation de celle-ci. Lorsque la psychiatrie s'est orientée vers la psychologie l'hystérie l'a suivie. Aujourd'hui que la psychiatrie est de plus en plus portée à l'étude de l'organique, on tend de plus en plus à considérer l'hystérie comme une maladie ou du moins un syndrôme à base somatique. Par ailleurs, la vogue de l'hystérie a subi des hauts et des bas. Chacun sait qu'on a énormément parlé de cette névrose du temps de Charcot et que les travaux de Babinski ont semblé désintéresser les chercheurs pendant un certain temps; on entend dire encore couramment dans les milieux non spécialisés: "L'hystérie n'existe plus: c'est une maladie disparue, ou c'est un syndrôme complètement démembré." Lorsque Léon Daudet, par exemple, écrit: " A l'heure actuelle vous offririez dix mille francs pour avoir une hystérique dans un hôpital qu'on serait bien incapable de vous l'amener",(1) il exprime non seulement l'opinion d'un littérateur mais aussi celle de beaucoup de médecins.

Est-il donc vrai qu'il n'y a plus d'hystérie et qu'on n'en parle plus? "Il arrive toujours une époque, disait récemment Janet, où on s'enflamme pour un sujet, qu'on méprise ensuite pour passer à un autre mais auquel on reviendra". Janet parlait de l'hystérie "grande maladie névropathique, qui a toujours existé, qui existe encore, mais qui a provoqué l'attention des médecins pendant une certaine période de l'histoire."(2)

Eh bien! on y revient à cette grande question; il suffit de consulter les revues de neurologie et de psychiatrie de ces dernières années pour voir que l'hystérie est tout-à-fait à l'ordre du jour et qu'un peu partout on en parle.

---

(1) Etudes et milieux littéraires par Léon Daudet, p. 127.
(2) La force et la faiblesse psychologique, par Janet (Maloine), 1933.

Nous verrons tout-à-l'heure quelles sont les doctrines en présence; pour l'instant, sans vouloir faire une description clinique complète des symptômes hystériques qu'on trouve dans tous les traités [1], il nous semble bon de rappeler brièvement les symptômes classiques.

1°. — Le stigmates (hémianesthésie — anesthésie pharyngée — rétrécissement du champ visuel — hypéresthésie ovarienne, etc.). Ces fameux stigmates ont soulevé bien des discussions: pour Babinski, ils ne seraient qu'un produit de la suggestion du médecin et de l'auto-suggestion du malade. Il conseille d'éviter de les rechercher. D'autres auteurs (Janet, Chavany) [2], tout en reconnaissant que ces phénomènes ne répondent à aucune lésion organique du système nerveux central ou périphérique, en revendiquent l'existence indépendamment de toute suggestion puisque chez tous les hystériques on les retrouve plus ou moins. Ces stigmates seraient à retenir comme symptômes pouvant servir de signature à l'hystérie.

2°. — Les attaques hystériques évoluent sous deux formes: la grande attaque avec ses phénomènes prodromiques, sa période épileptique, sa période de contorsions et de clownisme, sa période des attitudes passionnelles et de délire. Plus souvent se voit la petite attaque, atténuation de la grande.

3°. — Les troubles moteurs: impotence, hémiplégie, paraplégie, les contractures, les spasmes et les tremblements.

4°. — Les troubles sensitivo-sensoriels.

Et si nous passons de la théorie à la pratique, comment à la clinique, de nos jours, se manifeste l'hystérie? Personnellement nous n'avons guère vu que de rares cas de crises convulsives hystériques, en l'espace de 6 ans, dans les centres psychiatriques. Ces attaques convulsives se déroulent avec plus ou moins de ressemblance à la petite crise hystérique des auteurs. Le plus souvent nous avons rencontré des tremblements, des paraplégies, des crises simulant la crise émotive, quelques tics, des cas d'anorexie, quelques cas d'astasie-abasie.

Dans un récent article[3] Péron, de la Salpêtrière, qui a une grande expérience des formes neurologiques de l'hystérie, citait les paralysies hystériques comme étant les plus fréquemment observées, puis il attirait l'attention sur l'hystérie convulsive, la catalepsie hystérique, toute la série des mouvements involontaires et les manifesta-

(1) Voir particulièrement la très bonne description de C. Vincent dans le tôme VI du traité de pathologie médicale par Sergent.

(2) Diagnostic des maladies simulées par Chavany (Baillière), p. 151.

(3) L'Hystérie, son rôle, sa clinique en neurologie contemporaine. Encéphale, av. 1933.

tions de l'hystérie viscérale dont l'anorexie. Citons également parmi les manifestations hystériques qu'on rencontre encore les cas d'amnésie. Marinesco, dans le même numéro de l'Encéphale, rapporte un cas d'amnésie rétrograde remarquablement étudié.

Pourquoi les formes cliniques de l'hystérie se sont-elles ainsi modifiées depuis un demi siècle? Comment doit-on envisager actuellement le problème de l'hystérie au point de vue étiologique et pathogénique? Tels sont les problèmes que nous envisagerons en étudiant les différentes théories qui sont actuellement en présence. Nous ne ferons pas une revue historique, ce qui serait dépasser les bornes de cet article; notons cependant que presque toutes les théories nouvelles étaient en germe dans les anciennes et que de vieux auteurs aujourd'hui oubliés ont eu comme une intuition, qu'on peut dire géniale, des théories étayées aujourd'hui sur les travaux d'anatomie pathologique et de physiologie.

Donc, où en son maintenant les recherches sur l'hystérie? Dans un paradoxe resté célèbre Lasègue déclarait: "L'hystérie n'a jamais été définie et ne le sera jamais." Nous verrons plus loin si les derniers travaux permettent de définir l'hystérie ou si nous devons renouveler l'aveu d'impuissance de Lasègue.

Du temps de Charcot l'hystérie était considérée comme une maladie neurologique. Les symptômes nerveux de l'hystérie étaient décrits minutieusement, bien qu'on ne pût trouver de lésions correspondant à ces symptômes. Charcot ne voulait pas étudier l'état mental de ses malades, se bornant à ce qu'il croyait être de la clinique très objective. Il ne se méfiait pas, entre autres, d'un phénomène capital: celui de la suggestion, ne se rendant pas compte que les sujets qu'il présentait comme hystériques étaient pour la plupart extrêmement suggestionnables et que les symptômes qu'il décrivait devant eux (ou que les malades apprenaient les uns des autres) étaient ensuite reproduits par eux, et de cette façon créés de toutes pièces par Charcot lui-même. En réalité, à la fin de sa vie, Charcot sous l'influence de ses élèves entrevit le rôle de la suggestion et admit que "l'hystérie est en grande partie une maladie mentale", mais il n'en continua pas moins à la considérer surtout du point de vue neurologique.

Le grand mérite de Babinski a été de mettre en valeur le rôle de la suggestion dans l'hystérie. Il montra que les symptômes neurologiques décrits par Charcot, comme les contractures, les crises convulsives étaient le fruit de la suggestion du médecin et de l'auto-suggestion du malade. Pour lui, du reste, la suggestion suffisait à expliquer l'hystérie qu'il définissait ainsi:

"L'hystérie est un état psychique spécial qui se manifeste principalement par des troubles qu'on peut appeler primitifs et accessoi-

rement par des troubles secondaires.

"Ce qui caractérise les troubles primitifs, c'est qu'il est possible de les reproduire par suggestion chez certains sujets, avec une exactitude rigoureuse et de les faire disparaître sous l'influence de la persuasion.

"Ce qui caractérise les troubles secondaires, c'est qu'ils sont étroitement subordonnés à des troubles primitifs."

Trouvant le vieux mot hystérie impropre, Babinski créa celui de pithiatisme (de *peitho,* je persuade, e *iátos,* guérissable, *pithiátos,* guérissable par persuasion). Donc, n'est pithiatique que ce qui peut être produit par suggestion. Cette définition restreint singulièrement le champ de l'hystérie. Tous les phénomènes décrits dans l'ancienne hystérie et qui ne répondent pas à la définition du pithiatisme sont attribués soit à des maladies organiques mal étudiées, soit à la simulation, soit à des erreurs d'observation ou d'interprétation.

La définition de Babinski a suscité, et suscite encore, quantité d'objections et de commentaires. Rappelons d'abord que Babinski a voulu se placer uniquement sur le terrain clinique et trouver un moyen pratique de délimiter l'hystérie dont le domaine avait été étendu indéfiniment. Il a, conventionnellement si on veut, défini le pithiatisme par des phénomènes qui cessent par suggestion et qu'on reproduit par suggestion. Il était libre de le faire. Au point de vue clinique, sa position reste et restera inattaquable.

Reste à savoir si le domaine de l'hystérie, ainsi rétréci au domaine du pithiatisme, n'est pas maintenant trop rétréci, — et si en dehors du pithiatisme il n'y a pas de phénomènes proprement hystériques, sur lesquels la suggestion n'est pas toute puissante, soit pour les produire, soit pour les faire cesser. Reste surtout la grande question de la pathogénie et de la physiologie. Et là nous pouvons dire que bien peu de neurologistes et de psychiâtres sont satisfaits par la définition de Babinski, celle-ci laissant en dehors toute considération pathogénique. Il est vrai que quelquefois Babinski a abandonné le terrain purement clinique, et a admis que dans l'hystérie il y a parfois de l'inconscience ou de la subconscience et même aussi de la simulation, mais il ne s'est jamais expliqué très clairement là-dessus, se retranchant toujours derrière sa définition du pithiatisme.

Tout le monde veut bien reconnaître la part de la suggestibilité, admettre même la définition du pithiatisme, mais il faut expliquer alors, 1° ce qu'il y a dans l'hystérie, en dehors de la suggestibilité, 2° ce qui rend cette suggestibilité possible. Admettre ces symptômes hystériques comme une névrose sine materia n'explique rien en effet. Il doit y avoir une cause à l'hystérie maladie mentale et il doit y avoir

une physiologie spéciale. Pourquoi telle personne est-elle susceptible d'avoir des crises convulsives hystériques, et telle autre des contractures hystériques?

La suggestion est un phénomène normal: tout le monde subit des suggestions. Pourquoi chez certains la suggestion est-elle assez puissante pour produire des phénomènes pithiatiques? Il doit y avoir une raison. Si vouloir expliquer l'hystérie par la suggestion, c'est comme nous le disions plus haut, restreindre arbitrairement son domaine, c'est aussi, il faut bien le reconnaître, ne pas résoudre non plus la question ainsi limitée, c'est seulement la reculer. La théorie de Babinski paraît donc doublement insuffisante.

C'est pourquoi de nombreux auteurs cherchent à expliquer l'état mental de l'hystérique, sa psychologie et même son anatomie pathologique.

Partant de cette idée que la suggestion n'est pas une explication en dernier ressort de l'hystérie, et du fait que dans certaines lésions extrapyramidales on observe des symptômes qui se produisent et qui disparaissent par suggestion, plusieurs cliniciens se sont engagés franchement dans les recherches purement organiques et ont essayé de faire entrer l'hystérie dans les syndrômes extrapyramidaux. Ils admettent une lésion histologique du néo-striatum ou un trouble fonctionnel. D'autres considèrent ces troubles ou ces lésions non comme cause mais seulement comme prédisposition à la suggestibilité. Pour Radovici en effet [1] "c'est sur le trajet de la voie extrapyramidale végétative qu'il se trouve un carrefour à la base du cerveau au niveau duquel la perturbation fonctionnelle de cause humorale, ou la lésion définitive de cause organique peuvent altérer l'état affectif mental et sensitivo-moteur pour déclancher les troubles hystériques vrais ou hystéroïdes".

Papastratigakis (d'Athènes) voit, lui, dans l'hystérie une association de débilité mentale et de débilité motrice [2] résultant d'un état d'hypertonie musculaire généralisée de provenance extrapyramidale.

Pour Kinnier Wilson [3] qui ne distingue pas entre le psychisme fonctionnel et l'organique, les symptômes de l'hystérie "sont aussi neurologiques que le signe de Babinski". L'hystérie s'explique par une absence de contrôle de l'activité motrice et sensitive supérieure. Réserve faite de la confusion du psychisme et de son mécanisme d'expression (ce que le professeur Bleuler appelle la "psychophobie" de

(1) Revue Neurologique 1930, Tome II, p. 1173.

(2) Hystérie et syndrome extra-pyramidaux. Encéphale, mai, 1928.

(3) Introduction à l'Etude de l'Hystérie, par Kinnier Wilson. (Proceedings of the Royal Society of Medicine, Londres, déc. 1930.)

Wilson), cette dernière théorie s'apparente, pour sa physiologie, à celle des réflexes conditionnels dont nous parlerons plus loin.

Il est certain qu'il semble difficile maintenant d'envisager l'hystérie sans se préoccuper du système extrapyramidal mais il est encore aventureux de vouloir lui assigner une place rigoureusement définie dans la nosologie, même comme syndrôme extrapyramidal. Ainsi que le faisait observer très justement Roussy, en réponse à Radovici, "il faut être très prudent et ne rapprocher telle ou telle lésion de tel ou tel signe clinique, qu'à la condition que ce rapprochement puisse être fait dans une proportion suffisamment grande de cas pour faire force de loi". Or, il est évident que les faits rapportés sont encore trop peu nombreux et que les lésions observées ne peuvent être données comme pathognomoniques de l'hystérie. Lorsque nos connaissances de la pathologie et de la physiologie du système extrapyramidal se compléteront, alors seulement on pourra voir si les hypothèses soutenues par les auteurs ci-mentionnés sont justifiables.

Continuant le mouvement récent qui cherche des explications physiologiques à l'hystérie, Pavlow a tenté dernièrement d'appliquer à l'hystérie la doctrine des réflexes conditionnels.[1]. Pavlow part de ce point que la faiblesse du système nerveux et la fragilité du cortex chez l'hystérique sont généralement admises. Chez le sujet normal le cortex ne libère que les centres sous-corticaux nécessaires pour le comportement normal. Par contre l'inhibition de l'écorce induit l'excitation de l'activité sous-corticale. Par conséquent, chez l'hystérique, la faiblesse des centres corticaux prédispose à leur inhibition et cette inhibition induit les centres sous-corticaux et libère les automatismes. De même les centres sous-corticaux chargent fortement les points correspondants de l'écorce, et à cause de la faiblesse de celle-ci, provoquent tout autour une inhibition, d'où le manque de contrôle, l'impulsivité, l'émotivité de l'hystérique.

Pour Pavlow, l'activité nerveuse supérieure dépend: 1°—des centres sous-corticaux "première instance des relations complexes avec le milieu". 2° —des hémisphères cérébraux (moins les lobes frontaux) qui "assurent la possibilité des adaptations déjà très fines aux conditions de la vie". 3°—des lobes frontaux dont le système supérieur de signalisation "donne la possibilité d'une orientation infinie dans le monde environnant et crée enfin l'adaptation suprême de l'homme, la science".

---

(1) Pavlow. — Essai d'une interprétation physiologique de la symptomatologie de l'hystérie. —Encéphale, avril, 1933.

Voir également le résumé de Meignant: les réflexes conditionnels. Encéphale, nov. et déc. 1932. Meignant passe en revue les mécanismes principaux de l'activité conditionnelle: excitation, inhibition, induction.

"Après ces considérations, il nous semble tout à fait légitime de parler au point de vue physiologique des troubles de la synthèse psychique dans l'hystérie. A la place d'un fonctionnement coordonné de nos trois systèmes de réactions, nous avons dans l'hystérie leur désunion, la disparition plus ou moins complète de leur hiérarchie naturelle, laquelle hiérarchie constitue notre personnalité saine, l'intégrité de notre moi."

La conception physiologique de Pavlow est très séduisante et féconde au point de vue pratique.

Marinesco, contrairement à ce qu'on a voulu lui faire dire, n'admet pas, comme son collaborateur Radovici, de lésions microscopiques dans l'hystérie. Il appuie son opinion sur le fait que les phénomènes hystériques sont réversibles, tandis que des troubles relevant de lésions extrapyramidales ne disparaissent que d'une façon passagère.[1] Les lésions organiques du système extrapyramidal peuvent favoriser l'éclosion des accidents hystériques, en prédisposant à la suggestibilité et en fixant plus facilement les réflexes conditionnels d'ordre pathologique. Mais Marinesco rattache, en dernière analyse, l'hystérie aux troubles de la personnalité, et insiste sur ce point dans chacun de ses travaux. "L'hystérie a des racines profondes dans la nature humaine et relève de la personnalité de l'homme."[2]

Cet antagonisme entre cortex et centres sous-corticaux n'est pas sans analogie avec l'antagonisme entre vague et sympathique. Mais il ne faudrait pas penser que tout est trouvé et que tous les modes d'expression du psychisme sont expliqués par cette opposition: qu'on se rappelle toutes les mésaventures de l'opposition trop rigoureuse du vague et du sympathique. Mais, comme les auteurs le font remarquer, cette conception physiologique de l'hystérie va plus loin que la conception du pithiatisme qui est purement clinique.

Mourgue et Monakov[3] dans leur ouvrage où les névroses sont étudiées synthétiquement et considérées, comme tous les troubles mentaux et neurologiques, dans leur rapport avec la biologie, ont des vues très intéressantes mais dont l'exposé dépasserait les bornes de cet article. Disons seulement que pour eux, les névroses doivent être rattachées à la sphère des instincts, dont les troubles sont apparentés aux troubles de la fonction régulatrice et de la barrière ecto-mésodermique, et tout spécialement aux troubles du système des plexus choroïdes-rideauglial.

---

(1) Journal de Neurologie, 1er janvier 1932. L'Hystérie et les réflexes conditionnels. Revue Neurologique, juin, 1931.

(2) Interprétation physiologique de l'hystérie. Encéphale, nov. 1933.

(3) Introduction biologique à l'étude de la neurologie et de la psychopathologie, par Mourgue et Monakov (Alcan, 1928).

De leur côté le professeur Claude et Baruk dans leurs travaux sur l'atteinte du psychisme volontaire ont étudié le processus psychomoteur de l'hystérie[1] et ont tenté un essai nosographique par le rapprochement de l'hystérie et de certains états voisins.

Claude,[2] après un exposé du déséquilibre mental des hystériques où domine la suggestibilité et les troubles de l'émotivité auxquels on peut ajouter certains éléments secondaires comme les tendances mythomaniaques, les réactions perverses etc., passe en revue les différentes formes cliniques des hystériques. Ce sont la crise nerveuse et les phénomènes d'activité propre du moi tendant à réaliser en quelque sorte une vie distincte: comme le somnambulisme naturel, les crises de sommeil, la catalepsie, les crises d'anéantissement, les crises d'amnésie totale, les manifestations confusionnelles, et les psychoses hystéro-émotives. Claude se demande ensuite ce qui dans ces manifestations est propre à l'hystérie, et il arrive à la conclusion que la manifestation hystérique "nécessite de la part du sujet un état constitutionnel qui lui permet de dissocier certaines fonctions et certaines représentations mentales, de les isoler de l'activité psychique et de les fixer sans aucun effort conscient". Mais ce processus de dissociation de la personnalité n'est pas propre à l'hystérie, il se retrouve également dans plusieurs états voisins en particulier dans la psychasthénie et dans la schizophrénie,[3] et dans beaucoup d'états intermédiaires. Claude propose de réunir ces différents états sous le nom de schizoses.

La dissociation des activités fonctionnelles est donc le caractère constant des schizoses. Dans l'hystérie cette dissociation serait passagère et dans la schizophrénie, permanente, ce qui expliquerait qu'il y ait tant de schizophrènes qui au début passent pour des hystériques.

Comment se fait cette dissociation des activités fonctionnelles dans l'hystérie? Claude et Baruk admettent eux aussi une perturbation physiologique portant sur le contrôle des voies extrapyramidales mais les phénomènes sont purement dynamiques, superficiels, et comme ils sont sous la dépendance d'un complexe émotif ou affectif à caractère d'inhibition fonctionnelle, ils peuvent être facilement modifiés

---

(1) Crise de catalepsie. Leur diagnostic avec le sommeil pathologique. Leurs rapports avec l'hystérie et la catatonie. Encéphale, mai, 1928.

(2) L'Hystérie par Claude. Encéphale, juin 1932.

(3) Forme particulière de démence précoce sans affaiblissement notable de l'intelligence.

par la suggestion. Dans un travail récent(1) sur les variations spontanées et expérimentales de la chronaxie vestibulaire(2) au cours de la catalepsie dans l'hystérie, Claude et ses collaborateurs sont arrivés à cette conclusion que "tous les stades évolutifs et régressifs de désagrégation mentale peuvent être suivis pas à pas au point de vue physiologique, grâce à la chronaxie vestibulaire: celle-ci étant augmentée dans les stades légers, abaissée dans les stades plus accentués. Cela prouverait que dans certains cas d'hystérie il existe bien véritablement un état fonctionnel pathologique, contrairement à certaines doctrines qui voient dans l'hystérie une simulation ou une activité de jeu."

Comme on le voit, il y a chez Claude le souci de placer l'hystérie dans un cadre nosographique, ce qui n'exclut pas, au contraire, les explications physiologiques. Evidemment, là non plus ne se trouve pas le mot de l'énigme, mais même considérée comme une hypothèse la notion des schizoses est précieuse en pathologie mentale surtout dans les associations si fréquentes d'hystérie et d'autres psychoses.

La plus vieille théorie de l'hystérie est celle d'Hippocrate qui donna le nom à la maladie: théorie admettant comme principal facteur pathogénique la compression de l'utérus par les parties avoisinantes, cette compresion produisant les troubles décrits sous le nom d'hystérie. Si nous rappelons cette vieille théorie qui a connu une vogue presque ininterrompue c'est que le freudisme aujourd'hui l'a remise à l'ordre du jour(3).

En effet pour Freud et son école l'hystérie est due à un refoulement de l'instinct sexuel ou libido(4). Nous supposons connue la théorie générale de Freud et nous résumons simplement ses conceptions touchant l'hystérie. Freud part de l'hypothèse que l'instinct sexuel, compressible chez les sujets normaux, voit chez les sujets exposés aux névroses son refoulement échouer partiellement sous l'action d'un choc émotif, jouant le rôle de cause occasionnelle. L'instinct ainsi libéré en partie, se satisfaira d'une manière détournée dans les phénomènes

---

(1) Essai sur les variations spontanées et expérimentales de la chronaxie vestibulaire au cours du sommeil catatonique et de la catalepsie dans l'hystérie, dans la catatonie et dans l'hébéphrénie, par Claude, Bourguignon et Baruk. Annales Médico-psychologiques, décembre 1932.

(2) Voir pour des notions sur la chronaxie, l'article de Bourguignon dans le tome XVIII du nouveau traité de médecine de Roger et Widal.

(3) "La psychanalyse orthodoxe n'admet pas de facteur pathogénique décisif en dehors de la sphère génitale, aussi large qu'il est possible de la concevoir, nous en convenons, mais qui ne peut être sans rapports étroits avec les organes génitaux *sensu stricto*". — Introduction biologique à l'étude de la Neurologie et de la psychopathologie par C. V. Monakov et R. Mourgue, p. 243.

(4) On consultera avec profit dans l'Encéphale d'avril, 1933, l'article de Lowenstein et Parcheminey sur la conception psychanalytique de l'hystérie.

hystériques. Il s'agit d'une sorte de conversion "véritable déviation dans le physique d'éléments affectifs psychiques non liquidables par la voie normale"[1], conversion rendue possible par cette sorte de force dynamique que constituent les instincts refoulés, c'est-à-dire plus précisément la sexualité.

La mise en lumière par la méthode psychanalytique de la déviation de l'instinct sexuel mal refoulé qui se manifeste dans les symptômes hystériques fait retrouver le trauma initial. La guérison des symptômes s'ensuit naturellement et les psychanalistes tirent un argument doctrinal de la valeur thérapeutique de la méthode.

Admettant tout cela pour un instant, nous sommes en droit de nous demander d'abord comment un syndrome physique peut survenir à la suite d'un conflit psychique? Comment, selon l'expression de Freud lui-même, peut se faire "ce saut mystérieux du psychique dans le physique". Freud pense bien qu'il doit y avoir un fondement organique à l'hystérie. Il se défend d'avoir une conception purement psychologique; seule sa méthode est psychologique, dit-il. Tout symptôme corporel a besoin au début "d'un appoint organique qui pourrait servir de substratum, de prétexte si l'on peut dire, à un faisceau d'éléments affectifs, véritable complaisance somatique selon son expression"[2] La fonction sexuelle qui intervient comme la force motrice des symptômes a certes un caractère organique. En fin de compte le problème relève donc de la physiologie, et la théorie de Freud ne le résout pas. elle ne fait que le poser à sa façon. Cette façon-là, rallie-t-elle tous les suffrages des psychiâtres? Elle en est loin, et il serait même amusant de faire une réfutation du freudisme à l'aide des arguments fournis par les "schismatiques" et en particulier par Stekel[3].

C'est qu'en réalité, la théorie de Freud repose sur des hypothèses. Pour les croyants ce sont des dogmes, mais à ceux qui ne sont pas touchés par la grâce le système paraît singulièrement faible. Les preuves historiques et physiologiques manquent. "La reconnaissance de l'importance des processus biologiques et morphologiques font totalement défaut à Freud de même que le concept de la vie et de la maladie est, chez lui, incomplètement élaboré."[4]

---

(1) Loewnstein & Parcheminey, Art. cit. p. 324.

(2) Loewenstein & Parcheminey, p. 326.

(3) L'évolution, les méthodes et les dangers de la psychanalyse par Wilhelm Stekel. Le Bulletin Médical, 5 et 12 nov. 1932.

(4) Monakov et Mourgue, op. cit. p. 249.

Et même les guérisons que la psychanalyse obtiendrait par la mise à jour du conflit inconscient ne sauraient être des preuves de la vérité de la doctrine . Supposons qu'on révèle à l'hystérique un conflit inconscient comme étant la cause de son mal, et qu'on lui dise qu'en prenant connaissance de ce conflit inconscient il pourra réfléchir, discuter et trancher le conflit, ne peut-on objecter que cette prise de conscience donnée comme remède agit simplement par suggestion? On affirme au malade qu'en affrontant son conflit caché il en triomphera. N'est-ce pas par un mécanisme identique qu'en "torpillant" un malade Vincent suggérait que le courant électrique était la cause de la guérison?

Il ne faut pas oublier que le psychanalyste opère sur des malades extrêmement suggestionnables chez qui on peut trouver tout ce qu'on y cherche; Charcot cherchait des symptômes neurologiques: il les trouvait. Freud recherche les complexes: il les trouve également.

La part la plus louable de la théorie de Freud sur l'hystérie est sa mise en relief de la notion de trauma affectif, à la suite duquel se développe l'hystérie.(1)

Nous n'insisterons pas sur l'opinion rattachant l'hystérie à la mythomanie (Dupré). Pour cet auteur, l'hystérie ne serait qu'un aspect, une sous-variété de mythomanie. L'hystérie serait "la mythomanie des syndrômes". Sans doute, tous les auteurs font place au déséquilibre imaginatif de la plupart des hystériques, mais en somme, c'est tout de même un syndrôme de second ordre et la notion de "mythomanie" n'est retenue que comme cause occasionnelle.

Même remarque ceux qui assimilent les hystériques et les simulateurs plus ou moins conscients. Il peut y avoir des simulateurs parmi les hystériques, mais ceux-ci ne se distinguent pas essentiellement des simulateurs des autres psychoses. Du reste ce ne serait que reculer la question. Pourquoi voit-on ces phénomènes chez les hystériques? Et d'autre part il y a trop d'hystériques indubitables chez

(1) Jusqu'ici nous n'avons pas parlé spécialement du rôle de l'émotion dans le déclanchement de l'hystérie parce que malgré toute l'importance qu'elle peut avoir, elle ne peut être retenue que comme cause occasionnelle (de même que la mythomanie). Cependant, chaque auteur s'en est occupé soit pour lui dénier toute importance, soit pour la mettre au premier plan. Il semble bien que l'opinion de Babinski sur le rôle négatif de l'émotion dans la genèse de l'hystérie soit trop absolue. La majorité des auteurs contemporains, Claude, Pavlow, Tinel, Janet, Freud, font une large part à l'émotion, qu'elle soit unique et forte ou faible mais multiple.

qui on ne relève pas la constitution mythomaniaque (L'hystérie de guerre en a montré beaucoup).(1)

Si nous voulons avoir une analyse complète des mécanismes psychologiques de l'hystérie c'est chez Janet que nous la trouverons. (2) Sa théorie de l'hystérie se rattache à ses théories générales du comportement humain exposé depuis quarante ans dans ses ouvrages et dans ses cours au Collège de France. Pour lui l'hystérie est essentiellement une conduite spéciale, c'est une manière de réagir de l'organisme. "Elle est due à l'équilibre instable de la force psychologique" Janet admet le rôle de la suggestion mais il soutient, contre Babinski, qu'elle n'explique rien et que c'est remplacer un terme obscur par un autre qui ne l'est pas moins. La suggestion pour Janet est une maladie de la croyance, mais ce qui montre que la croyance ou suggestion n'est pas tout dans l'hystérie ce sont les phénomènes d'équivalences: très souvent, quand on a corrigé par suggestion un trouble (mutisme, contracture) chez un hystérique, on en voit apparaître un autre. C'est que chez tous les hystériques il y a une faiblesse, une asthénie fondamentale que Janet résume d'une expression restée fameuse "le rétrécissement du champ de le conscience". Ces malades sont des esprits rétrécis "qui ne peuvent pas faire attention à beaucoup de choses, qui ne peuvent pas faire des opérations psychologiques supérieures sur beaucoup de choses". Le rétrécissement du champ de la conscience est dû à une sorte d'hypotension psychologique et a pour conséquence la libération fonctionnelle des automatismes. C'est grâce à cette libération que les fonctions sont ainsi isolées de la synthèse psychique et qu'un bras paralysé peut, par exemple, sembler oublié par le reste de l'organisme.

Janet a souligné avec clarté le tort de Charcot de vouloir faire de l'hystérie une maladie distincte, d'en faire quelque chose de statique alors qu'en réalité elle est essentiellement dynamique. Et quand bien même, on trouverait "une lésion de la base de l'encéphale, une lésion du trajet extrapyramidal, une lésion du foie, des glandes endocrines ,etc..." cela ne changerait en rien l'opinion de Janet, car quelle que soit la cause organique ou physiologique invoquée, il resterait à expliquer la conduite et le comportement de l'hystérique, en un mot sa psychologie.

---

(1) Notons en passant que cette théorie de l'hystérique simulateur ou semi-simulateur est équivoque au point de vue médico-légal. Si l'hystérique est un simulateur, il y a responsabilité pénale (Claude).

(2) Les opinions de Janet sur l'hystérie vont en se développant dans tous ses ouvrages, spécialement dans son livre sur "l'état mental des hystériques" (Alcan) et dernièrement dans son livre sur "La force et la faiblesse psychologique" (Maloine), texte des cours faits au Collège de France en 1930.

La théorie de Janet, comme on le voit, laisse le champ libre à toute investigation du côté physiologique et même organique et a rencontré l'approbation de physiologistes comme Pavlow et Monakov: théorie extrêmement féconde et sans doute celle qui s'approche le plus des phénomènes hystériques considérés au point de vue psychologique.

Toutes ces théories sont-elles aussi opposées les unes aux autres qu'on l'a prétendu? l'aveu d'impuissance à définir l'hystérie de Lasègue doit-il être retenu?

Il semble plutôt que chaque auteur ait voulu, intentionnellement ou non, étudier un seul côté de la question. L'étude de chacun a été profitable et a fait avancer la pathogénie de l'hystérie. Quelques-uns sans doute on cru que leur point de vue excluait les autres et les rendait inutiles, et c'est là le défaut de leur théorie. Si le dernier mot sur l'hystérie n'a pas été dit (et en cela, le problème de l'hystérie est comme tous les problèmes de la pathologie générale) nous pouvons voir que de grands progrès ont été réalisés depuis Charcot.

Nous pouvons retenir le pithiatisme de Babinski comme un moyen clinique pratique pour dépister parfois l'hystérie et l'empêcher de se confondre avec d'autres maladies organiques et avec la simulation. Le rôle de la suggestion est à ne pas perdre de vue, ne serait-ce que pour mettre les médecins en garde contre les erreurs grossières qu'elle peut causer. Cependant le démembrement qu'en a fait Babinski ne doit pas nous rendre absolument sceptique à l'égard de l'existence de l'hystérie. Babinski a détruit la superstructure de l'hystérie, mais le terrain, ou la constitution, ou la lésion qui permettent le développement des troubles qualifiés hystériques existent toujours, c'est la meilleure preuve que cette maladie est une réalité et non une construction de l'esprit. Donc, en dehors de la suggestion, il faut bien faire leur place aux processus physiologiques. "Que la physiologie de ces malades soit une réalité très spéciale, comme le faisait observer Tinel (1), c'est incontestable, mais la physiologie

(1) Hystérie, pithiatisme par Babinski. Bulletin et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris, 16 novembre, 1928 (Discussion par Tinel).

des hystériques si variable, si capricieuse et si influençable qu'on l'imagine, n'en est pas moins de la physiologie", et c'est cette physiologie spéciale que Pavlow et Marinesco ont abordée dans leur théorie des réflexes conditionnels.

Nous ne pensons pas qu'on décrive jamais des lésions organiques spécifiques de l'hystérie. Dans tous les cas, nous pouvons affirmer contre Radovici et Papastratigakis qu'actuellement rien ne nous permet de conclure à une lésion organique spéciale. Mais il faut retenir le rôle très important des lésions du système extrapyramidal qui sembleraient prédisposer à la suggestibilité et tendraient à libérer les activités automatiques.

Claude et son école, avec leur théorie psychophysiologique de dissociation plus ou moins permanente ou plus ou moins profonde des activités fonctionnelles, a montré que l'opposition considérée longtemps comme irréductible entre les affections organiques, c'est-à-dire localisées et destructives, et les affections fonctionnelles, n'est pas absolue. En rapprochant l'hystérie d'états voisins (schizophrénie, psychasthénie) il a tenté une belle synthèse (les schizoses) et a mis en relief le côté dynamique des manifestations hystériques.

Enfin il y a à considérer dans l'hystérie, outre le problème physiologique, les problèmes psychologiques. C'est à ceux-ci que se sont attaqué Freud et Janet. Freud a rattaché l'hystérie à sa théorie du refoulement de l'instinct sexuel, et Janet à sa théorie de la tension psychologique et de ses perturbations, cette dernière théorie étant sans nul doute la plus féconde. Ils se sont accordés d'ailleurs pour soutenir le rôle de l'émotion dans la pathogénie, et ont prouvé que la psychologie de ces malades est bien sujette à des troubles, quel que puisse être d'ailleurs le substratum physiologique ou organique de l'hystérie.

Quel est l'avenir de l'hystérie? La quasi unanimité des neurologistes et des psychiatres se refusant d'assimiler l'hystérie à la simulation ou à la demi-simulation, et orientant leurs recherches vers la physiologie et la psychologie spéciales des troubles hystériques, on peut présumer que les recherches aboutiront à décrire d'une façon de plus en plus précise la pathogénie de l'hystérie. En tout cas, il semble bien que désormais on ne puisse se contenter d'une solution unilatérale, et que si l'on veut arriver à une connaissance aussi "approximative" que possible de l'hystérie, il faille clore ce vieux débat du spiritualisme et du matérialisme, et admettre qu'il n'y a pas antinomie entre les données physiologiques et les données psychologiques du problème, mais probablement un accord profond dont le mystère n'est pas percé. Le sera-t-il jamais? Toutes nos découvertes n'ont encore

abouti qu'à cette constatation que "la substance même de l'esprit qui toujours échappe à nos prises et fuit insaisissable est d'une tout autre qualité que la matière dont est fait le cerveau".(1)

Mais sur ce terrain là, ce n'est plus la seule question de l'hystérie qui est en suspens, on aborde l'immense problème des rapports de la matière et de l'esprit.

Nous ne voulons pas terminer cet article, destiné à un numéro de l'Union Médicale consacré spécialement à l'Hygiène Mentale, sans dire quelques mots de l'hygiène mentale de l'hystérie. Il s'agit là uniquement de pratique sans doute, mais cependant les notions pathogéniques ont un rôle à jouer, en ce sens qu'on doit admettre les conceptions en présence et tenter les diverses prophylaxies qu'elles suggèrent.

Il y a lieu de considérer la prophylaxie à l'usage de ceux qui ont un terrain propre à l'éclosion de l'hystérie et l'hygiène mentale de ceux qui font des accidents hystériques.

La prophylaxie pour les prédisposés est celle de toutes les névroses.(2) Education de l'émotivité d'abord, non pas en ce sens qu'on pourra changer la constitution de l'émotif, mais qu'on devra éviter aux émotifs les émotions trop fortes et les chocs affectifs violents ou les petites émotions répétées trop souvent.

Education de l'affectivité, prise au sens large du mot, c'est-à-dire au sens de psychologie des sentiments. Eduque-t-on l'affectivité? Nous naissons avec de fortes tendances affectives c'est vrai, mais on peut certainement influer beaucoup sur les sentiments d'un enfant. A moins d'avoir affaire à un pervers constitutionnel, on parvient à développer des sentiments nouveaux et à endiguer des sentiments qui risqueraient d'orienter l'affectivité dans un sens pathologique. Combattre donc autant que possible, les tendances à l'autisme qui favorisent les dissociation psychiques, combattre également les tendances mythomaniaques et les débordements de l'imagination, toujours nuisibles, même si on n'admet la mythomanie que comme une cause occasionnelle et secondaire de l'hystérie.

La prophylaxie des manifestations hystériques chez ceux qui en ont déjà fait consiste, en plus des conseils généraux donnés plus haut,

(1) Le lobe frontal par Lhermitte. Encéphale, janv. 1929.
(2) Hygiène mental par Potet (Le François, 1926).

en la mise en œuvre des moyens psychothérapiques et même thérapeutiques (tous les médicaments susceptibles de modifier l'énergie) les plus aptes à augmenter l'équilibre de l'énergie psychologique des hystériques qui est si variable. Pour cela, le repos, l'isolement, les médications reconstituantes du système nerveux, en particulier le vieux glycérophosphate de magnésie, trop dédaigné de nos jours, seront les moyens les plus efficaces.

Il ne faut pas oublier également l'éducation à faire de l'entourage immédiat de l'hystérique, notamment des parents, (Péron insiste sur ce point). Ceux-ci par leur maladresse, leur apitoiement intempestif créent une atmosphère absolument défavorable au bon équilibre affectif du malade. On ne saurait trop insister. Très souvent le médecin trouvera un obstacle insurmontable dans la mauvaise volonté ou l'incompréhension totale des parents de l'hystérique.

Enfin il est logique de penser à rechercher les maladies qui peuvent causer des lésions du système extrapyramidal, en particulier l'encéphalite, si on admet que de telles lésions peuvent prédisposer à la suggestibilité pathologique et à l'hystérie. Un examen méticuleux révèlera souvent chez des hystériques une atteinte fonctionnelle ou organique du système extrapyramidal et le traitement des états post-encéphalitiques serait justifiable.

En terminant, disons quelques mots au sujet de la psychanalyse dont on fait grand cas dans certains milieux. Comme prophylaxie névropathique, que faut-il en penser? Qu'on admette les doctrines de Freud ou non, nous pouvons affirmer nettement que cette méthode s'est montrée d'un maniement trop délicat, trop inefficace et souvent trop pernicieux, même entre les mains de psychanalystes habiles et honnêtes (et Dieu sait si, à côté de ceux-là, il y a des maladroits et des exploiteurs) pour qu'on puisse la conseiller.

L'ÂGE ET LES ÉMOTIONS

Par Katharine M. Banham BRIDGES,
Assistant Professeur de Psychologie à l'Université McGill;
Docteur en Philosophie de l'Université de Montréal

La Faculté de Médecine de l'Université McGill s'intéresse de plus en plus aux problèmes difficiles que suscite l'étude du système nerveux humain, aussi bien dans ses fonctions normales que dans sa pathologie. Le corps et l'esprit travaillant ensemble, il est important de bien connaître les mécanismes qui sont à la base des fonctions de chacun afin d'être mieux renseigné sur les obscurités de l'un ou de l'autre. La psychologie est devenue un complément nécessaire et même essentiel de l'éducation médicale. Des facilités étonnantes ont été créées en vue de la recherche en neurologie et en psychiâtrie aux hôpitaux généraux et au "Mental Hygiene Institute"; les mêmes facilités existent en ce qui concerne la psychologie à l'ancien "McGill Nursery School" et au "Montreal Foundling Hospital". D'autres avantages en vue de la recherche en ce sens seront sûrement accordés à ceux qui travailleront au "Montreal Neurological Institute".

Pendant que les docteurs Beattie, Brow et Long découvraient de nouveaux centres de l'activité émotive au niveau des ganglions de la base du cerveau, l'auteur étudiait le développement progressif de la conduite émotive chez les jeunes enfants. Cette investigation a permis l'observation de plusieurs faits intéressants tandis que de nouvelles théories prirent naissance.

Il semble très clair que les émotions ne sont pas simplement innées, véritables formes primitives de l'état dans lequel nous tombons durant nos mauvais moments, mais qu'elles se développent avec nous. Il existe des réactions émotives caractéristiques de l'âge où elles apparaissent. L'homme adulte ne crie plus, ne donne plus de coups de pieds, ne lutte plus vigoureusement quand les draps de son lit serrent trop ses bras, comme il l'eût fait lorsqu'il avait trois ou quatre mois. Le petit garçon de neuf ans ne serre pas ses lèvres de dépit lorsque tombe la cote d'une certaine valeur, mais ce geste est constant chez le spéculateur. Aux différents âges de la vie, les situations inquiétantes ou stimulantes où nous nous trouvons donnent naissance à des émotions. La même émotion provoquera, selon l'âge où elle

survient, des réactions différentes. Le bébé, effrayé, demeure immobile à l'endroit où il tombe; le jeune enfant, terrifié, pousse un cri perçant et se met à courir, tandis que l'adulte, tremblant et essoufflé, cherche dans la fuite la protection contre l'objet de sa terreur.

Il est vrai que deux individus ne se comportent pas identiquement dans la même situation, pas même les bébés que nous avons observés au "Foundling Hospital", bien que ceux-ci soient élevés ensemble et dans les mêmes conditions. Les réactions émotives et la cénesthésie qui les accompagne dépendent jusqu'à un certain point de la constitution physique, de l'état de santé et de l'excitabilité du système nerveux de l'individu. Un enfant pousse des cris perçants de colère lorsque sa bouteille glisse de sa bouche alors qu'un autre du même âge restera couché paisiblement en contemplant passivement les ombres sur le plafond, espérant que quelque marraine féerique replacera la tétine dans sa bouche. Cependant, malgré ces différences individuelles très faciles à observer, l'étude approfondie des réactions émotives des bébés et des jeunes enfants nous enseigne que la plupart des enfants réagissent à peu près de la même manière selon l'âge qu'ils ont. On peut expliquer cette remarque facilement en soulignant le fait que la plupart des enfants subissent la même routine quotidienne et qu'ils ont les mêmes contacts avec l'ambiance. Tous doivent être nourris, lavés et mis au lit. Ils sont dorlotés par leurs parents ou leur bonne; on leur parle de la même manière; il leur arrive fatalement de se frapper la tête et de se pincer les doigts et ils doivent tous abandonner quelque jouet chéri lorsqu'arrive l'heure du coucher. De plus, à mesure que les muscles se développent, les sensibilités deviennent plus subtiles, selon les lois du développement physique qui sont communes à l'espèce. Plus tard, les enfants vont à l'école; ils travaillent et jouent ensemble. Ainsi, en dépit de leurs idiosyncrasies constitutionnelles, ils passent, pour la plupart, par les mêmes stades de développement émotif, tout comme ils se développent en habileté et en intelligence. Si l'expression émotive change progressivement avec l'âge et si de nouvelles situations viennent provoquer de nouvelles réactions émotives, il n'en reste pas moins admis que les émotions elles-mêmes évoluent assez lentement au cours du développement général. Le nouveau-né n'éprouve ni dégoût, ni tristesse, ni fierté. Il n'y a pas chez lui de distinctions émotives subtiles. Il ne connaît que des degrés différents d'excitation ou d'agitation; le reste n'est que paisible tranquillité.

Ainsi, la première émotion de la vie est l'excitation diffuse, qui est exprimée par des mouvements violents et involontaires, par une accélération de la respiration et par des cris. Presque toute nouvelle situation, subite, ou intensément stimulante, provoquera cette réaction émotive: le soleil qui brille dans les yeux, des bruits violents, l'angoisse de la faim, ou même la simple pression de la tétine sur la langue. Dans un délai d'une ou de deux semaines, l'émotion bien définie de souffrance fait son apparition. Elle diffère de l'agitation confuse dont nous venons de parler. Au cours de cette réaction émotive, le bébé pousse un cri aigu, respire rapidement et bruyamment, contracte fortement ses orbiculaires des paupières, se crispe, et son agitation se traduit par des mouvements saccadés. Plus tard, vers l'âge de deux à trois mois, l'enfant montre des signes de joie. Des sourires timides apparaissent, les yeux et la bouche restent ouverts sans que les muscles de la face soient tendus. C'est là la réaction qui survient à la suite d'expériences agréables, telles que: être nourri, soigné, caressé ou bercé.

A l'âge de trois ou quatre mois, le bébé commence à faire de véritables colères lorsque ses désirs sont contrariés ou qu'il n'est pas satisfait. A ce moment, sa mère peut déjà lui rappeler les expériences agréables d'être nourri ou bercé. Il commence à sentir la faim, les muscles de son dos et de ses bras se contractent, et il esquisse le geste de se lever, du moins, il tend presque les bras. Il sourit de satisfaction. Si toutefois sa mère le regarde sans répondre à son désir d'être pris, l'enfant se met à crier et manifeste sa colère par des coups de pieds vigoureux et par des mouvements saccadés des bras, tandis que ses yeux s'emplissent de larmes et que sa figure s'empourpre. Ce mode d'expression de la colère continue pendant quelques mois.

Un bébé de sept mois crachera, toussera et étouffera de dégoût devant quelque aliment désagréable, alors qu'à trois mois il aurait simplement détourné la tête avec indifférence, ou aurait craché l'aliment détesté. Jusqu'à l'âge de deux ou trois ans, les stimulants désagréables à la vue ne l'impressionnent pas. A l'âge de sept mois, l'enfant a acquis suffisamment d'expérience pour distingueur entre ce qui est courant et ce qui est exceptionnel, entre les faits prévus et les faits inattendus. A ce moment, il peut exprimer l'émotion de crainte. A l'approche d'un étranger, il s'immobilise et garde le silence; il fixe le visiteur avec méfiance, puis détourne la tête, comme s'il pouvait ainsi déplacer l'objet embarrassant.

Vers 7 ou 8 mois, l'enfant éprouve un plaisir particulier à s'imposer de petites corvées, par exemple, à atteindre une crécelle à sa portée. Il est transporté de bonheur et de fierté en atteignant lui-même l'objet; il pousse des exclamations et saute de joie. Un peu plus tard, l'enfant devient vraiment affectueux avec les adultes qui le soignent et le nourrissent. Il leur sourit et les flatte de la main en réponse à leurs caresses. Avant cet âge, il ne pouvait exprimer sa satisfaction que par des attitudes fort élémentaires, comme il l'aurait fait en entendant un froissement de papier, ou en regardant les rayons du soleil évoluer sur le mur.

Quelques mois plus tard, l'enfant, qui ne réagissait qu'à l'affection provoquée, est capable d'affection spontanée. Cette affection s'extériorise d'abord pour ses infirmières et, ensuite, pour ses compagnons de jeu. Lorsqu'un enfant atteint l'âge de quatre ou cinq ans, il éprouve un plaisir manifeste à protéger un enfant plus jeune et moins habile que lui. Il cherche instinctivement un plus petit que lui; il lui tient les mains, il l'embrasse et l'instruit dans les petits actes de la vie courante. Voici le commencement de l'affection maternelle. On peut observer ce sentiment chez les enfants des deux sexes, bien que nous ayons observé, au "McGill Nursery School", que ce sentiment était plus marqué chez les petites filles que chez les petits garçons.

Par la suite des ans, des réactions émotives, subtiles, apparaissent, tandis que les sentiments se nuancent davantage. Deux personnes ne réagiront pas de la même manière aux différents émotions, parce que leurs constitutions physiques et leurs expériences de la vie sont différentes à plusieurs points de vue. Tout le monde ne peut pas se trouver dans un accident de chemin de fer, découvrir le pôle nord, ou subir une opération pour calculs biliaires! Nous ne pouvons jamais comprendre parfaitement les sentiments ni les réactions émotives des autres, parce que nous n'avons pas la même imagination, ni le même fonds d'expérience d'où les tirer. Plusieurs personnes, assurément, ont des réactions émotives que nous ne pouvons jamais soupçonner; cependant, il est également vrai que nous avons beaucoup d'expériences communes de la vie. Nous devons aller au travail avec le mal de tête; nous devons payer les notes de l'épicier; laver la vaisselle — et qui, parmi nous, ne connaît cependant pas la douceur d'un soir passé sur un lac, au clair de lune argenté et limpide, bercé par le clapotement de l'eau? Et de même, il existe des émotions portant des noms familiers, tels que: joie, angoisse, affection et chagrin, qui nous sont bien connus.

On pourrait tirer un grand avantage d'une échelle d'âge de la conduite émotive, comme celle que l'auteur établit en ce moment. Elle nous aiderait à distinguer entre les réactions normales et anormales à un âge peu avancé. Nous pourrions ainsi savoir quelles réactions sont trop fortes et quelles sont trop faibles pour un enfant donné. Nous pourrions également modifier les conditions de l'ambiance afin de diminuer les réactions émotives indésirables et augmenter celles que l'on souhaite. De cette manière, nous pourrions peut-être arriver à guérir certaines psychopathies au tout début de leur évolution.

Cette étude du développement des émotions peut encore rendre d'autres services. Beaucoup de parents seront rassurés en sachant que certaines formes d'expression des émotions sont tout à fait normales, à un âge donné, puisqu'elles sont communes à la grande majorité des enfants. Lorsqu'ainsi une mère découragée se plaint de l'entêtement et des colères de son fils de deux ans, nous pourrons la rassurer en lui disant qu'il n'y a là rien d'anormal ni d'inquiétant. Il s'agit, dans ce cas, d'un enfant probablement sain et vigoureux, peut-être un peu trop excité; nous pouvons, en plus, assurer cette mère que dans moins d'un an ces réactions qui l'inquiètent auront disparu.

Bien entendu, on peut observer facilement que les réactions émotives ne corresppondent pas toujours à l'âge chronologique, ainsi que cet article peut nous le faire supposer. On a vu des députés bien éduqués oublier leur civilité jusqu'à frapper un adversaire. Les adultes et les enfants ont tous leurs moments de faiblesse et ont parfois recours à des réactions un peu puériles. Ces réactions traduisent habituellement une baisse de la santé générale ou un épuisement nerveux dû au surmenage. Il existe, d'autre part, des individus dont le développement émotif est très précoce, mais ces observations ne changent en rien la règle qui veut qu'en général il y a des réactions émotives caractéristiques à chaque âge de la vie.

On entend souvent, entre étudiants, ce conseil: "Soyez de votre âge, mon garçon." Ou encore: "N'agissez pas de façon si enfantine." Ceci peut être un bon conseil. A la lumière des recherches psychologiques récentes, on peut encore compléter ces aphorismes par celui-ci: "Soyez de votre âge émotif et montrez l'équilibre, l'endurance, la sensibilité et la conduite manifestés habituellement par les hommes de votre âge."

LE MILIEU FAMILIAL FACTEUR DE DÉSÉQUILIBRE AFFECTIF ET D'ARRIÉRATION INTELLECTUELLE CHEZ L'ENFANT[1]

Par Alexandre MARCOTTE, M.D.,
Médecin-Psychiâtre, Division de l'Hygiène de l'Enfance,
Service de Santé, Montréal.

Pour être plus en accord avec le programme de la journée, ce travail pourrait tout aussi bien s'intituler: "LE FOYER MENACE PAR LUI-MEME".

Des facteurs exogènes nombreux menacent l'intégrité du foyer, et il est certes important de les combattre; mais il en est au sein même du foyer, qui menacent encore plus directement son intégrité: c'est de ceux-là que l'hygiène mentale s'occupe surtout. C'est de l'un de ces dangers que je veux vous entretenir; de la formation défectueuse de l'enfant par certains parents.

L'intégrité du foyer du point de vue de l'hygiène mentale, dépend de l'attitude réciproque des individus qui le constituent, en d'autres termes, de leur plus ou moins d'adaptation aux exigences de leur état.

Logiquement, les plus âgés des membres de la famille exercent une influence indiscutable sur les plus jeunes; le père et la mère ont l'influence de leur état, l'autorité: les frères, et les sœurs aînés, qui doivent parfois les remplacer, le prestige de l'exemple; les jeunes enfants ont, comme réaction à cette influence, l'obéissance et l'imitation.

Si tous les parents étaient tels qu'ils doivent être, d'un niveau intellectuel au moins moyen, d'une affectivité relativement en équilibre, l'influence du milieu familial constituerait le facteur le plus favorable au développement de la personnalité normale de l'enfant.

Malheureusement trop de parents sont mal préparés ou tout à fait inaptes à remplir les devoirs de leur état; ils seraient grandement indignés, pour la plupart, si on les accusait d'être responsables de l'ignorance de leurs enfants, de leur instabilité de caractère. Pourtant, c'est là un fait d'expérience que confirment tous les hygiénistes mentaux chargés de l'étude des problèmes de l'enfance, dans les cliniques des "Habitudes et de la Formation", ou encore appelées du "Guide de l'Enfance".

---

(1) Causerie donnée au Congrès du Conseil Canadien pour la Sauvegarde de l'Enfance et de la Famille. Séance du 12 avril, 1932.

L'ignorance et l'égoïsme expliquent la conduite de tels parents; mais il n'en reste pas moins vrai que leur influence sur le milieu familial constitue un réel danger pour l'intégrité de leur propre foyer maintenant, et pour ceux que leurs descendants fonderont à leur tour, plus tard.

Examinons rapidement certaines façons d'être de tels parents à l'égard de l'enfant, et les réactions provoquées chez ce dernier, réactions qui constituent un obstacle à son équilibre affectif d'abord, à son développement intellectuel ensuite.

Trop de parents acceptent cette fausse théorie que le développement de la personnalité de l'enfant ne commence jamais avant la seconde année révolue. Selon eux, durant toute cette période dite du nourrisson, l'enfant ne fait que s'alimenter, dormir et satisfaire à certains besoins physiologiques; il n'y a qu'à le laisser faire, cela va tout seul, pourvu qu'il ne soit pas atteint de quelque maladie.

Si encore ces parents comprenaient l'absolue nécessité, du point de vue santé physique uniquement, de la régularité de ces différentes fonctions physiologiques, ils aideraient sans le savoir, comme c'est souvent le cas, au développement affectif et intellectuel du bébé.

Mais ils ne réalisent pas cela, pas plus qu'ils ne comprennent que les caprices d'alimentation, la constipation, les vomissements, les troubles digestifs du nourrisson, en général, sont dûs le plus souvent à des méthodes défectueuses dans le dressage du nouveau-né.

Ils ne s'aperçoivent pas que l'enfant, à cet âge, se prête plus volontiers à tout acte qui comporte un élément de plaisir: ils ne savent pas exploiter, comme il faut, ces tendances instinctives de l'enfant.

Ils ne peuvent croire que les origines de l'instabilité affective de l'adulte remontent, très souvent, jusqu'à sa première enfance.

Certaines mamans sont trop égoïstes ou trop nonchalantes pour s'assujétir à une méthode dans le soin de l'enfant; il est si ennuyeux d'avoir à recommencer les mêmes choses à des intervalles bien courts: pour peu, elles se croiraient en captivité. D'autres, trop occupées par des soins domestiques nombreux, il est vrai, manquent absolument d'ordre, ne savent où donner de la tête; l'enfant dort, elles ont la paix et peuvent continuer la besogne commencée; elles se gardent bien d'éveiller le nourrisson pour son repas; ou s'il est éveillé, qu'il crie parce que c'est l'heure de sa sieste, elles lui représenteront, plutôt que de l'aller coucher après un bout de toilette, un biberon bien rempli; il crie, c'est qu'il a faim, voyons!

Après quelques mois, alors que l'enfant aux dires de certaines personnes, est devenu plus intéressant, l'heure de ses repas, de sa sieste surtout, est oubliée parce que les grands-parents, la jeune mère

encore peu occupée, ou le père même rentrant de son travail, s'amusent avec lui.

Il arrive que l'enfant fatigué, obsédé, plus raisonnable que l'adulte qui l'accapare, rechigne et crie, ne veut plus se prêter à la partie; on lui fait grise mine, on le rudoie presque; la crise d'humeur s'accentue, et l'on commence à trouver qu'il est bien capricieux.

Et l'on s'étonnera que l'enfant soit devenu nerveux, colère, qu'il ne dorme plus la nuit ni le jour, qu'il refuse de s'alimenter régulièrement; c'est un petit monstre d'égoïsme déjà; il se livre à des excès de colère, se pâme, on lui cède; il comprend bien que le moyen est infaillible pour faire plier son entourage à tous ses caprices; il s'en servira souvent.

Cet enfant dont le développement de la personnalité, aux dires de ses parents, n'est pas encore commencé, est déjà un surémotif, son jugement rudimentaire est déjà faussé.

Mais supposons que, consciemment ou autrement, les parents aient favorisé le développement normal de l'enfant, durant les deux ou trois premières années.

Sa curiosité est plus vive que jamais, son esprit d'observation plus juste, son jugement commence à s'exercer; il sent un besoin marqué d'initiative qui le porte à expérimenter pour son propre compte, à inventer des jeux, par exemple.

Il veut jouir de plus de liberté, juste au moment où ses parents lui donnent des ordres, lui formulent des défenses, exigent de lui plus d'obéissance que jamais; il y aura certainement conflit si les parents sont de ceux qui, imbus de leur supériorité, de leur infaillibilité d'adultes, s'opposent à toute tentative de liberté, à toute manifestation d'initiative.

C'est le cas de ces parents qui pensent et agissent sans cesse pour l'enfant, jugent si tel jeu peut l'intéresser, interviennent pour écarter toute difficulté de sa route, quoiqu'il fasse, au lieu de lui enseigner la façon de surmonter les obstacles proportionnés à son âge, et lui faciliter ainsi l'apprentissage du jugement et de la volonté.

Bientôt à l'école, plus tard dans la vie, cet être sera faible, désemparé au premier revers, incapable de s'adapter et de réagir.

Des parents se plaignent qu'ils ne parviennent pas à faire obéir un enfant de quatre ou cinq ans: ils sont bien souvent eux-mêmes la cause de ce mépris de l'ordre et de l'autorité: ils accablent l'enfant d'ordres contradictoires, à propos de tout et de rien, si bien qu'il ne sait plus distinguer ce qui est réellement important de ce qui ne l'est pas; et comme il a été puni injustement pour des frivolités, il en conclut qu'il fait tout aussi bien de désobéir, comme règle générale.

Parfois, les parents s'opposent même aux jeux des enfants, sous prétexte qu'ils sont trop bruyants, qu'ils se fatiguent trop, qu'ils brisent toujours quelque chose. Ils devraient comprendre que le jeu est la grande occupation du jeune enfant et qu'il ne faut pas l'en distraire sous le moindre prétexte; on a enseigné à l'enfant qu'il ne doit pas déranger les grandes personnes qui travaillent; il considère ses jeux comme de la première importance et on l'y soustrait sans ménagement; rien d'étonnant qu'il doute de la parole des adultes, qu'il perde le respect de l'autorité.

Il est même nuisible à l'équilibre affectif de l'enfant de trop se préoccuper, surtout en sa présence, de son état physique ou mental.

Pour une légère indisposition de leur enfant, pour une égratignure, des mamans s'affolent, et font croire au petit que son état est des plus graves; elles le cajolent, lui promettent des choses qu'il n'a même pas songé à demander; il trouve bien commode d'être ainsi l'objet de tant d'attention, il en profitera pour arriver à ses fins maintenant, et pour se soustraire, plus tard, dans la vie, aux exigences de sa condition sociale.

Une autre fois, il peut être réellement malade, mais il ne réalise pas la gravité de son état jusqu'à ce que les figures anxieuses et alarmées de son entourage lui fassent perdre courage et aggravent d'autant son état.

Et il est aussi mauvais de lui répéter sans cesse qu'il est faible, nerveux; c'est le plus sûr moyen d'en faire un hypocondriaque.

Quand l'enfant est bourru, impatient, qu'il crie, se roule, se pâme à la moindre contradiction de ses caprices, bien souvent c'est parce que ses parents ne peuvent le reprendre sans crier, tempêter, se mettre eux-mêmes en colère; il a entendu sa mère récriminer contre le sort du matin au soir, il a vu son père brutal, faire une scène devant laquelle tout cédait. Il tente lui-même l'aventure, il réussit à obtenir le même effet; pouvait-il agir autrement dans sa logique enfantine?

L'enfant devient dissimulé et menteur, parce qu'on le châtie de façon exagérée pour une peccadille; ou encore, parce que sa mère lui a dit: "Il ne faut pas que ton père sache ceci ou cela", parce qu'il l'a entendu mentir au père, à la voisine, qu'elle lui a menti à lui-même pour éviter quelque explication délicate.

De même, il devient voleur, détériore la propriété d'autrui, parce qu'il a vu son père s'approprier un outil oublié par le voisin, dans la cour en commun; parce qu'il l'a entendu se vanter de quelque déprédation à l'usine.

L'enfant est-il timide, peureux, refuse-t-il de s'aller coucher seul? On l'a menacé souvent de fantômes, de monstres qui se tiennent tapis

dans l'obscurité d'une pièce, prêts à fondre sur lui, s'il ose s'y aventurer seul, ou encore on l'a menacé du 'Bonhomme Sept-Heures", des Bohémiens, des quêteux et d'autres imbécillités du genre. On lui aura aussi raconté des histoires terribles, on aura fait, en sa présence, la lecture de journaux à sensation, racontant des meurtres effroyables, des enlèvements de petits enfants, avec force détails lugubres.

Certains enfants ont une peur maladive de la tempête, parce qu'ils ont vu leurs parents, livides d'émoi, affolés, se livrer à des pratiques superstitieuses pour protéger la maison contre la fureur des éléments.

Et je pourrais continuer ainsi à l'infini; mais voilà que l'enfant fréquente l'école: le milieu familial peut-il mettre des obstacles sérieux au développement intellectuel que l'instruction favorise?

D'abord le passage du foyer à l'école provoque, chez certains enfants, une réaction affective marquée; ils abordent ce nouveau milieu avec beaucoup de crainte, parce que des parents imprudents les ont menacés de l'école comme d'une punition; leur attitude défiante, renfrognée, leur cause même parfois des ennuis de la part des institutrices, ce qui contribue encore à les bouleverser plus profondémnt.

D'autres enfants, non prévenus contre le milieu scolaire, ne réussissent pas mieux à s'y adapter, parce que leur milieu familial les a déjà rendus insupportables, incapables de se plier à aucune discipline. Ils subissent leur nouvelle existence en révolte constante, tâchent de la fuir, s'évadent dans la rue, pour devenir trop souvent des délinquents, échouer en cour juvénile, plus tard en correctionnelle.

Mais le milieu familial peut encore présenter des obstacles au développement intellectuel d'enfants qui se sont adaptés au milieu scolaire, qui ont même commencé de s'assimiler l'instruction qu'on leur offre.

Le foyer devrait être le prolongement de la classe: les parents devraient être en mesure d'aider leurs enfants durant les années primaires, au moins.

Malheureusement beaucoup de parents en sont incapables; et bien loin de racheter leur ignorance en s'intéressant aux progrès des enfants, ils affectent du dédain pour l'enseignement: "Tout ignorants qu'ils soient, ils ne s'en portent pas plus mal", disent-ils au fond, ils n'en croient rien, et pour la plupart, cette attitude n'est qu'une réaction mal déguisée d'un complexe d'infériorité.

D'autres parents, par insouciance ou égoïsme, refusent à peu près ouvertement d'aider leurs enfants; ne leur prodiguent ni blâme, ni encouragement.

Il existe des parents qui pèchent par excès contraire ; ils obsèdent leurs enfants d'exhortation au travail, les contraignent à étudier de trop longues heures, ne se montrent jamais satisfaits.

Dans le premier cas, les enfants ont tôt fait d'imiter l'attitude de leurs parents à l'endroit de l'instruction ; apathiques et indifférents, ils grossissent le nombre des arriérés pédagogiques dont beaucoup sont de véritables débiles mentaux.

Dans le second cas, les enfants de ces parents, trop intéressés, se dégoûtent de l'étude et puisqu'ils n'en font jamais assez, se mettent en révolte ouverte contre l'étude.

Certains parents d'enfants peu doués ont la maladresse de leur répéter sans trêve qu'ils sont paresseux, ignorants ou incapables de rien apprendre. Au lieu de stimuler ces pauvres élèves, ils ne réussissent qu'à faire naître, chez eux, le complexe d'infériorité ; le manque de confiance en soi, le découragement arrêtent le développement intellectuel susceptible d'un meilleur niveau.

Ce complexe d'infériorité si fréquent, si dangereux pour le développement intellectuel et l'équilibre affectif, est souvent causé par quelque infirmité physique, quelque défectuosité organique remédiable qui exposent l'enfant au ridicule. Il y a de malheureux parents qui permettent aux frères et sœurs de l'infortuné d'en rire, qui en font autant tout les premiers.

D'autres parents contribuent encore à rendre le milieu familial nuisible, en assumant une attitude blâmable à l'égard des autorités scolaires ; ils donnent invariablement raison à l'enfant contre ses maîtres, attaquent même la compétence et la réputation de ces derniers, en famille.

Le milieu familial peut aussi être défavorable quand il n'offre pas les facilités de travail nécessaires aux enfants qui fréquentent l'école.

C'est le local trop petit, trop encombré, par conséquent bruyant qui ne permet pas aux enfants d'étudier de façon profitable. C'est le radio qui se fait entendre jusqu'à une heure avancée, dans la pièce où les enfants doivent travailler ; c'est le père qui accapare l'unique table pour la partie de cartes avec les amis ou la famille ; ce sont des enfants plus jeunes, qui devraient être au lit à bonne heure, et qui dérangent leurs aînés par leurs ébats et leurs cris.

Ces cas sont l'exception, objectera-t-on : des enquêtes dans les familles, à la suite d'examens psychiâtriques à l'école, ont prouvé qu'ils étaient fréquents ; les parents n'ont pas hésité à l'avouer, tant cela semblait naturel.

L'harmonie au foyer est aussi un facteur très important; comment peut-on s'attendre que les enfants étudient à la maison, au lieu de courir les ruelles, quand le père y entre toujours ivre, qu'il brutalise femme et enfant; quand la mère revêche se plaint sans cesse de sa misérable existence; quand les grands frères et les sœurs aînées se disputent à grands cris?

Voilà bien une longue énumération, pourtant incomplète, de facteurs qui rendent le milieu familial défavorable même au développement de l'intelligence et de l'affectivité de l'enfant. C'est la constatation de maux sérieux; quels remèdes peut-on y apporter?

Un seul! l'éducation des parents! d'abord par l'action de travailleurs sociaux bien entraînés, convaincus, intéressés, capables de prendre contact avec les parents, de les amener à comprendre et à sembler trouver d'eux-mêmes des solutions pratiques à leurs problèmes familiaux.

Ensuite par l'ouverture, le maintien, la multiplication de cliniques d'hygiène mentale, dites des "Habitudes de l'Enfance" où les parents viennent soumettre leurs propres cas en soumettant ceux de leurs enfants.

Et je termine par ce vœu sincère autant que pressant: que le Conseil Canadien de la Sauvegarde de l'Enfance et de la Famille emploie toute son influence à promouvoir, par tout le Canada, ces deux genres d'activités sociales, capables de protéger le foyer contre lui-même.

DELIRES SECONDAIRES À LA MALARIATHÉRAPIE

Par Rodolphe RICHARD,
Assistant-directeur de l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu.

La malariathérapie, dans le traitement de la paralysie générale, a été, au cours des dernières années, l'objet de si nombreux articles médicaux que nous ne croyons pas nécessaire d'en redonner, ici, la technique, connue et appliquée universellement.

Cette thérapeutique constitue, actuellement, la médication de choix de la paralysie générale. C'est sûrement elle qui a donné les résultats les plus satisfaisants dans cette affection, considérée jusqu'alors, comme incurable et vouant les infortunés qui en étaient atteints à une mort prochaine, quand celle-ci n'était pas précédée d'une déchéance physique et mentale des plus pénibles. Nous connaissons déjà les diverses statistiques des succès ou échecs de la malariathérapie.

Depuis quelques années, un nouvel aspect de l'impaludation a attiré l'attention des neuropsychiâtres: il s'agit de l'éclosion de délires, secondaires à cette forme de thérapeutique. En d'autres termes, un état mental, totalement différent de celui que l'on observe habituellement dans la paralysie générale, fait son apparition pendant ou à la suite de ce mode de traitement. Cette nouvelle psychopathie demeure parfois définitivement.

C'est Gertsmann, continuant les travaux de son maître, Wagner Van Jauregg, qui, en 1921, fit connaître au monde médical l'existence de ces délires. Depuis, Vermeylen et Vervaeck, de Bruxelles, en 1926 et 1928, donnèrent le résultat de leurs recherches, et en France, Leroy et Médakovitch consacrèrent à ces formes de délire un service spécial à l'Hôpital Sainte-Anne. Ces derniers, faisant actuellement autorité en la matière, classèrent ces délires secondaires de la façon suivante:

1. Délires avec confusion mentale;
2. Délires systématisés hallucinatoires;
3. Délires avec stupeur;
4. Délires à forme imaginative.

Leurs statistiques révèlent l'existence de ces délires dans 10% de leurs cas traités par la malaria.

En 1931, nous fîmes la révision de 120 cas impaludés à l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu, et, adoptant la classification mentionnée ci-haut, nous avons pu trouver, chez 11 de nos malades, des délires atypiques, absolument différents de ceux qu'ils présentaient lors de leur admission. Nos statistiques sont ainsi conformes, à quelques points près, à celles que rapporte Leroy.

Dans 3 cas, nous notâmes que ces délires se manifestaient sous l'aspect de confusion mentale profonde et apparaissaient entre les troisième et sixième accès fébriles. Cet état confusionnel persista plusieurs mois après la cessation de la malaria par la quinine, et évolua vers une démence atténuée. L'influence toxi-infectieuse de la malaria, sur un cerveau déjà profondément lésé, semble ici avoir déclanché ces délires secondaires.

Les délires à forme hallucinatoire, avec agitation psychomotrice intense, violence et automutilation, furent les plus nombreux. Nous en relevâmes 7 cas.

Nous n'avons constaté aucun délire à forme stuporeuse, rappelant la catatonie. Nous n'avons également pas noté de délires à forme imaginative. Nous avons, par contre, observé, chez un malade, l'apparition d'un état mental rappelant l'hystérie. Le malade simulait des pertes de connaissance subites, qui d'abord nous inquiétèrent à cause de leur soudaineté et leur apparence de réalité; ces crises duraient parfois une heure et résistaient à toute médication. Leur fréquente répétition nous fit bientôt douter de leur sincérité. Dès que nous cessâmes de leur attribuer quelque importance, elles disparurent. Il faut noter que ces crises ne s'accompagnaient d'aucun signe organique de lésion en foyer.

Sept de ces délires atypiques de la paralysie générale furent chroniques d'emblée. Ce furent les formes hallucinatoires.

Quelle est la cause de ces délires secondaires? Deux hypothèses sont actuellement offertes. La première, défendue par le professeur Claude, par Leroy et Médakovitch, accuse le paludisme lui-même, du fait que l'infection n'aurait pas complètement disparu, malgré le traitement prolongé à la quinine ou à toute autre médication. Ils voulurent prouver davantage leur assertion et recherchèrent l'hématozoaire dans le sang de 15 malades ayant présenté ces délires secondaires. Ils le retrouvèrent dans 9 cas.

La seconde hypothèse, défendue par Gertsmann, à laquelle se rallient Vermeylen, Vervaeck, et plusieurs autres, semble attribuer la pathogénie des délires secondaires aux modifications anatomiques survenues au niveau de l'encéphale, au cours de la malaria. Toujours

d'après eux, l'impaludation aurait pour effet de "tertiariser" les paralytiques généraux. Cette affirmation serait basée sur l'existence de lésions observées aux zônes temporales du cerveau, alors qu'habituellement les lésions de la P.G. se localisent au niveau des lobes frontaux.

Quelle conclusion devons-nous tirer, actuellement, de toutes ces contributions à l'étude des délires secondaires à la malariathérapie? La question ne semble pas être définitivement résolue. Certains auteurs vont jusqu'à douter fortement de l'existence réelle de ces psychopathies secondaires. On rapporte des observations de paralytiques généraux non malarisés, qui ont, cependant, présenté, en plus du tableau mental classique de leur maladie, des états délirants surajoutés, et de véritables psychoses hallucinatoires. Ces délires secondaires semblent une modification de l'évolution habituelle de la P.G., mais leur cause exacte nous échappe. Il est difficile d'attribuer à la malaria la pathogénie de ces états surajoutés. Notre expérience personnelle ne nous permet pas de donner à la malaria une importance aussi considérable dans la réalisation de syndrômes psychiques qui, en somme, font partie du délire polymorphe de beaucoup de paralytiques généraux.

BIBLIOGRAPHIE

Aug. MARIE.—Etiologie des délires secondaires chez les paralytiques généraux après impaludation.

LEROY-MEDAKOVITCH & MONIER.—Recherches sur l'étiologie des délires secondaires chez les paralytiques généraux après impaludation.

V. TRUELLE & B. CASALIS.—Contribution à l'étude des délires chez les paralytiques généraux après impaludation.

R. LEROY & G. MEDAKOVITCH.—Paralysie générale & Malariathérapie.

Pierre MOLLARET.—Le traitement actuel de la paralysie générale.

MANIFESTATIONS ANTI-SOCIALES CHEZ DES ENFANTS MALTRAITÉS

Par M. le Dr Alph. PELLETIER,
Médecin-Assistant à l'Hôpital-Ecole La Jemmerais.

L'être qui naît pour se développer normalement, atteindre sa maturité ou acquérir son plein rendement, doit être sain et porteur de facultés indispensables qui lui permettront de parvenir à son but ; de plus, le milieu extérieur ou des conditions indépendantes de lui-même, ne devront pas venir entraver sa marche régulière.

Pour que le corps du jeune enfant croisse et grandisse, que son intelligence s'éveille pendant que s'organise son système nerveux, il faut que sa santé soit suffisamment bonne et que ses facultés intellectuelles ne soient pas touchées. Si des infections, des tares héréditaires et des infirmités ont porté atteinte à une ou plusieurs des fonctions de l'organisme, la croissance générale de l'enfant sera entravée pour quelque temps, retardée ou même compromise définitivement. Suivant le moment et l'intensité de l'atteinte du sujet, nous aurons des déficiences physiques et mentales, pouvant présenter toutes les variétés, allant d'un simple déséquilibre psychique jusqu'à l'idiotie et complétées de tares et d'anomalies physiques.

Mais combien de situations ou de conditions extérieures, tant matérielles que psychologiques pourront encore intervenir pour modifier l'évolution d'un sujet normal, et surtout aggraver le cas d'un enfant prédisposé dont le développement est déjà compromis par lui-même? La mauvaise hygiène générale, le manque de soins essentiels, l'insuffisance alimentaire, la promiscuité et le taudis sont des facteurs défavorables dont il faut tenir compte. Mais nous voulons surtout parler des situations ou des conditions sociales et familiales d'ordre psychologique, qui peuvent influencer ou troubler des jeunes intelligences, et provoquer des réactions anti-sociales, voire même amener l'aliénation mentale chez des enfants fragiles ou déjà anormaux.

Les querelles familiales, les mauvais exemples, l'alcoolisme avec tous ses désordres, l'indifférence et le manque d'éducation élémentaire, suffisent pour faire écrouler leur équilibre psychique si facilement impressionnable à cet âge. Si à cela, s'ajoutent les mauvais traitements, comme des punitions injustifiées, des séquestrations et des

privations de toutes sortes, l'enfant se sent perdu et incapable de supporter ces sévices. Se croyant abandonné, ne sachant où trouver des sympathies, il se révolte et manifeste suivant ses faibles moyens; il réagit, et d'autant plus vivement que son intelligence manque de discernement, et que son jugement ne peut apprécier la portée de ses réactions; ou il se replie sur lui-même, il se laisse facilement abuser, paraissant indifférent à ce qu'il adviendra de lui; ou encore il s'agite, fait des crises nerveuses, devient anti-social, voulant se soustraire à cette situation pénible. Dans l'un comme dans l'autre cas son équilibre est compromis, et pour peu que cela se prolonge, l'enfant tombera facilement dans l'aliénation mentale définitive.

Nous voulons vous rapporter les observations de sujets qu'il nous a été permis de suivre depuis quelque temps, illustrant ce que les mauvais traitements peuvent donner:

1*re observation*: Petite fille, M.-A. B., No 1057, âgée de 9½ ans, admise à l'Ecole La Jemmerais le 25 juin, 1932.

Les motifs allégués dans le certificat de placement étaient, que l'enfant ne pouvait suivre sa classe. La Religieuse de son école l'avait signalée à l'Infirmière-Psychologiste du Comité d'Hygiène Mentale, comme étant incapable d'apprendre, inattentive et trop lente pour suivre ses compagnes; on notait aussi qu'elle était désobéissante et vicieuse dans sa famille.

A son arrivée, lors du premier examen, elle presentait un état général malingre: était ralentie physiquement et mentalement, figée dans son attitude générale; ses mouvements et gestes étaient lents et indécis, son apparence était celle d'une hypothyroïdienne à forme myxœdémateuse. Cette enfant était timide, craintive, parlait d'une voix faible et hésitante, et semblait être sous l'influence de la peur, ne sachant si elle devait nous craindre ou nous faire confiance. A l'examen psychométrique, elle s'est montrée insuffisante et lente dans ses réponses et dans l'association de ses idées; nous faisions alors le diagnostic d'Arriération Mentale légère. Voilà une petite fille déficiente, à la fois physiquement et mentalement, qui aurait eu besoin de traitements médicaux et d'attentions spéciales pour améliorer son état; au contraire, elle manqua de soins élémentaires et fut même maltraitée dans son milieu familial, à tel point que sa mère fut amenée devant les tribunaux de justice pour répondre à l'accusation de mauvais traitements vis-à-vis de son enfant.

Depuis plus d'un an, cette petite fille est dans notre Maison; elle se conduit bien, est gaie et heureuse. Elle suit une classe adaptée à ses capacités. Un traitement à base d'extraits de thyroïdes a paru avoir un bon effet chez elle; car elle est devenue plus active, plus éveillée et plus alerte dans ses mouvements. Nous pouvons espérer qu'elle continuera à s'améliorer.

2*ième observation*: C'est un garçon, M. D., No 1004, âgé de 15 ans et 3 mois, admis le 28 décembre 1931, venait de l'Hôpital Saint-Michel-Archange, où il avait été accepté 15 jours plus tôt.

Le certificat d'Internement relate que le malade est malpropre, menteur, scandaleux et déserteur: à plusieurs reprises, il s'est enfui du toit familial

pour se réfugier dans les bois et les granges du voisinage où nous le retrouvions après d'actives recherches ayant duré parfois plus d'une journée.

Mais à l'Hôpital Saint-Michel, en voyant ce garçon se comporter normalement, être bien disposé et ne désirer aucunement retourner chez lui, où disait-il, il était maltraité, on mit en doute les allégués du certificat. Après enquête auprès des autorités de la paroisse d'origine du sujet, entre autres du maire et du cûré, on apprit que cet enfant avait une belle-mère et qu'elle avait employé tous les moyens possibles pour lui rendre la vie insupportable à la maison. Alors toutes les fredaines que pouvaient faire ses petits frères et sœurs, lui étaient imputées, et il devait en subir les punitions. On le forçait encore à rester des journées entières assis sur une chaise dans la cuisine, sous la menace de sévices s'il s'en déplaçait, quand on ne le reléguait pas dans un hangar à bois où il était obligé de passer la journée. C'en est assez pour expliquer ses fugues répétées.

De l'hôpital, après qu'on eût constaté que ce garçon n'était qu'un simple débile intellectuel, et que ces prétendus actes anti-sociaux n'étaient que des réactions de défense de sa part, il fut alors dirigé vers l'Ecole.

A son arrivée, son état général est assez bon, son psychisme est celui d'un arriéré: il est timide, gêné, articule mal ses mots; âgé de 13 ans et cinq mois, il a un âge mental de 8 ans et 9 mois, et un quotient intellectuel de 65.

Il y aura 2 ans au mois de décembre prochain que l'enfant est à l'Ecole, et jamais il n'a présenté de troubles du caractère, ni tenté ou manifesté le désir de s'enfuir. Il se dit heureux, est gai et de bonne humeur. Depuis un an il est à l'atelier de menuiserie où il est intéressé et il donne satisfaction.

3ième observation: Petit garçon G. D., No 1165, âgé de 8 ans et 5 mois, accepté sous observation le 6 juillet 1933, sur demande pressante par télégramme nous disant que cet enfant était devenu aliéné, et qu'on ne pouvait le garder à domicile.

Il nous est amené par un homme de police, et porteur d'un dossier complet. On allègue que depuis 3 ans, l'enfant fait des crises d'excitation avec perte de contrôle sur lui-même; il se jette alors par terre, crie, se débat et lance de tous côté ce qui lui tombe sous la main; depuis un mois ses crises sont devenues beaucoup plus fréquentes, et l'enfant est incontrôlable.

Dans son histoire, on relève de l'aliénation mentale du côté maternel: sa mère décédée depuis, a fait des troubles mentaux, ainsi que sa grand'mère qui fut internée. Ici encore, il faut tenir compte du milieu familial dans lequel se trouvait cet enfant. Il a une belle-mère qui a manqué de sagesse et d'intelligence envers ce sujet instable et nerveux; au lieu de le traiter avec tact et considérer sa fragilité maladive, on le punit sans discernement, on l'isole de ses petits frères et sœurs en l'enfermant seul des journées entières dans sa chambre.

A l'examen, on ne note rien de particulier du côté physique; l'enfant est bien développé et son état général est bon. Si nous explorons ses facultés intellectuelles, on constate tout de suite que ce garçon est intelligent et pas arriéré; il sait déjà lire et écrire, cause avec facilité, présente un quotient

intellectuel de 105. Mais il se montre nerveux, facilement irritable, décidé et volontaire. Il dit spontanément ne pas se laisser importuner ni ennuyer par son voisinage, ce qui le met fort en colère. Il admet avoir été maussade et avoir souvent fait des crises de malice, mais c'est qu'on le poussait à bout, ajoute-t-il. Il se plaint de sa belle-mère et de ses petites sœurs, et entretient même envers elles des idées de rancune. C'est un enfant instable du caractère, et facilement impressionnable, qui a besoin de ménagement pour ne pas faire d'aliénation mentale.

Depuis 3 mois qu'il est sous observation, il n'a fait aucune crise signalée dans le certificat, bien qu'il soit toujours en contact avec un groupe d'enfants de son âge, et moins intelligents que lui. Il est bien un peu turbulent, il s'est une fois querellé avec un camarade, mais après provocation; à part cela, il s'est toujours montré bien disposé et intéressé.

Nous sommes en pourparlers en vue de son placement dans un pensionnat pour normaux, où l'enfant trouverait un enseignement rapide, tout en étant sauvegardé du milieu familial défavorable, cause première de ces manifestations.

Voilà trois enfants que la nature n'a pas comblés. Deux sont déficients intellectuels; le dernier, tout en étant intelligent, possède un équilibre psychique instable, et il est prédisposé de par son hérédité qui pèse sur lui de sombrer dans l'aliénation mentale, si les circonstances continuent à lui être pernicieuses.

Il est admis et reconnu que nous pouvons dans un certaine mesure réparer ou du moins atténuer les mauvais effets de la nature, à laquelle, trop souvent sont venues s'ajouter des situations aggravantes qui pourraient être évitées. Evidemment nous ne pouvons donner de l'intelligence à l'enfant qui en est peu pourvu; mais il est possible de lui venir en aide, de lui permettre d'utiliser, avec le plus de chances possible les facultés qu'il possède, ou de tâcher de lui éviter le malheur de se perdre dans la déchéance mentale. Nous rendrons ainsi service à ces enfants anormaux et nous éviterons à la société des charges plus considérables dans la suite.

Pour les trois petits malheureux dont nous venons de parler, il a suffi de quelques traitements médicaux et d'un simple changement de milieu pour améliorer sensiblement leur état.

Mais il ne faut pas attendre que ces anormaux viennent à nous, ni que leur situation soit aussi grave. Combien d'enfants qui sont maladifs, manquent de soins, suivent péniblement leur classe, parce que pas aussi bien doués que leurs camarades dont ils entravent en plus la marche, pourraient se rattraper s'ils étaient reconnus assez tôt, soignés et placés dans des conditions spéciales? Il faut aller au-

devant d'eux, les rechercher et les dépister au plus tôt possible, soit dans les classes élémentaires, soit dans le milieu familial quand nous le pouvons.

Le besoin existe partout. Dans les milieux ruraux, nos observations démontrent que beaucoup d'enfants devraient être secourus. Les Unités Sanitaires ont déjà fait un travail admirable pour promouvoir la santé physique des enfants. Du point de vue qui nous intéresse, nous souhaitons bien sincèrement, après bien d'autres, que leur action bienfaisante s'étende aussi aux anormaux de l'intelligence, jusqu'ici plus ou moins délaissés. Dans les milieux urbains, les Comités d'Hygiène Mentale font déjà un excellent travail, éminemment secourable à ces malheureux enfants, et des plus utiles à la société.

MANIFESTATIONS DE LA SYPHILIS HÉRÉDITAIRE.

Un cas de paralysie générale juvénile.

Par le docteur Gaston LOIGNON,
Médecin de Service à l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu.

A première vue, il semblerait superflu de rappeler que la syphilis est une maladie infectieuse, chronique, spécifique, contagieuse, parfois épidémique, polymorphe dans ses manifestations, apparaissant à tout âge, et transmissible à l'homme: or, devant les ravages que cette affection occasionne tant au point de vue individuel que familial et social, il est bon d'avoir présent à l'esprit que si la syphilis acquise est facilement décelable, au point de vue du diagnostic, il n'en est pas toujours de même, du moins à un âge avancé, en ce qui concerne la syphilis héréditaire.

Drouet et Hamel (dans leur livre sur l'hérédo-syphilis mentale, édition 1930) se basant sur 111 enfants qu'ils ont examinés, s'expriment comme suit:

> "A considérer la longue énumération et la richesse des symptômes et des stigmates décrits dans les traités, on serait tenté de croire que le diagnostic clinique de cette syphilis héréditaire est facile. Il est loin malheureusement, d'en être ainsi dans la pratique journalière. Chez le nourrisson, on rencontre avec une certaine fréquence des manifestations actives typiques alors que les stigmates dystrophiques sont rares. Chez l'enfant, ou l'adolescent, au contraire, les lésions en activité deviennent de plus en plus rares, tandis que les stigmates apparaissent de plus en plus nombreux.
>
> Il en résulte que les éléments de certitude du diagnostic clinique diminuent considérablement avec l'âge du malade. En un mot, plus l'enfant avance en âge, plus on doit s'attendre à trouver des hérédo-syphilis latentes ou larvées. Il est de notion classique, dans ces cas, de rechercher d'autres renseignements dans l'entourage du malade, et dans l'enquête biologique. Trop souvent encore, le diagnostic est hésitant et il est nécessaire en dernier ressort, de recourir au traitement d'épreuve."

Tenant compte de ces faits, j'ai cru faire œuvre utile en préparant cette communication, comportant deux parties:

La première, consacrée à une revue d'ensemble des manifestations de la syphilis héréditaire. De larges emprunts ont été faits

au chapitre de la syphilis héréditaire traité par J. Nicholas [1] et au volume sur l'hérédo-syphilis mentale, de P.-L. Drouet et J. Hamel.

La deuxième partie rapporte une observation personnelle d'un cas de paralysie générale juvénile soumis à la malariathérapie avec quelques commentaires.

SYPHILIS HEREDITAIRE

On dit que la syphilis est héréditaire, lorsqu'elle est transmise à l'enfant par ses parents au moment de la conception, toutefois cette définition s'applique également aux cas dans lesquels la syphilis a été communiquée à l'embryon, au fœtus, pendant la vie intra-utérine.

La syphilis héréditaire peut être:

1° d'origine ovulaire ou maternelle;
2° d'origine spermatique ou paternelle;
3° d'origine mixte, à la fois maternelle et paternelle.

A noter que l'influence de la syphilis maternelle sur le produit de la conception a une portée plus longue et est beaucoup plus grave que celle de la syphilis paternelle; — d'après Fournier, l'hérédité maternelle déterminerait la syphilis dans 80% des cas. En outre, certains auteurs ont décrit des syphilis héréditaires de seconde et même de troisième génération, dans lesquelles des enfants issus de parents syphilitiques héréditaires sont eux-mêmes frappés d'hérédo-syphilis.

Symtomatologie. —Formes Cliniques.

On peut diviser en six groupes anatomo-cliniques, les accidents que peut déterminer l'hérédité syphilitique:

1) Syphilis embryonnaire
2) Syphilis fœtale
3) Syphilis du nouveau-né
4) Syphilis infantile ou héréditaire précoce
5) Syphilis héréditaire tardive et,
6) Les monstruosités.

(1) Traité de Médecine. Roger. Chapitre. La syphilis.

1) Syphilis embryonnaire.

Elle provoque l'avortement, c'est-à-dire la mort et l'expulsion de l'embryon ou du fœtus avant le 5ième mois de la grossesse.

2) Syphilis foetale.

Elle détermine:

a) l'hydramnios, coïncidant avec des lésions viscérales, surtout hépatiques, du fœtus;

b) l'avortement fœtal;

c) l'accouchement prématuré, du 7ième au 9ième mois, de fœtus morts et macérés.

3) Syphilis du nouveau-né.

Elle se traduit par:

1°. — la mortalité considérable, immédiate ou rapide d'enfants nés à terme ou peu avant terme;

2°. — par le pemphigus plantaire ou palmaire;

3°. — par des lésions viscérales, telles que:
l'hypertrophie, du foie, de la rate; des altérations rénales et des hémorragies, notemment des hémorragies péritonéales. A noter que ces enfants, même à terme naissent chétifs, atrophiés, dépourvus de toute résistance, athrepsiques, frappés d'une cachexie particulière, succombant en peu de jours.

4) Syphilis infantile ou héréditaire précoce.

Elle se traduit à la naissance, et en l'absence d'autres signes, par la constatation, d'un placenta volumineux, atteignant parfois le quart du poids de l'enfant au lieu du 6ième seulement, qui est le rapport normal (Pinard). Les premières manifestations de la syphilis infantile ou héréditaire précoce, apparaissent vers la 2ième ou entre la 2ième et la 6ième semaine après la naissance; elle est rare après le 4ième mois, exceptionnelle après le 6ième mois.

Aspect du malade:

L'enfant peut être sain en apparence, mais on note qu'il est amaigri, athrepsique, se développe mal et présente un mauvais état général, avec tendance au dépérissement; ces sujets ont l'aspect de petits vieux, à peau ridée, à teinte jaune, avec les cheveux ou les cils absents ou rares; quelques-uns présentent des îlots alocépiques ou des lésions de la peau ou des muqueuses.

Lésions de la peau:

Elles peuvent revêtir différents aspects et apparaître sous forme:

1°. — de macules ou de papules rouges; à ces formes répondent les syphilides bulleuses (pemphigus syphilitique) des nouveaunés qui peuvent se généraliser à tout le corps ou se localiser aux mains et aux pieds.

2°. — de syphilides ulcéreuses que l'on observe surtout chez les enfants cachectiques et qui sont probablement dues à des infections secondaires; on les rencontre surtout aux fesses, au sacrum et à l'ombilic

Lésions des muqueuses ou plaques muqueuses:

Elles se montrent d'ordinaire aux gencives, aux lèvres, à la langue, aux conjonctives et aux régions génitale et anale. A noter qu'il existe aussi de l'alopécie diffuse ou en clairière — de l'onyxis sèche, de la polyadénopathie disséminée généralisée ou à localisation variable; enfin, il ne faut pas oublier le coryza syphilitique remarquable autant par sa précocité que par sa fréquence et sa durée.

Lésions viscérales:

Elle touchent le foie, la rate, le poumon, les reins, le cœur, les capsules surrénales, le thymus, le pancréas, l'intestin et l'estomac; ces organes peuvent être le siège de manifestations syphilitiques héréditaires sous forme de congestion, d'hypertrophie, de gommes, etc. et donner lieu à des signes cliniques variés. A noter que l'hypertrophie simultanée du foie et de la rate, syndrôme très fréquent, est un excellent signe d'hérédo-syphilis.

Lésions du système nerveux central:

Nous pouvons rencontrer:

1°. — de la méningite syphilitique;

2°. — de l'hydrocéphalie;

3°. — des accidents divers, tels que: hémi-mono-paraplégie, etc. formant un ensemble de manifestations syphilitiques héréditaires consécutives à des lésions diverses: artérielles, dégénératives, scléreuses ou gommeuses.

Lésions des organes des sens:

On observe: de la surdité et de la kératite interstitielle.

Lésions du squelette:

Ces lésions se rencontrent aux endroits ou s'exercent les processus les plus actifs de la nutrition.

On observera:

1°. — des périostites, des exostoses, des hyperostoses;

2°. — des ostéites gommeuses;

3°. — des ostéo-chondrites épiphysaires avec déformations;

4°. — des osthéophytes, des fractures spontanées;

5°. — du ramollissement nécrosique avec décollement juxta épiphysaire;

6°. — des déformations rachitiques;

7°. — le crâne natiforme de Parot avec ses deux bosses frontales latérales, répondant à la syphilis infantile.

Lésion du testicule:

Le sarcocèle du testicule, consistant en une orchite et une vaginalite du testicule aboutissant à l'atrophie de l'organe, a été mentionné par Hutinel.

Manifestations sanguines:

Le sang peut être le siège de réactions un peu spéciales: ainsi les auteurs ont décrit le syndrome syphilitique pseudo-leucémique constitué par une anémie légère avec leucocytose peu marquée et réaction myéloïde, associée avec de l'hypertrophie du foie, de la rate et de la polyadénie.

5) Syphilis héréditaire tardive.

Ce terme comprend l'ensemble des accidents syphilitiques dérivant d'une affection héréditaire jusque là latente et qui se manifestent à un âge plus ou moins avancé, c'est-à-dire au cours de la seconde enfance, de l'adolescence et de l'âge adulte (Fournier).

Apparence du malade:

Ce sont des sujets délicats, chétifs, maigres, à peau gris sale, terreuse, présentant:

du retard, des imperfections ou même des arrêts de développement aboutissant: à l'infantilisme lorsqu'il s'agit du développement général; mais en considérant le développement de tels ou tels organes en particulier, on pourra trouver:

1°. — des méiopragies

2°. — des dystrophies et

3°. — de l'agénésie.

Caractères morphologiques:

Ce sont des manifestations spéciales sous forme de gommes, de sclérose ou de sclérose-gomme; elles se rencontrent surtout aux yeux, aux oreilles, aux dents, au squelette, à la peau, au nez, à la gorge et aux centres nerveux.

Lésions cutanées et muqueuses:

Elles se manifestent sous forme de syphilides tuberculeuses, tuberculo-ulcéreuses ou croûteuses, ou sous forme de gommes cutanées ou muqueuses; ces lésions sont analogues aux syphilides tertiaires de la syphilis acquise.

Lésions lymphatiques:

On observera: des adénopathies, de l'engorgement à évolution lente, mais pouvant aboutir à la suppuration.

Lésions dentaires:

Elles consistent en retard ou en anomalies de la 1ère ou de la 2ième dentition.

1°. — *Les anomalies*: on note des absences de dents (agénésie) portant surtout sur les incisives latérales supérieures; des écartements, ou de l'implantation défectueuse de certaines dents.

2°. — *Les malformations*: Ce sont soit des érosions dentaires portant sur les coronaires et les tricuspidiennes, soit la présence de sillons transversaux sur les dents, ou enfin de la vulnérabilité du système dentaire, etc.

Lésions du nez:

On observera: du coryza, chronique de l'ozène, de la nécrose destructive du squelette de la face avec ensellure de la racine du nez, d'où affaissement de la base, déterminant l'aspect du nez en lorgnette.

Lésions bucco-gutturales:

On constatera parfois la voûte palatine ogivale; le palais, le voile du palais, le pharynx ou la langue peuvent être le siège de gommes ou de scléro-gommes, souvent avec perforation.

Lésions articulaires:

Ces lésions se traduisent par:

1°. — de l'arthralgie simple;

2°. — de l'hydarthrose chronique;

3°. — la pseudo-tumeur blanche;

4°. — de l'arthrite déformante, sèche.

Lésions du squelette:

Ces lésions apparaissent sous forme de:
1°. —o stéo-périostite;
2°. — ostéo-myélite gommeuse avec nécrose et fistulisation;
3°. — spina-ventosa syphilitique des doigts;
4°. — hyperostose massive avec os dur et éburné;
5°. — déformations du crâne, du front (front olympien, et des os longs (tibia en lame de sabre).

Lésion des organes des sens:

Elles peuvent apparaître, du côté des yeux, sous forme:
1°. — de kératite parenchymateuse, diffuse, interstitielle;
2°. — de l'iritis plastique ou gommeuse;
3°. — de la choroïdite, de la chorio-rétinite;
4°. — de l'atrophie optique primaire. (Babonneix).

A noter, la présence du signe d'Agyll-Robertson, avec ou sans inégalité de la pupille.

Du côté de l'oreille on a signalé des lésions de la caisse du tympan ou de l'oreille interne avec surdité et surdi-mutité.

La triade d'Hutchinson d'une hauteur valeur séméiologique est constituée par l'association des altérations oculaires, des troubles de l'ouïe et des malformations dentaires.

Lésions viscérales:

La syphilis héréditaire tardive peut provoquer des lésions du poumon, du foie, des reins, de la rate, du cœur, des testicules.

Lésions nerveuses:

Ces lésions se traduisent par:
1°. — des paralysies oculaires;
2°. — des monoplégies, des hémiplégies;
3°. — de l'épilepsie, de l'apoplexie;
4°. — de l'hémiplégie spasmodique infantile;
5°. — de l'hémi-chorée, de l'hydro-céphalée;
6°. — des troubles mentaux d'aspect variable chez l'enfant, l'adolescent ou l'adulte.

Chez l'enfant, on pourra observer:

1° — *De l'arriération mentale* à tous les degrés (idiotie, imbécillité et débilité mentale) isolée ou associée à des signes cliniques de

lésions cérébrales accusées ou frustes, telles que: hémiplégie hémiparésie, vivacité des réflexes, tics, bégaiement, maladresse, etc.

2°. — *De l'instabilité* mentale associée à de l'instabilité physique: type d'enfant se montrant de très bonne heure, turbulent, touche à tout, incapablel de rester en place, de terminer un jeu, de s'astreindre à un travail quelconque; leur inattention et leur distraction habituelle sont le plus souvent cause d'un retard scolaire.

3°. — *Des perversions* des instincts ou des sentiments moraux.

4°. — *Des types dysendocriniens* et des sujets présentant des dystonies neuro-végétatives associées aux troubles mentaux. Par exemple on rencontrera de l'idiotie myxo-œdémateuse, de l'hypothyroïdie avec apathie, paresse pathologique et lenteur intellectuelle. Du côté du système neuro-végétatif nous aurons: le type vagotonique, sympathycotonique ou les dystonies (Dans ce groupe on range les émotifs, les cyclothymiques, les coléreux, etc.)

5°. — L'épilepsie;

6°. — Des enfants de niveau mental normal mais avec troubles du caractère;

7°. — De la paralysie générale infantile se présentant avec les symptômes de la paralysie générale juvénile.

Chez l'adolescent:

Les troubles mentaux se traduiront:

1°. — Par de l'arriération simple ou associée, répondant aux types déjà décrits chez l'enfant. Cette arriération mentale sera plus ou moins modifiée par la puberté, car nous savons que l'apparition de la puberté chez les arriérés simples détermine souvent un développement physique et mental rapide, d'où amélioration notable de l'état antérieur.

2°. — *"Des altérations affectives,* caractérisées par des troubles du caractère, de l'émotivité anormale, de la psychasthénie, des obsessions, des phobies et des impulsions. Ces troubles de l'affectivité sont souvent aggravées par la puberté qui semble donner un coup de fouet aux disposition morbides préexistantes à l'adolescence.

3°. — *"De l'épilepsie,* sous forme de vertiges ou d'absences typiques, des états comitiaux (forme vertigineuse, convulsive, mixte);

4°. — De la *cyclothymie;*

5°. — *Des états confusionnels* primitifs, de la démence précoce, affection mentale où la syphilis semble associée à une autre infection.

6°. — *De la paralysie générale juvénile.*

Chez l'adulte, les troubles mentaux peuvent apparaître sous forme:

1°. — de psychose maniaque dépressive;

2°. — de confusion mentale, causée par tous les facteurs susceptibles de provoquer un épuisement rapide et profond de l'organisme;

3°. — De la psychose hallucinatoire chronique;

4°. — De la paralysie générale de l'adulte. E. Fournier en a cité une dizaine d'observations, particulièrement un cas intéressant par son échéance tardive chez une fille de 42 ans, vierge, et hérédo-syphilitique.

6) Les monstruosités.

Elles sont caractérisées par les amputations congénitales des membres, l'ectromélie, l'extrophie de la vessie, l'anencéphalie, la porencéphalie, la micromyélie, l'absence de corps calleux, etc.

Notre but en résumant les manifestations de la syphilis héréditaire fut:

1°. — de signaler l'existence et la multiplicité des lésions causées par la syphilis;

2°. — de prouver que l'hérédo-syphilis agit comme facteur prédisposant, dans un grand nombre de syndrômes psychopathiques de l'enfance;

3°. — qu'en particulier, dans la syphilis héréditaire tardive, il y a des distinctions cliniques à établir entre les divers âges de la vie: enfance, adolescence ou âge adulte.

4°. — Que les stigmates morphologiques isolés sont moins graves que les stigmates psychiques. Que leur seule présence chez un individu mentalement normal n'implique pas particulièrement un pronostic fâcheux, mais qu'au contraire, la coexistence de stigmates morphologiques et de stigmates psychiques traduit une généralisation du processus qui est toujours d'un pronostic réservé.

5°. — Qu'au point de vue du diagnostic, tout en admettant que les dystrophies ou monstruosités peuvent être la conséquence fréquente d'une hérédité spécifique, toutefois certaines dystrophies peuvent être déterminées par une imprégnation infectieuse ou toxique de l'embryon, du fœtus, de l'enfant au cours des diverses phases de son développement; cette infection ayant pu être aiguë ou chronique.

6°. — Que pour établir un diagnostic d'hérédo-syphilis:

Il faut:

1°. — faire une enquête familiale complète, attachant de l'importance non seulement à la première génération, mais aussi à la seconde et même à la troisième. Nous avouons qu'en pratique cette enquête n'est pas toujours facile.

2°. — Par un examen clinique complet, noter la réunion de plusieurs stigmates, particulièrement des dystrophies craniennes, dentaires ou nerveuses.

3°. — Compléter cet examen clinique par les réactions biologiques habituelles; un certain nombre de malades ne présentent aucun stigmate physique, et ce n'est que par les réactions biologiques positives que le diagnostic peut être affirmé.

II

La malariathérapie préconisée par Wagner Von Jauregg (1917-1922) [1] est surtout utilisée dans la paralysie générale de la syphilis acquise. Méthode à la fois rapide et efficace, elle compte à son crédit des guérisons nombreuses et des améliorations appréciables.

Cependant, certains cliniciens, frappés par les succès obtenus dans la paralysie générale de la syphilis acquise tentèrent l'essai de cette méthode thérapeutique avec plus ou moins de succès, dans d'autres affections mentales, notamment dans la paralysie générale juvénile, dans la démence précoce, dans la maladie de Parkinson et même chez les épileptiques.

En tenant compte de ces faits, l'observation suivante est intéressante, parce que la paralysie générale juvénile est une affection peu fréquente et que, soumise à la malariathérapie nous pouvons assister à des améliorations qui, même passagères, n'en soulignent pas moins l'intérêt et l'efficacité de cette méthode.

Observation: G. L..., jeune garçon de 16 ans, est admis le 15 juillet 1933, à l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu, présentant, depuis deux ans, des convulsions, de l'incoordination musculaire de plus en plus marquée dans la marche et des troubles du caractère. Son père vivant, âgé de 65 ans, aurait fait de la typhoïde vers la quarantaine. Sa mère décédée à l'âge de 46 ans aurait eu trois fausses couches et aurait présenté des convulsions deux ans avant sa mort avec hémiplégie gauche.

L'enfant put suivre l'école normalement pendant 6 ans et sa santé fut bonne jusqu'à l'âge de treize ans. A ce moment, d'après le père, il fut pris de convulsions légères qui augmentèrent en fréquence et en durée; au début

(1) Traitement des maladies mentales par les chocs. C. Pascal-Jean Davesne 1926.

ces manifestations convulsives apparaissaient tous les deux mois, mais dans ces derniers temps, il avait trois à quatre convulsions par semaine. Petit à petit, on constate que l'enfant est incapable de bien parler, ne peut se tenir sur ses jambes, a de la difficulté à marcher, ne peut se rappeler tel ou tel fait, devient irritable et violent; ce qui d'ailleurs, nécessite son internement.

Le malade nous est alors présenté dans notre service de Saint-Jean-de-Dieu. Il s'agit d'un adolescent qui est hébété, pâle, marchant difficilement; on nous apprend que toute la nuit il a été pris de convulsions. Il est peu développé pour son âge, sa taille est de 4 pieds 6 pouces, son poids de 72 livres. On note l'absence de poils à la figure; par ailleurs le système pileux du pubis est très peu abondant; la verge est minuscule, les testicules sont petits, à peine du volume d'une noisette; un pannicule adipeux épais, tapisse le bassin et la partie supérieure des cuisses réalisant un syndrome d'infantilisme. Le palais est ogival; et les amygdales sont hypertrophiées. La dentition est défectueuse: les incisives sont striées et érodées, les canines et deux molaires sont réduites au quart de leur volume normal. On constate de l'hypothermie, une diminution de la quantité des urines des 24 heures que l'on peut expliquer probablement par le fait que l'anfant a présenté des convulsions la nuit précédente. La pression artérielle est: M:95 Mn:70. L'azotémie, la glycémie n'offrent rien de particulier et l'examen des urines ne révèle rien d'anormal. L'examen du système nerveux pratiqué à notre demande par le Dr Emile Legrand permet de constater une dysarthrie très prononcée, du tremblement de la langue, de l'inégalité pupillaire en faveur de la gauche avec conservation du réflexe lumineux, une démarche ataxique, de l'abolition de la réflectivité tendineuse des membres inférieurs, avec incoordination motrice de type tabétique, une absence d'atrophie musculaire, de l'atonie musculaire avec phénomène de Babinski aux deux pieds.

Le rapport quotidien nous apprend que

le 20/7/33 il a eu des crises convulsives multiples
" 26/9/33 " " " "
" 27/9/33 " " " "
" 28/9/33 " " " "
" 29/3/33 " " " "

On pratique une ponction lombaire: 18 c.c. sont soustraits: le liquide sort en jet: on note 40 de pression au manomètre de Claude en position couchée.

Le 30/ 9/33 Nouvelles crises convulsives.
" 5/10/33 Autres crises convulsives.
" 20/ 7/33 Bordet-Wasserman, sang ++++ ++++
" 27/ 7/33 Bordet-Wasserman, sang ++++ ++++
" 6/10/33 Liquide céphalo-rachidien, Antigène extrait alcoolique ++++ avec 0.4 c.c. Antigène cholestériné, ++++ avec 0.2 c.c.
Albumine: 1 gramme
Elements: 112
Globuline: Positive +
Or colloïdal: Positive 555554100
Benjoin Colloïdal: Positive 2222222200.

A l'interrogatoire, l'enfant prononce des paroles incompréhensibles et ceci est la conséquence, à notre avis, et de la dysarthrie et de l'hébétude du

sujet. Il nous est impossible d'attirer et de fixer l'attention de notre malade, par ailleurs on nous apprend qu'il s'intéresse très peu à son entourage. Il est gâteux et malpropre dans sa tenue; fait preuve de peu d'activité et donne manifestement l'impression d'un arriéré.

L'enquête familiale, l'histoire clinique, le bilan symptomatique, les réactions humorales et l'observation suivie du cas me permettent de poser le diagnostic de paralysie générale juvénile.

Le 27 octobre 1933, suivant la technique ordinaire employée dans la malariathérapie nous inoculons le malade. L'évolution du traitement se fait normalement, les accès de fièvre sont typiques (105° - 106°) après le 8ème accès, nous coupons la fièvre avec de la quinine, les frissons et les ascensions thermiques disparaissent.

Quel fut le résultat de cette thérapie?

Cette thérapeutique fut instituée, il y a trois mois; à notre grande surprise, les crises convulsives ont cessé, notre malade a pris de l'embonpoint, la nutrition générale est meilleure; quoique la démarche soit encore titubante, il se porte sur ses jambes et marche avec plus de facilité. Il s'adapte à son milieu, s'intéresse davantage à son entourage et comprend mieux ce qui lui est demandé.

En résumé, il s'agit d'un adolescent hérédo-syphilitique ayant présenté des signes manifestes de paralysie générale juvénile qui, soumis à la pyrétothérapie, par la malaria, s'est grandement amélioré. Cette amélioration, portant surtout sur l'état physique général et la disparition des accidents convulsifs. Quoique moins démonstratif, l'examen du liquide céphalo-rachidien, fait le 1er février 1934, nous révèle les faits suivants:

Réaction Wasserman: Fortement positive ++++ 0.4 ++++ 0.4 c.c.
Albumine: 0.30
Eléments: 9
Pression: 25
Globuline: Positive
Or colloïdal: Positive
Réaction benjoin colloïdal: négative.

La paralysie générale juvénile est une affection peu fréquente. Depuis 1927 à 1934 sur .... cas de syphilis acquise et congénitale, nous ne relevons que 4 observations bien contrôlées, la rareté de ces cas peut être expliquée par le fait qu'un certain nombre de malades atteints, de cette manifestation de la syphilis congénitale succombent dans le jeune âge, avant d'atteindre la puberté.

Cette affection est caractérisée par une symptomatologie fruste, qui peut faire méconnaître la véritable cause de leur état mental, car d'ordinaire les jeunes paralytiques généraux présentent le tableau clinique de l'arriération mentale.

Le traitement chimiothérapique ne donne pas toujours des résultats thérapeutiques évidents. En général, le traitement intervient trop tardivement parce que dès l'apparition des signes cliniques, les

lésions sont déjà trop avancées, la sclérose des éléments nobles trop marquée pour être modifiée par le traitement.

Sur 27 cas de paralysie générale juvénile traités par la malariathérapie et par la tryparsamide, H. Potter de New-York[1] rapporte que le traitement a empêché un certain nombre de ces malades d'évoluer vers la déchéance: 5 cas furent très améliorés et 9 ne le furent que partiellement. A noter que ces observations sont celles de sujets ayant été soumis au traitement durant une période variant de un an à 6 ans.

Kauffman, de la clinique Wagner-Jauregg, rapporte l'observation d'un enfant de 2½ ans soumis avec succès à la malariathérapie.

Ces cliniciens insistent sur l'emploi systématique de la malariathérapie et de la tryparsamide, comme méthode de choix de la paralysie générale juvénile, et cette thérapeutique doit être appliquée le plus tôt possible.

Toutefois Anglade, de Bordeaux, tenant compte de la friabilité vasculaire et des dangers auxquels seraient exposés les hérédo-syphilitiques, se montre moins enthousiaste de ce mode de traitement et prétend que la malariathérapie doit être employée avec beaucoup de prudence.

BIBLIOGRAPHIE

ROGER. — Traité de Médecine — (Chapitre de la Syphilis). Par J. Nicolas.

C. PASCAL - Jean DAVESNE. — Traitements des maladies mentales par les chocs. — 1926.

DROUET et J. HAMEL. — Hérédo-syphilis mentale — 1930.

H. POTTER. — The Psychiatric Quarterly, Oct. 1933. The treatment of Juvenile Paralysis.

Le Monde Médical, Nov. Déc. 1932. — Idées actuelles sur le traitement de la syphilis.

Rapport sur l'hérédo-syphilis en psychiâtrie. — Congrès des Médecins Aliénistes, Barcelone, mai 1929. Encéphale.

(1) The Psychiatric Quarterly. Oct. 1933. The Treatment of Juvenile Paralysis, H. Potter.

TRAITEMENT DES ÉTATS MANIAQUES

Par le docteur H. TELLIER,
Médecin de Service à l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu.

Les états maniaques présentent un intérêt chaque jour grandissant depuis que, nombre d'auteurs étudiant les différentes phases de cette psychose, s'efforcent par de nombreuses recherches d'en préciser les applications thérapeutiques.

C'est à cet aspect du sujet que nous limiterons notre étude après avoir rapporté quelques points de l'histoire des traitements d'autrefois et rappelé brièvement les éléments fondamentaux de la psychose maniaque dépressive.

Dans les temps anciens, la thérapie des états maniaques était exclusivement symptomatique et conséquemment, n'était employée que durant certaines phases psychiques. C'est dans ce but que les psychiâtres du temps consacrèrent tous leurs efforts à trouver des méthodes thérapeutiques qui préserveraient les forces du malade jusqu'à l'époque de sa guérison. C'est aussi à cette époque que naquit le traitement moral, initiative dont le développement ultérieur donna lieu aux procédés psychothérapeutiques intensifs modernes.

Pinel dépensa beaucoup d'énergie et de temps afin d'améliorer la condition des aliénés qui alors étaient traités comme des animaux dangereux pour la société; les autorités publiques du temps qualifièrent ce précurseur d'aristocrate, mot qui était alors souvent synonyme de sentence de mort; quoiqu'il en soit, Pinel parut devant le Conseil de Paris, plaida la cause de ses malades de telle sorte que suivant un mot fameux: il éleva l'aliéné à la dignité de malade.

Si nous parcourons les traités volumineux de Trousseau et de Pidoux, nous constatons qu'ils ne contiennent que de maigres renseignements sur le traitement des phases maniaques. Néanmoins, il est intéressant de noter que la sédation profonde par l'inhalation était en vogue, cependant les auteurs notent que les essais n'ont pas donné de résultats probants.

Certains auteurs du XIXe Siècle conseillèrent d'une façon plus ou moins précise le traitement par l'hypnotisme; tout psychopathe devait être suggestionné ou hypnotisé, mais à l'essai, cette méthode ne donna pas les résultats qu'on en espérait et elle fut bientôt mise de côté pour être exploitée surtout par les charlatans.

Ensuite, vint la question du somnambulisme; cette méthode occupa presque toute la vie de Richet. L'école de Charcot à la Salpêtrière dépensa beaucoup de temps et d'énergie à en discuter les phénomènes et les particularités; mais cet engouement fut de courte durée, car les conclusions de Charcot et de son école furent combattues par Babinski en 1896, et finalement abandonnées.

Kraepelin, en 1899, établit une classification des maladies mentales qui fut un réel stimulant pour les médecins du temps, et accentua les travaux et les recherches de méthodes thérapeutiques appropriées; ce fut l'ère d'expériences suivies et de nombreuses observations cliniques qui accrurent notablement nos connaissances sur les maladies mentales.

La psychose maniaque dépressive présente trois formes cliniques: la maniaque, la mélancolique et la mixte. Les éléments fondamentaux des états maniaques sont: l'association rapide des idées, l'instabilité des émotions avec excitation intellectuelle et agitation psychique, l'exaltation et l'augmentation de l'amplitude des mouvements.

Dans les états dépressifs, nous constatons une attitude émotionnelle triste, déprimée, une absence d'activité et un ralentissement d'idées.

Dans les états mixtes, nous constatons une association ou des phases alternantes des symptômes précédents.

Le but de cette communication n'est pas d'établir des procédés infaillibles de traitement des états maniaques, mais d'exposer brièvement les différentes méthodes thérapeutiques usitées à l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu.

Le traitement des états maniaques consiste à mettre le malade dans le milieu le plus propice à une évolution favorable! L'isolement répond au premier desideratum. Avant tout, il faut soustraire le malade à tous les chocs moraux qui pourraient aggraver son état morbide. D'heureux résultats ont été obtenus en isolant les patients surexcités dans des chambres où les murs étaient de teintes sombres avec des décorations bleues ou autres couleurs foncées. Nous avons observé plus d'une fois, des patientes agitées déchirer des robes de couleur vive et frapper des compagnes portant des vêtements de teintes éclatantes, tandis qu'elles ne s'attaquaient pas aux tons foncés. L'isolement cellulaire est cependant contre-indiqué chez les malades présentant des idées de suicide ou d'auto-mutilation.

La clinothérapie est, dans bien des cas, le complément nécessaire de l'isolement. Magnan et Sérieux préconisèrent en France cette méthode thérapeutique en démontrant la facilité relative de son emploi et l'efficacité de ses effets.

L'alitement ou clinothérapie doit être utilisé chaque fois qu'il est nécessaire de procurer du repos au cerveau et à l'organisme tout entier. Or, chez les maniaques, ce qui frappe l'attention du clinicien, c'est précisément l'état d'épuisement du cerveau et de l'organisme. La clinothérapie nous présente les avantages suivants: elle ménage les forces du malade, calme l'agitation, facilite la surveillance, régularise la circulation cérébrale, et enfin fait considérer l'aliéné comme un malade ordinaire par le personnel et par les familles.

Pour que le traitement au lit soit efficace, il n'est pas nécessaire de l'appliquer d'une façon continue, sauf pour les cas graves, lorsque l'état général l'exige. Nous nous trouvons bien de faire lever les malades deux ou trois heures dans la journée; la perte de l'appétit et la constipation qui sont souvent la conséquence d'un séjour trop persistant au lit soit ainsi évitées.

La question de la contrainte a toujours été d'importance primordiale aux yeux des psychiâtres. Autrefois, il n'y avait qu'un traitement de l'agitation c'était la contrainte et plus l'agitation était marquée, plus solides étaient les liens; elle est presque abandonnée de nos jours, mais il reste, malgré tout, quelques rares circonstances où elle doit être employée, par exemple lorsque le personnel est insuffisant, mais elle ne doit être appliquée que sur ordre du médecin, les cas d'urgence exceptés.

Je suis d'opinion que la suppression absolue de tout moyen de contention mécanique ferait facilement naître l'abus de ce que nous appelons la contention chimique, c'est-à-dire la disparition de l'agitation par des doses exagérées de stupéfiants. Il me fait ici plaisir de noter en passant, qu'un moyen nouveau de contention mécanique a été créé par une des religieuses de notre hôpital, cette contrainte laisse au patient l'usage de ses bras et de ses mains et ne le révolte pas comme la camisole de force.

Une méthode thérapeutique qui rend d'inappréciables services dans les états maniaques est l'hydrothérapie. L'application des procédés hydrothérapiques sous différentes formes, s'ils sont bien choisis, et pourvu que leur application soit prolongée pendant plusieurs semaines est un des meilleurs moyens que nous possédions de rétablir l'équilibre mental dans les troubles fonctionnels. Leur efficacité est d'autant plus évidente que les troubles mentaux sont plus marqués, c'est-à-dire dans les états maniaques les plus intenses.

Nous savons que l'hydrothérapie est la méthode de traitement qui utilise les applications externes de l'eau; les techniques sont nombreuses; les plus fréquentes sont: les douches, les enveloppements et les bains prolongés.

Nous appliquons les douches de plusieurs façons; les plus usitées sont: *la douche en jet,* qui consiste dans la projection sur le corps, à l'aide d'une lance, d'un jet d'eau qui est rarement appliqué à pleine force tel qu'il sort de l'instrument, mais plutôt brisé en éventail, soit avec une palette ou mieux avec la main; cette douche peut être froide, chaude ou tiède; lorsque nous faisons alterner les températures extrêmes, la douche est dite alternante.

La douche en pluie est réalisée à l'aide de la même lance à laquelle nous adaptons une pomme d'arrosoir de façon à avoir une grande dispersion d'eau. Cette douche peut être également chaude, tiède, ou froide.

La douche écossaise est une douche chaude un peu longue suivie d'une douche froide de courte durée. Les douches tièdes usitées dans les états maniaques à la température de 98° à 101° F et durant de 2 à 3 minutes avec des applications encore plus chaudes sur les jambes et sur les pieds, ont une action sédative remarquable surtout si après la douche, le malade est enveloppé d'une couverture sèche, frictionné et mis au lit.

L'hydrothérapie était autrefois employée sous forme de douches violentes qui agissaient surtout en suffoquant le malade. Inutile de dire qu'elles sont complètement abandonnées de nos jours. Les enveloppements humides sont également un procédé extrêmement recommandable pour le traitement des agités. Vers la fin du XVIIe siècle, Sir John Floyer, dans une de ses communications, parla de l'avantage des enveloppements humides pour diminuer le poids des "jockeys".

La méthode employée était la suivante: Il s'agissait d'enrouler autour du jockey des bandes humides froides puis de le coucher dans des draps chauds; le sujet transpirait tellement qu'il perdait une couple de livres à chaque séance, et même devenait souvent très déprimé.

Schüller a démontré au moyen d'expériences concluantes qu'une compresse froide appliquée sur le dos et une autre sur l'abdomen déterminent la contraction des artères et des veines de la pie-mère. Nous réalisons de nos jours les enveloppements humides de la façon suivante: le malade est couché sur des draps humides froids que nous enroulons autour de lui et que nous recouvrons d'un tissu imperméable, nous avons soin, en même temps, de lui placer des compresse

froides sur le front afin d'éviter tout phénomène congestif. Le malade passe alors par diverses phases. Il y a d'abord abaissement de la température, puis élévation progressive et sudation intense avec sédation de l'agitation maniaque.

Cette méthode thérapeutique est contre-indiquée chez les patients présentant des troubles cardio-vasculaires ainsi que chez les vieillards.

Dans les états maniaques où l'excitation prédomine, la thérapie par les bains tièdes prolongés avec applications de compresses froides sur la tête, continue à trouver une faveur marquée auprès des psychiâtres. Kellogg affirme que le bain neutre à une température de 92° à 97° F. produit un abaissement de la température externe sans modification de la température interne, et il ajoute qu'il n'y a aucun procédé de traitement aussi efficace dans l'insomnie que le bain neutre.

Pline rapporte que le bain tiède prolongé était la méthode exclusive de traitement employé à Rome pendant cinq siècles.

Au temps où les idées de Kraepelin s'imposèrent à l'attention des psychiâtres, les bains tièdes étaient si prolongés qu'ils duraient quelquefois 5 à 6 heures et même davantage, au point que la peau du patient en était souvent macérée à sa sortie de la baignoire.

En Allemagne, on a même laissé des maniaques dans le bain prolongé pendant toute la durée de la phase d'agitation, c'est-à-dire de 4 à 6 mois, les malades mangeant, dormant, se souillant dans la baignoire; ils en étaient retirés tous les jours pendant quelques instants afin de vaseliner toute la surface de la peau pour éviter la macération de l'épiderme.

Cette méthode n'a pas semblé abréger la durée de la période d'agitation, l'organisme s'habituant à ce milieu nouveau les réactions de détente disparaissaient. Aujourd'hui, la durée moyenne est de 3 à 4 heures, et aucune macération de l'épiderme n'est observée.

Pour obtenir du bain tout son effet thérapeutique, il faut qu'il soit placé dans une chambre ventilée et éloignée de tout bruit. La baignoire est faite de porcelaine métallique avec bord épais, afin d'éviter toute possibilité d'accident chez un patient surexcité qui pourrait se heurter sur eux; il est muni d'un appareil régulateur fournissant un courant continu d'eau à une température constante, et de lampes rouges qui s'allument automatiquement lorsque la température dépasse le degré voulu. Afin que la température de l'eau soit uniforme par toute la baignoire, elle est munie d'orifices permettant l'entrée de l'eau à différents endroits à la fois.

Nous donnons les bains tièdes prolongés de la façon suivante: le malade, enveloppé dans un drap de laine est couché sur une espèce

de hamac formé d'une grosse toile, attachée aux bords extérieurs de la baignoire au moyen de courroies. L'application d'un sac de glace ou d'une compresse froide sur la tête est nécessaire pour prévenir toute congestion cérébrale.

Cet arrangement permet la submersion complète du patient, la tête exceptée bien entendu, et maintient ce dernier dans une position très confortable au point que souvent, il dort des heures entières dans son hamac, la tête appuyée sur un oreiller.

Quant à la température de l'eau, nos observations cliniques démontrent que l'administration des bains prolongés tièdes à une température de 97° à 100° F. n'est accompagnée d'aucun phénomène nocif et présente au contraire, un triple avantage: il est sans action notable sur la température et le pouls; il favorise le fonctionnement de la peau, et produit une action sédative marquée. Cependant, si le malade se plaint de palpitations de cœur, de maux de tête, ou de bourdonnements d'oreille, et ces cas sont extrêmement rares, il faut se hâter de le sortir du bain.

Quant au traitement par les bains chauds, c'est-à-dire ayant une température de 101° à 104° F. trop prolongés, ils deviennent débilitants et même dangereux, surtout chez les cardiaques scléreux.

Les contre-indications du traitement hydro-thérapeutique par les bains tièdes prolongés, sont: les cas de défaillance cardiaque, de congestion cérébrale, et certains types de pseudo-neurasthénie à tendances interprétatives.

A côté des bains tièdes prolongés dont nous venons de parler, il convient de dire quelques mots des bains froids prolongés employés jadis, mais presque inutilisés de nos jours.

Kellogg rapporte que les traitements par les bains froids prolongés sans friction, sont une méthode hydrothérapeutique très déprimante; ils abaissent la température en soustrayant au corps une partie de son calorique, diminuent la fréquence du pouls, et activent les combustions respiratoires bien qu'ils ralentissent les mouvements de la respiration; quoiqu'il en soit, cette méthode n'est guère employée de nos jours.

Cependant, l'emploi des bains froids pendant une période de sudation n'est pas nécessairement dangereux, l'exemple des bains turcs le prouve; ce qui peut être dangereux, c'est de prendre un bain froid en pleine digestion, ou au contraire d'attendre en plein air et sans vêtements que la sueur se soit évaporée. Le frisson initial, déterminé par le premier contact de l'eau froide, est normal; cependant il vaut mieux le faire cesser par des mouvements.

Les contre-indications du bain froid sont: le collapsus, la température sous-normale, la tuberculose, la vieillesse et l'enfance.

D'autres procédés hydro-thérapeutiques étaient employés autrefois dans les états maniaques, qu'on a mis de côté de nos jours. Je mentionnerai le bain de vapeur ou bain russe: c'est un agent puissant, susceptible en une seule séance, de diminuer de 400 à 800 grammes, le poids du corps; pour combattre la faiblesse qu'il détermine, on le fait suivre d'une douche froide ou même d'un bain froid. Il y a enfin les bains de pieds chauds chez les surexcités, même s'ils ne sont pas sinapisés, ils décongestionnent beaucoup la tête et atténuent l'agitation.

Il n'y a aucune médication spécifique des états maniaques, aussi le traitement médicamenteux n'a pas chez ces malades une importance très grande. Cependant, il serait exagéré de le supprimer complètement. Nous n'insisterons pas sur les médicaments s'adressant à tel ou tel symptôme viscéral en particulier, mais ceux qui ont pour objet la maladie elle-même, répondent à deux indications: 1°. — Calmer l'agitation excessive causée par des phénomènes de dérivation; 2°. — tonifier un organisme et un système nerveux épuisés.

Les médicaments les plus souvent prescrits dans ce but sont les sédatifs du système nerveux, tandis que la médication classique de l'anxiété est le traitement opiacé.

L'opium et ses dérivés sont employés parfois dans les états maniaques dépressifs avec surexcitation des facultés intellectuelles.

"Le repos du cerveau par l'opium dit Schüle, est comme l'immobilité d'un membre dans un appareil" et il ajoute "Le secret et le succès de la thérapeutique par l'opium sont dans l'emploi méthodique de ce médicament pendant un temps suffisamment long."

L'opium est l'hynotique le plus sûr dans tous les cas où l'insomnie est une conséquence de la douleur. Nous l'administrons le plus souvent sous forme de gouttes de laudanum de Sydenham.

La codéine, prise sous forme de sirop au moment des paroxysmes anxieux exerce une action sédative analogue.

D'autres médicaments considérés comme agissant sur l'excitabilité sympathique sont de plus en plus employés, par exemple: la belladone, d'un emploi délicat à cause de sa grande toxicité est un sédatif énergique du système nerveux.

Il faut cependant se mettre en garde contre l'emploi continu de médicaments tels que: Sédol, pantopon, héroïne, etc.

Schniedeberg a démontré que ces médicaments provoquent une dilatation des vaisseaux cérébraux d'où aggravation de l'état congestif si fréquent dans la manie.

L'usage de ces médicaments peut certainement calmer le malade pour un certain temps, mais il y a risque dans quelques cas, d'aug-

menter l'agitation et même d'amener un dénouement fatal en cas de lésion rénale ou d'insuffisance cardiaque.

Quant à la solution aqueuse de morphine en injection sous-cutanée Voisin en avait fait la base de sa thérapeutique des états maniaques, mais il faut se méfier de la morphinomanie chez des malades déjà prédisposés à acquérir une appétence pathologique et faire naître une obsession maladive pour le narcotique. Ce n'est qu'en cas d'urgence absolue ou pour le transport d'un malade que nous employons les injections de morphine.

Dans tous les états morbides qui constituent pour l'organisme et particulièrement pour le système nerveux une cause de fatigue et de déperdition des forces, le sommeil est un des principaux éléments réparateurs; aussi le choix des médicaments hypnotiques est-il de grande importance quand l'isolement, l'alitement et l'hydrothérapie réunis échouent ou ne déterminent qu'un résultat insuffisant. Un des calmants les plus efficaces est le chloral, il est administré en solution par la bouche, à la dose de 2 à 3 grammes ou par le rectum à la dose de 3 à 5 grammes, mais ses inconvénients: action dépressive sur le cœur, céphalée au réveil etc. limitent malheureusement son emploi; il est contre-indiqué chez les cardiaques, dans les insuffisances hépatiques et rénales, et dans les intoxications intestinales.

L'association du chloral au bromure, à la jusquiame et au cannabis indica, réalise une formule très avantageuse qui correspond au bromidia.

Une très bonne injection calmante chez un malade agité, est celle du luminal sodique; il est utilisé à la dose de 10 à 20 centigrammes et a le grand avantage de ne pas léser les reins, il diminue le rythme respiratoire et produit un sommeil profond qui parfois se prolonge pendant la journée suivante.

Le sulfonal laisse souvent au réveil un peu d'anxiété, le trional est beaucoup mieux toléré, mais tous deux présentent le danger de produire rapidement des manifestations d'intolérance ou de troubles toxiques lorsqu'ils sont employés à doses élevées et continues. Le véronal, administré par la bouche produit un sommeil prolongé dans les cas d'excitation modérée; il donne, par contre, à dose relativement peu élevée, quand les organes d'élimination fonctionnent insuffisamment, des symptômes d'intoxication caractérisés par un état pseudo-ébrieux avec bouche pâteuse et troubles de la parole et de l'équilibre.

La paraldéhyde très préconisée par Morselli, peut être donnée par la bouche, par le rectum ou par la voie sous-cutanée à la dose de 2 à 5 grammes; c'est un excellent hypnotique.

Nous nous gardons cependant de l'employer fréquemment à cause de son odeur désagréable et de la fétidité de l'haleine du sujet qui en a pris; ces particularités peuvent produire une exagération des idées délirantes d'empoisonnement chez un prédisposé.

Le bromhydrate d'hyoscine est un sédatif très actif mais d'un maniement assez délicat; il peut être pris par gouttes ou utilisé en injections hypodermiques à la dose de un quart à un milligramme. Son emploi doit être réservé à quelques rares cas de grande agitation; il est prohibé chez les cardiaques.

Nous avons préconisé dans les cas où la tension artérielle est basse, les injections sous-cutanées d'une solution saline, elles relèvent la pression défaillante et tonifient le système nerveux.

Le somnifène qui est un mélange de dérivés allylisopropyli et d'ethyl-barbituriques de la di-thylamine peut se donner par la voie gastrique à la dose de 40 gouttes, ou par la voie intra-musculaire. C'est un excellent calmant, mais il est toxique et doit être manié avec précaution.

Le dial qui est l'acide diallylbarbiturique peut être administré avec de bons résultats soit sous forme de comprimés à la dose de 3 grains, soit en injections intra-musculaires ou intra veineuses à la dose de 2 cc.

Jadis, des auteurs comme Marcé ont conseillé des vomitifs pour calmer la surexcitation maniaque mais ce mode de traitement est abandonné de nos jours, cependant, nous utilisons parfois l'apomorphine à la dose de un vingtième de grain dans des cas d'agitation extrême; à cette dose, il ne provoque que des nausées sans amener de vomissements et présente une action sédative manifeste chez les grands agités.

D'autres hypnotiques ont été employés avec divers résultats tels que: le phanadorme, le soneryl, le genoscopolamine, le gynergine, l'extrait fluide de la casimiroa edulis; ces médicaments doivent être donnés parsimonieusement afin de ne pas surmener des émonctoires déjà fatigués du fait de la psychose.

Une méthode de traitement qui est appelée à de brillants résultats est l'opothérapie. Babcock, en 1896, fit des expériences intéressantes et prouva que les extraits thyroïdiens ont une influence salutaire sur le symptôme agitation, en partant de l'idée que dans les états maniaques il y a une exagération de fonction de la thyroïde.

Cette méthode étant encore à la période d'expérimentation, on doit tâter la susceptibilité du malade avant d'arriver aux fortes doses. Bien que les résultats soient souvent infidèles, parfois même contra-

dictoires, cette méthode occupe une place de plus en plus grande en thérapeutique psychiatrique.

Les assais thérapeutiques par des lumières de diverses, teintes (Photothérapie) tentés autrefois dans les maladies mentales n'ont donné aucun résultat concluant. Cependant le bain de lumière général détermine de la vasodilatation, et lorsqu'il est suivi d'une douche tiède, on obtient une action sédative très nette pourvu que l'action thermique n'ait pas été trop marquée.

Il y a très peu d'expériences rapportées dans la littérature médicale sur l'emploi des agents pyrothérapeutiques dans les phases maniaques; cependant, Branchini et Nardi ont noté que des maniaques traités par la malaria obtinrent une guérison complète. Ces auteurs attribuèrent les effets thérapeutiques obtenus à des modifications du système endocrinien. Par contre, d'autres expérimentateurs s'étant servi d'agents producteurs de fièvres tels que le lait, le bacille typhique, l'acide nucléinique, la tuberculine, n'ont obtenu aucun résultat favorable.

Le traitement anti-syphilitique chez un malade souffrant de cette affection doit être employé chez les cyclothymiques, sujets présentant, comme nous le savons, une prédisposition à la psychose maniaque dépressive.

La sérothérapie spécifique n'a pas encore été sérieusement tentée dans la cure des psychopathies. Cependant, parmi les essais dans ce domaine, nous devons signaler ceux de Virès qui a employé chez les aliénés du sérum sanguin d'animaux et qui a traité des maniaques avec du sérum de maniaques guéris. Les résultats de toutes ces expériences sont trop nouveaux et trop incertains pour que je puisse faire autre chose que les signaler.

Tous les agents de traitement qui viennent d'être énumérés, soit physiques ou médicamenteux, ont assurément un effet thérapeutique qui leur est propre mais il est indéniable qu'à cette action vient toujours se greffer une manifestation psycho-thérapeutique. Le traitement psychique s'applique à tous les malades psychiques mais à des périodes diverses de l'évolution de leur psychose.

Nous devons comprendre par psychothérapie la ré-éducation du convalescent et sa direction morale déterminée par la persuasion et la suggestion, et exercée par le médecin sur le malade dans le but d'arriver à la guérison. Il y a au début de la plupart des guérisons, une période de convalescence pendant laquelle des rechutes sont à craindre si le malade n'est pas soigneusement dirigé et réadapté progressivement aux conditions habituelles de la vie normale. Le mé-

decin s'appliquera à ré-éduquer par des lectures, des travaux manuels, des exercices physiques, l'attention et la volonté du sujet et lui rendre la confiance en lui-même qu'il a perdue. Il faut éviter la fatigue et le surmenage qui auraient un effet néfaste pour ces cerveaux encore fragiles.

La musique est un excellent adjuvant de la cure des maladies mentales. Nous savons que Laurent fut un des premiers qui ait essayé de faire sortir la musique de l'empirisme et qui se soit mis à étudier son action et son emploi en thérapeutique psychiatrique. Depuis, la pratique de la musique s'est généralisée dans les hôpitaux d'aliénés; de petits concerts distraient les malades et les aident à supporter leur sort en leur procurant une occupation agréable. Nous savons que même les agités se tiennent plus tranquilles dans la crainte d'être privés de ces petites fêtes et s'acheminent peut-être plus vite vers la guérison après s'être pendant quelque temps entraînés à se ressaisir, grâce à ce facteur.

En somme, par le traitement psychique et par les occupations diverses, le malade, au déclin de sa maladie, est soustrait au contact des aliénés bruyants, violents ou querelleurs, et peut reprendre intérêt à la vie, et parfois, sinon guérir totalement, au moins être apte à reprendre l'existence en liberté, surtout si un certain degré de surveillance peut lui être continué.

Pour prouver que la thérapeutique des états maniaques ne représente pas un effort inutile, rappelons-nous le succès de la malariathérapie, cette grande découverte de Wagner Von Jauregg, qui a transformé le pronostic de la paralysie générale; d'incurable qu'elle était, elle est devenue une maladie des plus guérissables; cette pensée, doit être, chez le psychiatre un mobile puissant de continuer ses recherches et d'essayer des méthodes de traitement nouvelles, le but est si grand: empêcher une intelligence de sombrer définitivement!

BIBLIOGRAPHIE

CHARPENTIER — Thérapeutique psychiatrique, 1926.
ROCCO — Journal de Neurologie et Psychiatrie, avril 1932.
De BELLEFEUILLE — Traité sur les maladies Mentales, 1933.

QUELQUES PSYCHOSES DU SÉNILE

Par Alcide PILON.
Médecin de l'hôpital Sainte-Justine.

La psychose sénile se développe, d'ordinaire, graduellement et se caractérise par les symptômes suivants: oubli, manque de fixation, baisse générale de la mémoire, surtout pour les événements récents, troubles de l'orientation; bref, une diminution générale de la capacité mentale; l'attention, la concentration sont réduites; on note de l'irritabilité, de l'entêtement et une tendance à la fabulation. Six différentes sortes de manifestations peuvent être distinguées:

1° Manifestation avec détérioration mentale simple;

2° La presbyophrénie, où nous voyons des troubles prononcés de la mémoire et complets de l'orientation dans le temps et l'espace, avec conservation de la lucidité et de l'attention pour les choses immédiates, faiant en sorte que les gens peuvent converser, causer très bien, mais leurs oublis conduisent à d'absurdes contradictions et répétitions. Ce qui prédominerait, ce serait la fabulation et la suggestibilité, à tel point qu'au premier abord on peut se croire en présence du syndrôme de Korsakow.

3° Le type de la psychose périodique cyclothymique;

4° Le type à prédominance de délire et confusion;

5° Le type paranoïde, avec délire, idées de persécution et parfois de grandeur;

6° Enfin, le type pré-sénile, qui se manifesterait vers l'âge de 40 ans; la plupart de ces cas démontrent une sujet irritable, anxieux, avec des symptômes aphasiques ou apraxiques.

Je toucherai également à quelques autres psychoses rencontrées chez le sénile ou le pré-sénile.

La psychose avec artériosclérose cérébrale est souvent difficile à différencier de la psychose sénile, surtout si elle se manifeste dans la phase sénile. Nous observons de la céphalée, du vertige, des attaques avec perte de connaissance; très souvent il y a des signes de lésions cérébrales en foyer tôt ou tard (aphasie, paralysie, etc.). Le symptôme le plus important, si l'artériosclérose est diffuse, est l'incapacité de penser vite et juste, de concentrer, de fixer l'attention, avec

une fatigabilité et un manque de contrôle des émotions (nous en reparlerons à propos du rire et pleurer spasmodique). On peut inclure dans ces psychoses le ramollissement cérébral ou l'hémorragie cérébrale, si la cause en est dûe aux artères. Je passe la P. G., qui peut se manifester à l'âge pré-sénile et, aussi, la syphilis cérébrale: méningite, endartérite, gommes syphilitiques; la Wassermann dans le sang et le L. C. R. et le traitement d'épreuve nous orientent vite.

La chorée de Huntington, à mesure qu'elle évolue, entraîne des symptômes mentaux. Le diagnostic est facile, cette maladie étant considérée comme héréditaire, et les mouvements involontaires choréiformes sont constants. Avec l'évolution de la maladie, nous remarquons de l'inertie mentale, de l'apathie, des réactions de dépression, d'irritabilité et, parfois, une tendance aux impulsions. Le patient, tout en étant bien orienté, a conservé la mémoire pour les événements passés, mais non pour les choses récentes.

Le vieillard hospitalisé, qui a un rire ou pleurer spasmodique, ne rit ni ne pleure parce qu'il est gai ou triste. La mimique est un mouvement réflexe; il pleure ou rit pour un rien et facilement; si on l'isole, par exemple, cela s'arrête spontanément; il existe une sorte de clonus des muscles de la face, une hypertonie. Voilà une pseudo-bulbaire, avec une lésion au-dessus du bulbe pouvant toucher à presque toute la pathologie nerveuse et qui existe rarement à l'état pur. Nous y rencontrons la triade: troubles de la mimique, troubles de la phonation, troubles de la déglutition; tandis que le syndrôme bulbaire porte sur le neurone périphérique, sur les noyaux périphériques et qu'il existe des troubles de l'activité volontaire, tonique, réflexe et automatique, la lésion pseudo-bulbaire, elle, n'atteint que l'activité involontaire. Exemple du patient qui ne peut fermer les yeux sur l'ordre (activité volontaire), mais qui ferme les yeux la nuit quoique incomplètement, puisqu'on dit qu'il dort les yeux ouverts (activité automatique) et qui, au réflexe naso-palpébral, ferme également ses yeux (activité réflexe).

Les troubles de la parole sont manifestes; il ne peut prononcer un mot sur l'ordre et on note souvent de l'écholalie. Il existe une parole au début explosif qui devient ensuite rapide (tachyphémie). Cette voix est monotone, nasonnée, sorte de dysarthrie, et, comme dans la myasthénie, il y a une fatigabilité de la voix, qui devient de plus en plus faible à mesure qu'il parle. Les troubles de la déglutition, faisant en sorte que le sujet avale de travers, a des quintes de toux,

rejette par le nez. Le réflexe du voile du palais est aboli, mais il n'y a aucune atrophie de la langue, ce qui serait bulbaire, XIIe paire. Ces troubles de la déglutition sont encore favorisés du fait que ces gens sont d'ordinaire gloutons et avalent même des morceaux énormes qui les étouffent; il arrive, de temps à autre, qu'on soit demandé d'urgence pour débloquer ces patients, qui sont en état d'asphyxie secondaire.

Il y a donc importance à dépister le pseudo-bulbaire au début pour prévenir les complications et arrêter l'évolution, si possible. Noter l'hyperémotivité, les troubles de l'humeur, du caractère. Cacheraient-ils leur hyperémotivité en étant hyperirritables? Serait-ce une faiblesse d'être coléreux et même agressif? Sont-ils déprimés, mélancoliques? Penser à une P. G., car il est constaté que le début de la P. G. se manifeste plus souvent par de la dépression ou de la mélancolie que par les classiques idées de grandeur. Faire un bon examen général et neurologique détaillé, rechercher si artériosclérose cérébrale ou évolution vers la démence sénile.

Chez tout hémiplégique, rechercher du côté non hémiplégique pour voir si lésion il y a. Essayer de savoir si on aura un début de paralysie pseudo-bulbaire dans un à deux ans. La cause la plus fréquente de la paralysie pseudo-bulbaire serait cependant la lésion vasculaire et, surtout, le ramollissement cérébral. Le syndrôme vasculaire serait causé par une cardiopathie mitrale, une artérite spécifique, chez les jeunes surtout. Chez un jeune homme qui a un syndrôme vasculaire brutal, rechercher toujours la syphilis. Chez l'adulte, se rendre compte s'il existait de l'hypertension artérielle, de l'athérome, de l'artériosclérose. Le syndrôme vasculaire de l'adulte est surtout amené par un ramollissement (thrombose) plutôt que par une hémorragie cérébrale. Les caractères généraux seraient une installation brusque, début brutal en quelques heures, lésion d'emblée au maximum, territoire toujours le même, avec ou sans coma, et hémiplégie du côté opposé; ceci est juste l'opposé des T. C., qui ont une évolution en tache d'huile, lente et progressive dans le temps et l'espace.

S'il n'y a pas de coma, le diagnostic de l'hémiplégie est facile à faire; s'il y a coma, rechercher l'hémiplégie et la cause du coma. Peu importe, en face d'un coma d'origine vasculaire, de savoir si c'est une hémorragie ou un ramollissement; l'intérêt est de pouvoir manier ce coma. L'on a dit que la fréquence de l'hémorragie par rupture de l'artère hémorragique de Charcot était de 10% et que le ramollisse-

ment était dans la proportion de 90%. Dans le doute d'inondation ventriculaire, d'hémorragie, il est préférable de ne pas faire de ponction lombaire qui peut être dangereuse et faire saigner à nouveau, voire même ouvrir des vaisseaux qui étaient oblitérés par un caillot. Il serait préférable d'attendre une semaine environ avant de faire la ponction lombaire. Prendre la pression artérielle, qui, probablement, était au delà de 200 avant l'ictus, mais qui a baissé après l'hémorragie. Si la tension est tombée de 250 à 180, par exemple, le patient est en hypotension relative par rapport à son état constant, vu la forte irrigation à laquelle il était habitué. Il est donc préférable de ne pas faire de saignée, ni d'appliquer de sangsues qui pourraient provoquer une hypotension et peut-être une hémorragie nouvelle. Cependant, Achard, dans le "Concours Médical" du 3 mars 1933, conseille, en pratiquant la ponction lombaire, de modérer l'écoulement du liquide reconnu sanglant, parce que l'évacuation rapide pourrait déplacer un caillot et amener la mort subite au cours de la ponction. La période de début passée, cette ponction lombaire sera répétée sans danger et même parfois avec avantage, parce qu'elle tend à diminuer l'hypertension intracranienne et peut soulager certains troubles. Traiter sans tarder l'hypertension artérielle, traitement qui ne diffère pas de l'hypertension permanente en général. Ce sont des précautions d'hygiène ménageant les efforts, évitant la fatigue, un régime alimentaire principalement lacto-végétarien avec des rations modérées en quantité et une réduction des boissons, une médication hypotensive utilisant les saignées petites et répétées, les purgatifs, etc.

Il y a donc importance à dépister l'artériosclérotique pour essayer de prévenir les complications possibles. Comme les lésions sont diffuses et non territoriales, presque toutes les artères sont sclérosées, y compris les artères cérébrales; il y a ischémie partielle et progressive du cerveau qui peut amener une désintégration nerveuse (cerveau sénile du vieillard). Reconnaître les troubles psychiques du début: hyperémotivité, irritabilité, mictions impérieuses, incontinence, etc. Tixier et De Sèze, dans "Le Monde Médical" de décembre 1933, nous parlent de l'action de l'insuline sur la sclérose progressive des artères cérébrales chez le vieillard. "Peu de maladies seraient plus décevantes, disent-ils; à la suite d'une série d'ictus hémiplégiques, elles peuvent conduire à l'infirmité définitive ou même à la déchéance plus pénible encore du syndrôme pseudo-bulbaire? Ils soumettent donc le malade au traitement très prolongé de l'insuline associée à l'ingestion de sucre. Dose quotidienne de 10 unités d'insuline injectées

immédiatement avant le déjeuner, l'injection étant précédée de l'absorption d'un bol de lait contenant, en solution, cinq ou six morceaux de sucre. Répéter tous les jours pendant 30 jours, reprendre après un mois d'interruption.

Si le syndrôme vasculaire porte sur le côté gauche, il peut y avoir aphasie: aphasie de Wernicke, qui est une lésion temporo-pariétale avec perte des notions concrètes; une aphasie de compréhension, bref un trouble du langage intérieur. C'est la vraie aphasie, rencontrée le plus souvent. Ces individus peuvent se présenter comme des déments, mais en réalité ils ne le sont pas. Ne pas se laisser méprendre par la paralysie, la jargonaphasie, l'intoxication par le mot. Il y a pas un trouble de la mémoire seule; il existe une sorte d'agnosie, une perte du langage intérieur, comme si le mot ne signifiait rien et n'éveillait rien.

L'aphasie de Broca pure est exceptionnelle; le plus souvent il y a association des troubles du langage intérieur avec les troubles de l'articulation ou anarthrie. Ne pas confondre ces gens avec des fous, ni avec les pseudo-bulbaires, qui ont un trouble de l'articulation par lésion bilatérale, leur langage intérieur étant intact; c'est plutôt la force qui leur manque. Il en est de même pour l'apraxique, qui n'est ni paralysé, ni aliéné, ni aveugle, ni sourd, mais ne peut agir ni faire le geste demandé. L'apraxie est intimememnt liée à l'aphasie. L'apraxie idéatoire est bilatérale avec troubles psychiques; l'apraxie idéo-motrice avec troubles psychomoteurs s'accompagne le plus souvent d'hémiplégie.

L'absence de traitement anti-syphilitique chez un contaminé prédispose à la syphilis cérébrale et de là au syndrôme vasculaire. Il existe un danger pour le chancre, qui passe presque inaperçu, avec manifestations cutanées minimes. Celui qui a de fortes éruptions semble, pour ainsi dire, faire sortir une grande partie de la virulence, ou, en tout cas, il est alarmé et se fait traiter. Celui qui, au contraire, n'a pas ces symptômes d'extériorisation semble couver le mal, qui a plus de chances de passer au système nerveux. Il pourra y avoir des gommes syphilitiques ou des artérites cérébrales, de petits anévrismes cérébraux et même des manifestations de P. G. plus tard. L'artère sylvienne étant le siège de prédilection de l'artérite spécifique, tout le cortège du syndrôme vasculaire peut s'amener comme complication.

L'aphasie transitoire, la claudication intermittente, les troubles paralytiques banaux et transitoires, les spasmes artériels doivent

éveiller notre attention. Il faut penser à la syphilis, surtout si l'on a affaire à de jeunes adultes. Henri Roger, dans "La Presse Médicale" du 10 février 1934, nous parle des crises vasculaires sylviennes comme se rencontrant au cours d'états pathologiques divers. Deux grands groupes peuvent être distingués: ceux qui sont symptomatiques d'une lésion organique de l'encéphale, généralement d'une artérite ou d'un processus irritant une artère (méningite plus souvent T. B.), ceux qui surviennent sans lésion appréciable du cerveau ni d'un autre organe, sous l'influence de causes générales, le plus souvent d'ordre toxique.

Ledoux et Jacquot, dans la "Presse Médicale" du 16 août 1933, nous parlent des hémiplégies et aphasies transitoires comme ne constituant pas une rareté clinique; elles seraient observées avec une relative fréquence, mais la rapidité de la régression des symptômes ne permet pas toujours au médecin de les observer, de les étudier, de les retenir comme ils le méritent. Ils parlent des hémiplégies et aphasies qui, survenant brusquement chez les cardiaques atteints, soit d'une affection vasculaire, compensée ou non, soit, plus rarement, d'endocardite aiguë ou lente, soit, plus fréquemment, d'un simple trouble de rythme, cèdent en quelques minutes, en quelques heures, parfois en quelques jours, ne laissant absolument aucune séquelle, la restitution des mouvements et de la parole étant intégrale, les mêmes accidents pouvant se reproduire et les mêmes causes agir sur les territoires cérébraux déjà touchés, ou sur d'autres territoires.

Dans la "Revue Thérapeutique des Alcaloïdes", 1933, p. 264-95, le docteur Benassis, dans les essais de clinique romantique, nous parle de la psychose Baudelairienne. Chez nul peut-être plus que chez Baudelaire, la santé morale n'a retenti sur la santé physique. Atteint d'aphasie, il entre dans une maison de santé; son intelligence s'affaisse; c'est l'apathie, l'incompréhension, enfin la déchéance totale. Il meurt à 46 ans, soit d'une gomme syphilitique, soit d'un ramollissement par oblitération progressive de l'artère sylvienne ascendante gauche, suite d'arthérome probablement spécifique, soit enfin d'une T. C. Il est donc permis de regretter qu'on n'ait pas, dans le doute administré le traitement d'épreuve déjà connu en 1867. Le malade y aurait probablement gagné, sinon la guérison complète, au moins un répit pour de longues années peut-être, et la poésie, de nouveaux chefs-d'œuvre.

Léopold Levi, dans "L'Esprit Médical" de cette année, a consacré des articles à la lutte contre la sénilité; il parle du traitement préventif contre les maladies infectieuses, contre les intoxications et auto-

intoxications, du traitement hygiénique dès le plus jeune âge, hygiène digestive, hygiène respiratoire, hygiène de la peau, hygiène génitale et, dans l'hygiène nerveuse, il mentionne les trois huit: huit heures du sommeil, huit heures de travail, huit heures de distraction par jour, attribués à l'Ecole de Salerme, mais qui méritent encore d'être mis en pratique. Eviter le surmenage physique et cérébral. "Qui veut voyager loin ménage sa monture", dit Racine. On fixera avec méthode l'organisation de ses journées. On se mettra à l'abri des veillées prolongées, des causes d'insomnie. On combattra les tendances à la colère, à la haine, la jalousie, l'envie, la peur, l'agitation. On se mettra à l'abri des passions tristes, des chagrins durables, des inquiétudes. "Il faut vivre, dit Pauchet, avec ceux qui vivent dans une gaieté franche et loyale; vivre avec ceux qui gardent, comme au temps de leur jeunesse, toute leur fraîcheur, toute leur verdeur." A l'âge du repos, il faut fuir l'ennui. On se préparera une nouvelle existence intéressante, dans la retraite. Des retraités non avertis tombent dans des états d'anxiété, de dépression, souffrent de désœuvrement et accepteraient plutôt n'importe quel emploi, même non rétribué. Que d'hommes, ayant mené une vie d'affaires, même fatigante et préoccupante, s'ennuient à ne rien faire et meurent prématurément. Voilà des mesures que nous connaissons tous, mais que nous oublions facilement et qu'il est bon de rappeler.

Je ne puis qu'effleurer le point de vue médico-légal, qui nous entraînerait trop loin. Le sénile qu'on est obligé d'interner parce qu'il a perdu la mémoire est très irritable, grincheux, critiqueux, parce qu'il exige des choses irraisonnables, fait des marchés fâcheux, pouvant ruiner lui et les siens; qui est parfois un pervers sexuel, un extra-social; qui ne peut se conduire, oublie qu'il a allumé un feu pouvant causer des incendies; ce sujet peut avoir des moments lucides. Le visiteur non averti est enclin à penser que c'est à tort qu'il est interné et accuse parfois la famille d'intérêts personnels. Il oublie qu'il faut juger le patient sur l'ensemble de sa conduite et non pas seulement sur quelques minutes d'entrevue. Il y a le point de vue préventif. Il en est, du reste, de même pour le vieil alcoolique qu'on ne peut retourner dans le même milieu familial, ni dans le même cercle d'amis, puisque, infailliblement, il reviendra à son penchant ou à ses habitudes. Très souvent, il y a de la détérioration mentale chez un sujet déjà débile ou taré. L'appel éthylique est difficile à maîtriser; il leur faut un isolement du milieu où ils se trouvaient, une ré-éducation; et pourquoi pas, s'ils se rendent utiles sous surveillance, alors qu'en liberté ils sont un danger pour la société?

QUELQUES CARACTÈRES DU "MORON"

Par M. R. B. LECLAIR,
State School, Belchertown, Mass.

Le "Moron" est le type d'arriéré mental qui présente le plus léger déficit intellectuel. On l'appelle aussi débile mental. Chez l'adulte, sa mentalité correspond approximativement à celle d'un enfant normal de 7 à 12 ans.

Le "Moron", comparé aux autres types d'arriérés, l'imbécile et l'idiot, a un développement intellectuel plus voisin de la normale, des traits caractéristiques moins marqués et une physionomie d'ensemble moins distinctive. Chez l'enfant jeune, il est plus difficile à reconnaître parce qu'alors son degré d'arriération n'est que peu accusé, sa conduite et ses réactions n'ont à peu près rien qui paraisse définitivement anormal.

Ses antécédents personnels nous apprennent parfois qu'il a été un "bébé maladif"; qu'il a fait des "convulsions" plus ou moins fréquentes; qu'il a été lent à "faire ses dents", à parler, à marcher; qu'il a fait de l'énurésie durant plusieurs années, mais l'entourage n'a remarqué chez lui rien de différent, d'anormal, ou a espéré que tout rentrerait dans l'ordre quand il irait à l'école.

Là, cependant, son degré d'arriération va devenir plus manifeste et il va graduellement apparaître plus différent de l'enfant normal: il a du dégoût pour l'étude, il fait l'école buissonnière et ses notes sont inférieures à celles de ses camarades. A l'école, il devient têtu, irascible, désobéissant, inattentif, incorrigible et il faut le surveiller plus que les autres. L'arithmétique lui est souvent incompréhensible. S'il réussit dans certaines matières, il est très faible dans les autres. Il n'est pas capable de suivre et, souvent, il est en retard d'une ou plusieurs années dans ses classes. Ses camarades lui sont indifférents, l'évitent parce qu'il ne sait être intéressant au jeu ou font de lui un sujet de railleries et de taquineries.

A tout événement, quand il quittera l'école, soit promu par charité, soit expulsé du fait de sa mauvaise conduite, soit, enfin, retiré parce qu'il ne progresse pas, la vie ordinaire va bientôt lui offrir une série de problèmes qu'il ne saura pas toujours résoudre d'une façon satisfaisante.

Sa conduite et son manque de jugement dans la direction de ses affaires, sa malhabileté à soutenir la compétition avec les individus normaux vont jusqu'à un certain point trahir sa déficience intellectuelle. Il garde difficilement une position parce qu'il est malhonnête, incompétent, sans initiative. Il est vain, effronté, égoïste, incorrigible et facile à entraîner. La sympathie lui est presque inconnue. Ses mœurs sont décidément mauvaises: onanisme, prostitution, inceste, perversions sexuelles, il y a tous les degrés. Il ne tire aucune leçon de ses expériences heureuses ou fâcheuses et il va même s'exposer à de sévères punitions pour l'obtention d'une bagatelle. Il ne connaît pas la honte et son repentir est ou de surface ou de courte durée.

L'examen physique du "Moron" révèle parfois certaines anomalies. En effet, même dans les cas où le degré d'arriération est léger, il arrive de rencontrer, outre des caractères d'infériorité intellectuelle, des stigmates de dégénérescence et parfois de l'incoordination. On pourra noter:

(a) des déformations de la tête: un des diamètres est augmenté ou diminué, la région occipitale est aplatie, le front est fuyant;

(b) des anomalies faciales: les traits de la figure sont grossiers, asymétriques, manquent d'expression;

(c) des formes bizarres des oreilles dont une peut être plus haute que l'autre;

(d) de l'implantation vicieuse des dents, la forme ogivale du palais, du prognathisme, du strabisme et mêmes des altérations de l'œil;

(e) sa tenue qui indique de la négligence, ses gestes plutôt lourds et presque maladroits et enfin sa démarche qui manque de grâce et de souplesse.

L'examen des antécédents héréditaires va parfois révéler un peu de l'ambiance dans laquelle l'enfant a vécu et de l'exemple qu'il a reçu: on y retracera de l'alcoolisme, de la folie, de l'épilepsie, de la tuberculose, de l'immoralité, de l'arriération, de l'infériorité sociale, etc., etc.

Cependant, ces caractères, qui donnent au "Moron" une allure assez mauvaise, ne sont pas toujours présents et on ne doit pas les regarder séparément comme des symptômes pathognomoniques. On devra plutôt envisager le tableau d'ensemble, complété par l'examen mental (technique psychométrique), afin d'arriver à un diagnostic plus certain.

Nombre d'adultes "Morons" vivent paisiblement dans la société sans toutefois être de brillants succès. Certains peuvent ne présenter aucune anomalie physique et même "bien paraître"; d'autres, regardés comme "pas intelligents", vivent conformément aux règles de la morale et de la société; d'autres, enfin, du fait d'une surveillance appropriée, peuvent même atteindre une certaine aisance. Ils sont employés à l'usine, exercent des métiers et remplissent des fonctions proportionnées à leurs aptitudes. Ils se sont ajustés plus ou moins bien à leur milieu.

Les cas, cependant, qui deviennent un danger à la société ou un fardeau insupportable à la famille sont confiés aux institutions.

Suit le résumé de deux cas de débilité mentale:

(a) Irène..., a 32 ans; âge mental 11 ans et 6 mois.

Sa mère, une épileptique, fut mariée trois fois: d'abord à un "aliéné criminel"; ensuite, au père d'Irène, un dégénéré et un alcoolique qui s'est suicidé; enfin, à un débile. Elle (la mère) a eu 17 enfants dont 9 sont morts en bas âge, 4 sont actuellement dans les institutions (pour les arriérés) et 2 dans une maison de charité.

En 1909, Irène avait 8 ans, le père et la mère ont déserté leurs enfants; ceux-ci furent alors confiés à diverses institutions.

On ne sait à peu près rien d'Irène avant son entrée à l'école. Elle avait alors 6 ans. Au début, tout a bien été, mais elle est bientôt devenue têtue, instable, impudente. En 1912, elle est confiée à une institution (pour les arriérés) où elle continue à suivre ses classes. Là, on la trouve rusée, têtue, sournoise, impudente et irascible.

L'examen physique est négatif sauf une déformation des lobules auriculaires.

En 1923, elle est envoyée à une autre institution du même genre. Là, elle présente encore les mêmes caractères, mais, comme elle aime le travail qu'on lui a assigné, sa conduite s'améliore.

En 1928, sous la surveillance de l'institution, elle est employée comme servante chez un médecin. Durant son stage d'un an en dehors de l'institution, elle travaille bien. Cependant, dès à bonne heure, elle commence à désobéir: elle va au cinéma sans permission, elle entre tard le soir; si on tente de la rappeler au devoir, elle se met en colère et devient même

insolente; elle s'éprend d'un autre employé, devient négligente, ment et finalement est reconduite à l'institution.

N. B. — Cette patiente a eu quelques attaques de "petit mal épileptique".

(b) Mary..., a 28 ans; son âge mental: 8 ans et 6 mois.

Son père et sa mère ne sont pas brillants.

Avant d'aller à l'école, Mary a eu la rougeole et la coqueluche; à l'âge de 10 ans, un rhumatisme articulaire aigu; à l'âge de 11 ans, de la chorée.

L'examen physique est négatif, sauf une endocardite.

Elle a quitté l'école à l'âge de 15 ans. La famille rapporte que Mary a complété le "grade VII". Cependant, un examen démontre que ses connaissances sont environ au niveau des "grades III et IV". Durant les 10 années qui suivent sa sortie de l'école, elle est employée à une usine ou s'occupe un peu aux choses de la maison; elle n'est pas surveillée et elle va où bon lui semble; elle est menteuse, facilement entraînée et même parfois têtue. Elle fait de l'œil à tout homme, même s'il lui est complètement inconnu. Elle a vite oublié ses expériences passées.

En effet, de 1921 à 1931, elle fit 5 grossesses illégitimes. A ce temps-là, une société de bienfaisance persuade la mère de Mary que celle-ci doit être examinée. Ceci est fait et Mary est confiée à une institution.

FORMULAIRE

LA PARALYSIE INFANTILE

(d'après Léon Schekter)

I—**Traitement hygiénique.**

1° Repos au lit.

2° Isolement précoce.

3° Antisepsie locale: nez, bouche, gorge, peau.

II—**Traitement spécifique** (dès la période d'invasion).

1° Sérum de convalescent, intrarachidien, 10 à 15 c.c., pendant 6 jours.

2° Sérum Aug. Petit, intrarachidien (10 à 20 c.c. par jour pendant 3 jours) ou intramusculaire (10 à 20 c.c. matin et soir).

III—**Traitement symptomatique.**

1° Hyperthermie: quinine.

2° Douleurs: ponction lombaire, aspirine, salicylate.

3° Congestions: extrait fluide d'ergot ou tartrate d'ergotamine.

4° Intestins: calomel, scammonée.

5° **Etat général:** huile camphrée éthérée.

IV—**Traitement physiothérapique.**

1° Radiothérapie: méthode Bordier.

2° Diathermie: méthode Duhem.

3° Electrothérapie:

a) Galvanothérapie spinale.
b) Galvanothérapie musculaire. Courant descendant.
c) Galvanisation des muscles.
d) Electrisation en masse (traitement long).
e) Courant faradique (traitement tardif).

4° Mécanothérapie: massage, gymnastique, natation.

5° Air, soleil, montagne.

6° Traitement thermal: bains de mer et stations chlorurées sodiques.

V—**Traitement chirurgical.**

1° Ténotomies.

2° Anastomoses et greffes.

3° Arthrodèse.

4° Ostéotomie — suscondylienne.

5° Orthopédie.

VI—**Prophylaxie.**

1° Insolement: 5 semaines.

2° Déclaration.

3° Désinfections variées: locales, générales, des objets, des fermes, etc...

BOUCHER.

L'ENCÉPHALITE ÉPIDÉMIQUE

(d'après le Pr. Carles, de Bordeaux)

1° Repos au lit.

2° Alimentation liquide ou potages, crèmes, fécules lactées, selon qu'il existe de la fièvre ou pas.

3° Désinfection des mouchoirs, linges ou autres objets, souillés par les sécrétions naso-pharyngées.

4° Matin et soir, huile goménolée (1/10) dans le nez, ou bien matin et soir gros comme un pois de pommade:

Résorcine crist.	0 gr. .20
Baume du Pérou Eucalyptol }	0 gr. .15
Acide borique	2 gr.
Vaseline	20 gr.

6° Bain chaud à 37°, trois fois par jour.

7° Injection sous-cutanée d'uroformine, matin et soir.

8° Abcès de fixation dans les cas sérieux. S'il se produit, le pronostic est favorable.

APHRODISIAQUES

(d'après le Dr Bouquet)

Formules compliquées et anodines pour impressionner le psychisme des malades ayant dépassé 70 ans et voulant à tout prix rester jeunes, sans nuire à leur santé:

Chlorhydrate de yohimbine	0 gr. .05
Teint. de capsicum	XX gttes
" noix vomique	4 c.c.
" gingembre " vanille }	20 c.c.
Elixir de Garus	250 c.c.
Sirop de groseille .... Q. S.	500 c.c.

Une c. à s. avant les repas.

* * *

Gouttes de Baumé	2 c.c.
Ext. fl. de Damiana " d'Acanthia " d'Echinocca }	10 c.c.
Teint. de vanille " mandarine }	20 c.c.
Elixir de Garus .... Q.S.	500 c.c.

Une c. à s. avant les repas.

TRAITEMENT DES SCIATIQUES

(d'après Pierre Mollaret)

Traitement mineur.

1° Le **repos.** Ne pas être trop absolu, ni trop relatif à ce sujet.

2° **Régime alimentaire.** Lacto-végétarien, hypocarné, hypopurinique, dont la sévérité dépendra de l'état général du malade.

3° **Intestin** libre.

4° **Diurèse** à surveiller attentivement.

5° **Médication uricolytique:** pipérazine, atophan

6° **Médication iodée:** iodure de sodium, selon la méthode de Pregl (100 c.c. à 5% I. V.).

7° **Hyposulfite de soude.**

8° **Vaccin** T.A.B. en injection intra-veineuse.

9° **Vaccineurine** (autolysat de staphylocoques, prodigiosus, pyocyanique).

10° **Pyrétothérapie** par le soufre ou par l'huile de térébenthine.

11° **Les médications calmantes:**

a) salicylate de soude et aspirine;
antipyrine et pyramidon;
phhénacétine, etc...

b) Teint. de gelsémium sempervirens, associée à la teint. d'aconit;

c) l'atropine;

d) les opiacés en association discrète sous forme de codéine surtout.

12° **Les médications externes:**

a) Par la chaleur et le froid réunis: cataplasmes, bouillotte, sac de sable, air chaud, compresses électriques.

b) liniments;

c) pas de pointes de feu, ni ventouses scarifiées.

Traitement majeur.

1° **Injections paranerveuses** ayant pour but d'atteindre une partie du domaine du nerf sciatique, grâce à un voisinage direct.

1. **Injections sous-cutanées** (oxygène, air ou autre gaz) beaucoup moins employées.
2. **Injections paranerveuses de produits lytiques** (alcool antipyrinisé au quart): abandonnées.
3. **Injection paranerveuse de produits non lytiques:** salicylate, iodure, lipiodol, cocaïne, novocaïne, ont plus de succès.

Se font au niveau de la grande échancrure sciatique, dans la région paravertébrale (technique Barré) ou dans l'espace épidural.

2° **Traitements physiothérapiques.**

1. **Galvanisation simple:** abandonnée.
2. **Diélectrolyse:** excellente méthode.
3. **Radiothérapie:** excellente méthode.
4. **Diathermie:** mauvaise méthode dans les cas de sciatiques dites essentielles; excellente pour les myalgies pseudo-sciatiques.
5. **Infra-rouges:** nuls.
6. **Ultra-violets:** inefficaces.
7. **Haute fréquence:** à recommander dans les séquelles seulement.
8. **Schéma de Mollaret:**
   Sciatique à douleur continue: diélectrolyse et injections intra-fessières d'iodure de sodium; sciatique à paroxysmes douloureux: injection épidurale de novocaïne et radiothérapie.

Roméo BOUCHER.

NOUVELLES

NOTE. — Nous sommes heureux de publier le communiqué officiel que nous adresse le Secrétaire général du Congrès Médical de Québec.

XIIIe CONGRES DE L'ASSOCIATION DES MEDECINS DE LANGUE FRANÇAISE DE L'AMERIQUE DU NORD

et

XXIIIe SESSION DE L'ASSOCIATION DES MEDECINS DE LANGUE FRANÇAISE D'EUROPE

Québec les 27, 28, 29 et 30 août 1934

Nous sommes très heureux de publier le programme scientifique préliminaire du Congrès de l'Association des médecins de langue française d'Amérique et d'Europe qui aura lieu à Québec, les 27, 28, 29 et 30 août prochain. Nous informons les lecteurs de la Revue que cette liste n'est pas encore complète. Nous recevons encore des communications; mais les grandes lignes du programme sont maintenant établies. Nous y avons ajouté l'horaire des réceptions officielles.

Le Congrès des médecins français d'Europe formera la section de la médecine interne et le congrès des médecins français d'Amérique formera la section de chirurgie et spécialités.

On peut voir par le nombre des travaux, par la valeur et la renommée des conférenciers l'importance de nos réunions. Les séances auront lieu simultanément au Château Frantenac et dans les différents hôpitaux. Chacun pourra assister à celles qui lui inspirent le plus d'intérêt.

HORAIRE DU CONGRES

27 août

9 hrs a.m. — Inscription des Congressistes au Château Frontenac.
2 hrs p.m. — Ouverture du Congrès au Château Frontenac.
5 hrs p.m. — Visite à la tombe du docteur Rousseau.
8 hrs p.m. — Dîner à bord du "Champlain".
(La Fanfare du 22e Régiment donnera un concert sur la terrasse durant toute la soirée).
9 h. 30 p.m. — Bal au Château Frontenac.

28 août

9 hrs a.m. — Séance du Congrès au Château Frontenac.
9 hrs a.m. — Leçons cliniques aux hôpitaux.
1 heure p.m. — Déjeuner offert par le docteur Paquet.
1 heure p.m. — Déjeuner offert aux épouses des Congressistes.

2 h. 30 p.m. — Séance du Congrès au Château Frontenac.
5 hrs p.m. — Réception à Spencerwood.
7 h. 30 p.m. — Dîner du Gouvernement provincial.
10 hrs p.m. — Bal à bord du "Vauquelin".

29 août

9 hrs a.m. — Séance du Congrès au Château Frontenac.
9 hrs a.m. — Leçons cliniques aux hôpitaux.
2 h. 30 p.m. — Séance du Congrès au Château Frontenac.
5 hrs p.m. — Réception au Château Frontenac offerte par les médecins français d'Europe.
8 hrs p.m. — Soirée littéraire et musicale, au Palais Montcalm, organisée par l'Institut Canadien.
10 hrs p.m. — Réception du Gouverneur Général à la Citadelle.

30 août

9 hrs a.m. — Séance du Congrès au Château Frontenac.
2 h. 30 p.m. — Séance de clôture du Congrès au Château Frontenac.
5 hrs p.m. — Thé offert par le Comité des Dames aux épouses et aux jeunes filles des Congressistes au Club de Golf à Boischâtel.
8 hrs p.m. — Banquet au Château Frontenac. L'honorable M. L.-A. David, Secrétaire provincial, y représentant le gouvernement de la province de Québec.

PROGRAMME SCIENTIFIQUE PRELIMINAIRE

Lundi, 27 août

3 hrs p. m.

SEANCE OFFICIELLE D'OUVERTURE DU CONGRES

Salle des Congrès, au Château Frontenac.

Mardi, 28 août

SECTION DE MEDECINE

9 hrs a. m. et 2 h. 30 p. m.

Salle des Congrès, au Château Frontenac.

Syndromes Pancréatiques

A—Pancréatites aiguës:

Professeur A. LeSAGE, de Montréal.
Docteur J.-R. PEPIN, professeur agrégé de Montréal.
Docteur R.-R. BOUCHER, professeur agrégé de Montréal.
Docteur Jean LeSAGE, Montréal.

B.—Pancréatites chroniques avec troubles de la sécrétion externe:

Professeur A. CADE, de Lyon.

C.—Pancréatites chroniques avec troubles de la sécrétion interne:
Professeur A. PUECH, de Montpellier.
Docteur Pierre RIMBAUD, de Montpellier.

D—Traitement chirurgical des pancréatites aiguës:
Docteur BROCQ, professeur agrégé de Paris.

E—Traitement chirurgical des pancréatites chroniques:
Professeur BERARD, de Lyon.
Docteur MALLET-GUI, de Lyon.

Diagnostic des insuffisances pancréatiques:
Professeur Marcel LABBE, de Paris.

Quelques cas de pancréatites aiguës, guéris sans traitement chirurgical:
Docteur Max EINHORN, New-York.

Pancréatites chroniques et épiploïtes gastro-hépatiques:
Docteur LARDENNOIS, professeur agrégé de Paris.

Le diabète pancréatico-splénique au cours des cirrhoses:
Professeur Noël FIESSINGER et Docteur Georges BROUET, de Paris.

SECTION DE CHIRURGIE ET DES SPECIALITES

9 hrs a. m.

Salle Jacques-Cartier, au Château Frontenac.

1° *Du curage digital et du curettage dans le post-partum et le post-avortum*:
Docteur Fabien GAGNON.

2° *Statistiques nouvelles relatives au drainage transcervical*:
Docteur Léon GERIN-LAJOIE.

3° *Considérations sur la césarienne segmentaire d'après le procédés de Louis Michon*:
Docteur Léo REID.

4° *Considérations préliminaires sur les résultats de "l'Evipan", nouvel anesthésique intraveineux — 70 cas*:
Docteur Georges COUSINEAU.

5° *Quelques observations sur une statistique de 200 rachi-anesthésies*:
Docteur Adrien BONIN.

6° *A propos d'anesthésie rachidienne*:
Docteur Florian TREMPE.

7° *Anesthésie générale par l'éther et l'acide carbonique*:
Docteur F. HUDON.

8° *Présentation d'un nouveau masque chirurgical*:
Docteur P.-P. GAUTHIER.

9° *Améliorons notre anesthésie*:
Docteur Eugène ALLARD.

2 h. 30 p. m.
Salle Jacques-Cartier, au Château Frontenac.

1° *Réflexions sur la symphyse pubienne; la symphyséotomie, procédé de Zarate (film)*:
Docteur VAUDESCAL.

2° *Nouvel appareillage pour le traitement rationnel des ptoses viscérales*:
Docteur Marcel JOLY.

3° *Marcheurs à quatre pattes (film)*:
Docteur Edouard SAMSON.

4° *De l'utilisation des greffons osseux intra-médullaires dans le traitement des fractures diaphysaires*:
Docteur Henri LAFITTE.

5° *Procédé sous-cutané pour allongement des tendons avec bistouris de forme spéciale — méthode originale*:
Docteur Edmond-A. CAYO.

6° *Les malformations congénitales et acquises du membre inférieur et les rapports du pied plat avec les algies*:
Docteur Rupert DEROME.

7° *Démonstration d'un moteur chirurgical*:
Docteur Ernest-P. CAYO.

8° *Nouveau traitement orthopédique pour fracture de la hanche permettant au malade de s'asseoir et laissant à découvert la région trochantérienne*:
Docteur Albert COUTURIER.

9° *Conduite à tenir en présence d'un blessé du crâne*:
Docteur Mercier FAUTEUX.

Mercredi, 29 août

SECTION DE MEDECINE

9 hrs a. m. et 2 h. 30 p. m.
Salle des Congrès, au Château Frontenac.

Les Etats Hypoglycémiques

A—Physiologie pathologique:
Professeur J. LABARRE, de Bruxelles.

B—Les états hypoglycémiques en clinique:
Professeur Marcel LABBE, de Paris,
Docteur R. BOULIN, de Paris,
Docteur Renaud LEMIEUX, de Québec,
Docteur Sylvio LEBLOND, de Québec.

"L'Hypoglycémie réactionnelle consécutive à l'injection intraveineuse de sérum glucosé hypertonique":
Professeur Maurice ROCH, de Genève.

SECTION DE CHIRURGIE ET DES SPECIALITES

9 hrs a. m.

Salle Jacques-Cartier, au Château Frontenac.

1° *Etude de la valeur comparative de la méthode de Sandstrom avec celle de Graham-Cole*:
Docteur Alfred MOUSSEAU.

2° *Un cas de botryomycose du vagin*:
Professeurs Charles VEZINA, Arthur VALLEE, Louis BERGER et Docteur J.-Emile MORIN.

3° (*a*) *Tuberculose aviaire (contribution à l'étude)*:
Docteur J.-Emile MORIN.

(*b*) *Etude d'un bacille acido-résistant retiré d'un cas d'adénite cervicale de l'enfance*:
Docteur J.-Emile MORIN et Professeurs F. ARLOING et L. THEVENOT, de Lyon.

4° *Recherches sur le B.C.G.*:
Docteur Armand FRAPPIER et V. FRENETTE.

5° *Notes sur l'action de l'acide monoiodacétique sur la glycolyse du sang in vitro*:
Docteur Albert BERTRAND et M. Paul RIOPEL.

6° *Xéroderma pigmentosum*:
Professeur Robert MAYRAND et Docteur Emile GAUMONT.

7° *Sympathicotrophies et périphérites vasculaires*:
Docteur J.-Urgel GARIEPY.

8° *Physiothérapie de la polyomyélite, épidémie* 1932:
Docteur Jules GOSSELIN:

9° *Deux ans d'expérience avec le régime riche en hydrates de carbone, dans le traitement du diabète sucré*:
Docteur L.-Henri GARIEPY.

2 h. 30 p. m.

Salle Jacques-Cartier, au Château Frontenac.

1° (*a*) *Hernie diaphragmatique de l'estomac à travers l'hiatus œsophagien—observations dans une trentaine de cas (faits cliniques et radiologiques)*:
Docteur Chevalier Lawrence JACKSON.

(*b*) *Aspects endoscopiques:*
Professeur Chevalier JACKSON.

2° *Les spirochètes buccaux associés aux anaérobies dans la pyorrhée et l'abcès pulmonaire (film):*
Docteur Arthur-Q. PENTA.

3° *Progrès en correction plastique de difformités de la face et de la poitrine (clichés et film):*
Docteur Jacques-M. MALINIAK.

4° (*a*) *Paralysie faciale unilatérale (films);*
(*b*) *Applications des diverses greffes de peau (films en couleur):*
Docteur Eastman SHEHAN.

5° *La gastrophotographie (projection de clichés):*
Docteur Charles GARIN.

6° *Les malformations de la face les plus communes et leur correction chirurgicale (clichés):*
Docteur H.-O. BAMES.

7° (*a*) *Préparation du champ opératoire;*
(*b*) *Fracture de la base du crâne et propidon:*
Professeur LECERCLE.

8° *Le traitement de la cholécystite suppurée:*
Docteur André SIMARD.

9° *Cent cas de rhinite atrophique traités par l'auto-vaccination:*
Docteur Paul LAROCHELLE.
et
Docteur Wilfrid LEBLOND.

Jeudi, 30 août

SECTION DE MEDECINE

9 hrs a.m. et 2 h. 30 p.m.

Salle des Congrès, au Château Frontenac.

La Pyrétothérapie

A—Généralités, agents pyrétogènes biologiques, mode d'action:
Professeur agrégé Charles RICHET, fils, de Paris.

B—Pyrétothérapie et affections du système nerveux:
Professeur H. ROGER, de Marseille.

C—Pyrétothérapie dans les infections et dans les maladies de la nutrition du sang:
Professeur FRIBOURG-BLANC, de Paris.

D—Pyrétothérapie par moyens physiques thermogènes:
Docteur A. HALPHEN, de Paris,
et
Docteur J. AUCLAIR, de Paris.

E—Pyrétothérapie et pyrétoprophylaxie antisyphilitique par moyens physiques thermogènes:
Professeur A. BESSEMANS, de Gand.

La notion du champ électrique en disthermothérapie et en pyrotothérapie par ondes courtes:
Professeur Léo PARISEAU.

Bilan de sept années de malariathérapie à l'Hôppital de Bordeaux:
Docteur Antonio BARBEAU, professeur agrégé à l'Université de Montréal.

L'électropyrexie, sa signification clinique et les modalités pour sa production:
Docteur Clarence-A. NEYMANN.

SECTION DE CHIRURGIE ET DES SPECIALITES

9 hrs a.m.

Salle Jacques-Cartier, au Château Frontenac.

1° *Quelques réflexions sur la nature et le traitement des rectites sténosantes:*
Professeur HARTMANN.

2° *Le cancer est guérissable—Statistiques de l'Amérique du Nord:*
Professeur Pierre RHEAUME.

3° *La curiethérapie des hémorragies utérines de nature bénigne — 150 observations personnelles (projections):*
Professeur Louis-E. PHANEUF.

4° *Traitement chirurgical du cancer et de la tuberculose de l'uretère (film et clichés):*
Docteur Robert GUTIEREZ.

5° *Le traitement du cancer par la radiothérapie à 300,000 volts:*
Professeur J.-E. GENDREAU.

6° *La prophylaxie des accidents post-opératoires par perturbations du métabolisme:*
Docteur Edouard DESJARDINS.

2 h. 30 p.m.

Salle Jacques-Cartier, au Château Frontenac.

1° *Cholécystélectrocoagulectomie (film):*
Professeur Max THORAX.

2° *Les effets des spasmes vasculaires dans l'épileptie (film et clichés):*
Docteur W. PENFIELD.

3° *Hémiplégie homolatérale au cours de lésions intracraniennes:*
Docteur Thomas HOEN.

4° *Les ruptures du rein et du foie:*
Docteur I. BLAGDON.

5° *Le lever précoce en chirurgie abdominale:*
Docteur Pierre SMITH.

6° *Les relations pathologiques entre le nez et l'ouïe:*
Docteur A. SARGNON.

7° *Traitement des inégalités de longueur progressives et stabilisées du membre inférieur:*
Professeur Ugo CARNERA.

Mardi 28 août et Mercredi 29 août

à 9 hrs a.m.

Des séances cliniques, dans nos principaux hôpitaux de Québec, compléteront les réunions tenues au Château Frontenac. Le programme de ces séances cliniques a été arrêté comme suit:

Leçons cliniques de gastro-entérologie
Hôtel-Dieu
Présidence: Docteur Charles VEZINA

Leçons cliniques d'urologie
Hôpital du Saint-Sacrement
Présidence: Docteur P.-C. DAGNEAU

Leçons cliniques de pédiatrie
Hôpital de l'Enfant-Jésus
Présidence: Docteurs Charles TURCOT
et
Henri LALIBERTE

Leçons cliniques de phtisiologie
Hôpital Laval
Présidence: Docteur Roland DESMEULES

Leçons cliniques de neuro-psychiatrie
Clinique Roy-Rousseau
Présidence: Docteur Saluste ROY

Leçon cliniques d'hygiène mentale
Ecole Jemmerais
Présidence: Docteur Jean MILLER

Les noms des médecins invités à donner des leçons cliniques et à présenter des travaux théoriques dans ces différents hôpitaux paraîtront dans le programme scientifique définitif.

Nous avons lieu d'espérer que notre Congrès sera un grand succès. Les inscriptions à date sont nombreuses. Nous sommes très heureux de constater l'importance des délégations européennes et américaines. Sous l'active direction du docteur Albert Paquet les organisateurs ont travaillé avec zèle et dévouement. Les professeurs Sergent et Desfosses, de Paris, et le professeur Arloing, de Lyon, arriveront quinze jours avant l'ouverture du Congrès afin de nous aider dans les derniers préparatifs.

Le Congrès de 1934 sera sans doute le plus important que nous ayons eu.

LIVRES REÇUS

La radiologie des scissures pulmonaires, par le Docteur H. D'HOUR, ancien chef de clinique à la Faculté libre de Lille. Préface du Pr L. LANGERON, Librairie Octave Doin, Gaston Doin & Cie, éditeurs, 8, Place de l'Odéon, Paris (6e).

Ce livre intitulé: "La radiologie des scissures pulmonaires" embrasse un sujet beaucoup plus vaste que son titre ne le laisse supposer.

Le lecteur trouvera étudiées ici l'anatomie, la radiologie des scissures, la pathologie des lésions scissurales et juxta-scissurales.

Il appréciera particulièrement les chapitres où l'auteur a établi au moyen d'opacifications expérimentales une véritable topographie radiologique nouvelle des scissures et des lobes. Grâce aux comparaisons qui peuvent être établies entre ces images expérimentales et certains aspects radiologiques rencontrés en clinique, ces chapitres constitueront pour le lecteur la meilleure introduction à l'étude de la pathologie scissurale.

Quant à la pathologie scissurale, la plus grande partie de cet ouvrage lui est consacrée. Les nombreuses observations qui accompagnent le texte, les excellentes et souvent si curieuses radiographies qui les illustrent, les photographies de pièces anatomiques montreront combien les lésions scissurales peuvent être diverses, combien leur interprétation peut être difficile et nécessiter des connaissances cliniques et des notions anatomo-radiologiques précieuses.

Ce livre, qui traite d'un sujet que la radiologie a véritablement rénové, est appelé à rendre service à tout médecin, même non spécialisé, qui s'intéresse à la radiologie et à la pathologie respiratoires.

Considérations sur l'étiologie des maladies infectieuses, par M. le Dr RAPPIN, professeur honoraire de l'Ecole de Médecine, directeur de l'Institut Pasteur de Nantes, en collaboration avec M. le Dr DOUSSAIN, médecin à Clisson. (Volume de 132 pages. Imprimerie de Bretagne, 32, rue de la Fosse, Nantes).

Formulaire gynécologique du praticien, par G. JEANNENEY, professeur à la Faculté de Médecine de Bordeaux, et Marc ROSSET, assistant au Centre du Cancer de Bordeaux. Volume d'environ 225 pages, G. Doin et Cie, éditeurs, 8 Place de l'Odéon, Paris.

Hygiène du cuir chevelu et de la chevelure, par Georges LEVY, chef de Laboratoire à l'Hôpital Saint-Louis. Collection "Hygiène et Diététique", G. Doin et Cie, éditeurs, Paris.

Hygiène et régime des obèses, par Gilbert DREYFUS, ancien interne-lauréat des hôpitaux de Paris. Collection "Hygiène et Diététique". G. Doin et Cie, éditeurs, Paris.

Les traitements de la syphilis, par M. le Dr R.-J. WEISSENBACH, médecin de l'Hôpital Broca, et M. le Dr G. BASCH, médecin des hôpitaux de Paris. Collection des Actualités de Médecine Pratique. G. Doin & Cie, éditeurs, Paris.

L'intoxication par les somnifères (intoxication barbiturique), par Charles FLANDIN, médecin de l'Hôpital Bichat, Jean BERNARD, et François JOLY, internes des hôpitaux de Paris. G. Doin & Cie, éditeurs, Paris.

Traitement des abcès chauds, par DYPUY de FRENELLE. Editions de l'Expansion Scientifique Française, 23 rue du Cherche-Midi, Paris.

Sous la menace de la surdité, par les docteurs G. de PARREL et B. de GORSSE. Editions Albin Michel, 22 rue Huyghens, Paris.

Formulaire de pratique médicale courante à l'usage des médecins praticiens, par Maurice CHIRAY et Albert R. SALMON, avec la collaboration de E. ROGER, R. LEBEQUE et Mlle A. de PREVAL. Volume de 450 pages, Vigot Frères, éditeurs, 23 rue de l'Ecole de Médecine, Paris.

L'Union Médicale du Canada

Fondée en 1872

Comité de Direction

MM. Benoit, Boucher (R.), Boulet, Bousquet, Bourgeois, Bruneau, Comtois, De Cotret, Desloges, Dubé, Gérin-Lajoie (Léon), Harwood, Leduc, LeSage, Marien, Marin (Albéric), Marion (D.), Masson (D.), Mercier, Mousseau (J.-A.), Parizeau, Rhéaume, Roy, Saint-Jacques, Vidal.

Président: L. de L. Harwood; Vice-Président: B.-G. Bourgeois; Secrétaire-Trésorier: J.-A. Vidal. Membre d'honneur: Professeur Pierre Masson.

Comité de Rédaction

MM. Amyot, Roma; Badeaux, François; Bellerose, Antonio; Bertrand, Albert; Brault, Jules; Deguise, Albert; Desloges, Alfred; Doré, Réal; Dubé, Edmond; Fauteux, Mercier; Fontaine, Rosario; Lapierre, Gaston; Legrand, Emile; Letondal, Paul; Magnan, Arthur; Mathieu, Emile; Pepin, Roméo; Rivard, Jos.; Saucier, Jean; Simard, Charles; Trottier, Ernest.

Président: A. LeSage; Vice-président: J.-A. Vidal;
Secrétaire: Léon Gérin-Lajoie;
Secrétaire-adjoint: Donatien Marion.

ONT COLLABORE AU VOLUME DE 1933:

Amyot, (R.), Archambault, (P.-A.), Archambault, (P.-R.), Barbeau, (A.), Baril, (Geo.), Barry, (Gaétan), Baril, (H.), Bellerose, (A.), Bernier, (M.), Bertrand, (A.), Blagdon, (L.), Boucher, (R.), Bourgeois, (P.), Boutin, (P.), Brault, (J.), Brisebois, (M.), Champeau, (J.), Cholette, (A.), Comtois, (A.), Corrigan, (J.-A.), D'Allaines, (F.), D'Anna, (A.), Deland, (Garde A.), Deguise, (A.), De Bellefeuille, (G.-L.), Desfosses, (P.), Desforges, (A.), Derome, (H.-R.), Doré, (R.), Dubé, (J.-E.), Dumontier, (A.), Dufresne, (E.), Fauteux, (M.), Favreau, (J.-C.), Fontaine, (R.), Fortier, (L.-E.), Fortier, (L.), Fortier, (J.), Gariépy, (U.), Gariépy, (L.-H.), Gélinas, (L.), Gélinas, (H.), Gérin-Lajoie, (L.), Gibeault, (A.), Gibeault, (H.), Godin, (A.), Gratton, (A.), Hoen, (T.-J.), Jarry, (J.-A.), Kennedy, (E. J. C.), Knopf, (S.A.), Labelle, (A.), Lacharité, (H.), Lafrenière, (G.), Lapierre, (G.), Lapointe, (J.), Laquerrière, (A.), Legrand, (E.), Léonard, (D.), LeRoy, (A.), LeSage, (A.), Le Sage, (J.), Letondal, (P.), Léveillé, (J.-A.), Longpré, (D.), Magnan, (L.-A.), Mantha, (L.), Manseau, (J.-A.), Marin, (A.), Marion, (D.), Marsan, (G.-A.), Masson, (P.), Mathieu, (E.), Mercier, (O.), Meyer, (W.), Moline, (R.), Morin, (P.), Morin, (J.-G.), Mousseau, (J.-A.), Ossendorf, (K. W.), Panneton, (J.-E.), Paquette, (J.-P.), Parizeau, (T.), Poirier, (P.), Rhéaume, (P.-Z.), Rivard, (J.-H.), Rosell, (J.-M.), Roussel, (J.-M.), Roy, (J.-N.), Saint-Jacques, (E.), Samson, (J.-E.), Saucier, (J.), Sheehan, (J. E.), Simard, (L.-C.), Smith, (P.), Tétreault, (A.), Trottier, (E.), Vallée, (A.), Vidal, (J.-A.), Vignal, (W.).

SUITE DU SOMMAIRE

BIBLIOGRAPHIE

Les traitements de la syphilis 1060

Formulaire gynécologique du praticien 1060

ANALYSES

MEDECINE

La pratique du diagnostic de la tuberculose par l'inoculation au cobaye (p. 1032). Grand abcès primitif du foie à staphylocoques (p. 1032). Coma insu'inique chez un sujet non diabétique. Guérison après simple rachicentèse (p. 1032). Troisième statistique de la chrysothérapie de la tuberculose pulmonaire (p. 1033). Ponctions exploratrices négatives et pleurésies à grand épanchement (p. 1034). Manifestations tardives de l'amibiase (p. 1034). Le traitement de l'infarctus du myocarde (p. 1036).

CHIRURGIE

Le traitement chirurgical de l'épilepsie (p. 1036a). Réflexions sur la thérapeutique de l'ulcère gastro-duodénal (p. 1037). Recherches sur les variations de quelques éléments du sang (calcium en particulier) au cours de la période post-opératoire (p. 1037). Maladies chirurgicales du tractus biliaire (p. 1038).

PEDIATRIE

La rougeole ecchymotique (p. 1038). Les convulsions essentielles du nourrisson (p. 1039).

DERMATO-SYPHILIGRAPHIE

Le traitement des cardiopathies syphilitiques (p. 1040). L'Hémocrinothérapie (p. 1041). Syphilis pulmonaire (p. 1042).

CHIRURGIE INFANTILE ET ORTHOPEDIE.

L'arthrodèse extra-articulaire de l'épaule (p. 1042). L'association de tuberculose pulmonaire avec la tuberculose osseuse et articulaire (p. 1043).

PHTISIOLOGIE

La radiokymographie en pratique phtisiologique (p. 1043). Technique des lavages pleuraux (p. 1044). La tuberculose pulmonaire des déments précoces. Etude clinique et radiologique, portant sur 204 cas de démence précoce (p. 1045). Traitement des épanchements pleuraux au cours du pneumothorax thérapeutique par le chlorure de calcium (p. 1045).

Congrès médical de Québec

(27, 28, 29 et 30 août 1934)

●

A nos Collègues et Amis Français.

Le quatre centième centenaire de la découverte du Canada coïncide avec le Congrès des médecins de langue française de l'Amérique du Nord et d'Europe, les 27, 28, 29 et 30 août dans la ville historique de Québec.

C'est un fait unique dans notre histoire. Depuis longtemps, nous n'avons pas vu, au Canada, un aussi grand nombre de personnalités éminentes dans les arts, les lettres, les sciences et la médecine. L'Académie Française, l'Institut, l'Université de Paris, les Universités de Provinces, l'Académie de médecine, les Sociétés de médecine et de chirurgie y seront officiellement représentées.

Aux médecins de ce groupe, en particulier, nous adressons un salut confraternel. Dans chacun d'eux nous reconnaissons un ami ou un maître. Qu'ils soient les bienvenus au Canada ! Que nos confrères canadiens se rendent en foule pour les entendre, les connaître et témoigner, par leur présence, de l'importance de leur mission parmi nous.

L'Union Médicale, la plus ancienne Revue Médicale française au Canada, qui a constamment inspiré et dirigé ce vaste mouvement d'idées, souhaite la plus cordiale bienvenue à tous les membres de cette nombreuse et imposante délégation.

Nous adressons, aussi, nos félicitations aux organisateurs de ces grandes manifestations qui marqueront une date dans notre histoire.

L'Union Médicale du Canada.