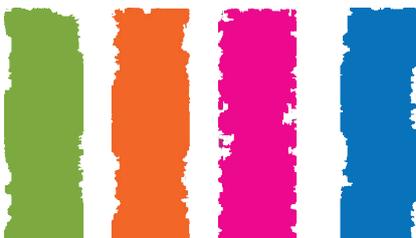




Pour citer cet article :

**Chazal (Dr Eugène), *Les anormaux psychiques : contribution à l'étude de l'enfance anormale*, Paris et Lyon, A. Maloine, 1907, 150 p. ; chapitre premier « Définition, classification et description des anormaux », p. 9-32.**



Les anormaux  
psychiques :  
contribution à l'étude de  
l'enfance anormale / par  
le dr Eugène Chazal,...

Chazal, Eugène. Les anormaux psychiques : contribution à l'étude de l'enfance anormale / par le dr Eugène Chazal,.... 1907.

1/ Les contenus accessibles sur le site Gallica sont pour la plupart des reproductions numériques d'oeuvres tombées dans le domaine public provenant des collections de la BnF. Leur réutilisation s'inscrit dans le cadre de la loi n°78-753 du 17 juillet 1978 :

\*La réutilisation non commerciale de ces contenus est libre et gratuite dans le respect de la législation en vigueur et notamment du maintien de la mention de source.

\*La réutilisation commerciale de ces contenus est payante et fait l'objet d'une licence. Est entendue par réutilisation commerciale la revente de contenus sous forme de produits élaborés ou de fourniture de service.

Cliquer [ici pour accéder aux tarifs et à la licence](#)

2/ Les contenus de Gallica sont la propriété de la BnF au sens de l'article L.2112-1 du code général de la propriété des personnes publiques.

3/ Quelques contenus sont soumis à un régime de réutilisation particulier. Il s'agit :

\*des reproductions de documents protégés par un droit d'auteur appartenant à un tiers. Ces documents ne peuvent être réutilisés, sauf dans le cadre de la copie privée, sans l'autorisation préalable du titulaire des droits.

\*des reproductions de documents conservés dans les bibliothèques ou autres institutions partenaires. Ceux-ci sont signalés par la mention Source gallica.BnF.fr / Bibliothèque municipale de ... (ou autre partenaire). L'utilisateur est invité à s'informer auprès de ces bibliothèques de leurs conditions de réutilisation.

4/ Gallica constitue une base de données, dont la BnF est le producteur, protégée au sens des articles L341-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle.

5/ Les présentes conditions d'utilisation des contenus de Gallica sont régies par la loi française. En cas de réutilisation prévue dans un autre pays, il appartient à chaque utilisateur de vérifier la conformité de son projet avec le droit de ce pays.

6/ L'utilisateur s'engage à respecter les présentes conditions d'utilisation ainsi que la législation en vigueur, notamment en matière de propriété intellectuelle. En cas de non respect de ces dispositions, il est notamment passible d'une amende prévue par la loi du 17 juillet 1978.

7/ Pour obtenir un document de Gallica en haute définition, contacter [reutilisation@bnf.fr](mailto:reutilisation@bnf.fr).

## CHAPITRE PREMIER

---

### Définition, classification et description des anormaux

Il existe autant de définitions des *enfants anormaux* qu'il y a d'auteurs qui se sont occupés de cette question. Mais elles diffèrent dans la forme plus que dans le fond, et, en définitive, on s'accorde assez bien pour savoir ce qu'il faut entendre par cette appellation.

Nous ne donnerons pas ici toutes ces définitions, et nous désignerons sous le nom d'enfants anormaux ou même tout simplement d'anormaux : *les enfants qui, par suite de lésés organiques ou fonctionnelles, sont incapables de profiter des méthodes d'enseignement actuellement employées dans les écoles.*

Ce défaut d'adaptation au milieu scolaire, qui caractérise les anormaux, peut tenir à des états de nature très diverse. Sont anormaux, en effet, les aveugles, les sourds, les manchots, les adénoïdiens, les imbeciles depuis l'idiot le plus profond jusqu'à l'arriéré le plus léger, les épileptiques, les vicieux, etc.

\*  
\* \*

Ce groupe hétérogène peut cependant se scinder en deux grandes catégories : les anormaux physiques et les anormaux psychiques.

Nous ne nous occuperons pas des premiers, constitués surtout par les *aveugles* et les *sourds-muets*, de beaucoup les moins nombreux, et qui trouvent dans des institutions privées ou des établissements de l'Etat, bien qu'en nombre insuffisant, l'éducation qui leur convient.

Si l'on s'est aperçu depuis longtemps que ces enfants *physiquement* anormaux ne peuvent être instruits par les méthodes ordinaires, il n'en a pas été de même pour les enfants *mentalement* anormaux ou *anormaux psychiques*. Ces derniers, les uns peu ou pas intelligents, les autres vicieux, continuent, tout au moins en France, à fréquenter les écoles primaires, alors qu'ils n'en retirent aucun profit, cette instruction non assimilable étant même souvent une cause d'aggravation de leur état.

Nous définirons les anormaux psychiques (1), à l'étude desquels nous avons limité notre travail : les enfants qui, par suite de tares cérébrales, organiques ou fonctionnelles, occasionnant, dans le développement de leurs facultés intellectuelles (anormaux intellectuels) ou morales (anormaux moraux), des

(1) Il est entendu que toutes les fois que nous emploierons le mot *anormaux* nous aurons uniquement en vue les *anormaux psychiques*.

*troubles plus ou moins profonds, sont incapables de profiter des méthodes d'enseignement actuellement employées dans les écoles.*

\* \* \*

Avant d'aller plus loin, une distinction est à faire ici entre ces anormaux et les *faux anormaux*. On voit parfois dans les classes, des enfants qui sont moins avancés que leurs camarades, bien qu'ils soient de un à deux ans, plus âgés. Un examen, même rapide, montre cependant qu'on ne peut leur appliquer la définition que nous avons donnée des anormaux : ils n'ont aucune tare mentale. Leur retard au point de vue intellectuel provient uniquement d'une fréquentation scolaire irrégulière ou même presque nulle.

S'ils ne savent pas, ce n'est pas qu'ils n'ont pu comprendre; c'est qu'ils n'ont pas eu l'occasion d'apprendre: ce sont de simples ignorants. C'est à ces enfants que certains auteurs ont appliqué le nom d'*arriérés pédagogiques*. La cause de leur infériorité est d'ordre purement pédagogique, et c'est à la pédagogie seule à leur faire rattraper le temps perdu. Le nom de *retardés pédagogiques* nous semble préférable.

On doit également considérer comme des faux anormaux les enfants qui souffrent d'une maladie quelconque, anémie, tuberculose, etc., retentissant transitoirement sur leurs facultés intellectuelles. Un traitement médical approprié suffit à faire disparaître cette arriération *passagère*, et il n'est nulle-

ment besoin d'employer pour ces enfants des procédés pédagogiques spéciaux.

\*  
\* \*

Les différences existant entre les diverses définitions qui ont été données des anormaux, différences légères, avons-nous dit, et portant plutôt sur la forme que sur le fond, se retrouvent bien plus accentuées lorsqu'on compare les nombreuses classifications de ces anormaux.

Chaque pays a sa classification, et, dans un même pays, chaque auteur a la sienne. Les uns se sont placés au point de vue anatomo-pathologique; les autres au point de vue étiologique; d'autres enfin au point de vue symptomatologique.

Une classification des anormaux procédant de considérations anatomo-pathologiques ne peut être que fort incomplète. Car, si nous connaissons assez parfaitement les différentes lésions cérébrales qui produisent l'idiotie, nous devons avouer notre ignorance à ce sujet en ce qui concerne les autres anomalies mentales.

Une classification étiologique ne peut être admise. Une même cause, en effet, qui engendrera l'idiotie la plus absolue chez tel enfant, aboutira chez un autre à l'épilepsie, chez un troisième à une perversion morale plus ou moins prononcée, etc. Inversement, des causes fort différentes peuvent donner lieu à une même lésion.

Les classifications basées sur la symptomatologie

sont fort nombreuses; tantôt elles sont des plus complexes, tantôt elles se bornent à être de simples énumérations. Nous ne voyons pas l'utilité de les reproduire ici.

\*  
\* \*

Nous allons d'abord énumérer et décrire rapidement les différents types d'anormaux psychiques; nous essaierons ensuite de les grouper de la façon, sinon la plus scientifique, du moins la plus simple et la plus pratique. Ces anormaux comprennent (1) :

- 1° *Les idiots;*
- 2° *Les imbéciles;*
- 3° *Les arriérés intellectuels;*
- 4° *Les instables;*
- 5° *Les asthéniques;*
- 6° *Les épileptiques;*
- 7° *Les hystériques;*
- 8° *Les neurasthéniques;*
- 9° *Les subnormaux;*
- 10° *Les vicieux ou amoraux;*

1° **Idiots.** — La meilleure définition de l'idiotie, c'est-à-dire la plus simple et la plus complète, nous paraît avoir été donnée par le docteur Thulié. Pour cet auteur « l'idiotie est un arrêt de développement de l'encéphale qui peut se produire soit dans la vie intra-utérine, soit après la naissance, et avoir

(1) Certains troubles morbides organiques; en particulier les végétations adénoïdes et le myxœdème, présentent avec l'état psychique des anormaux des rapports étroits. Leur étude sera faite plus loin à propos de l'étiologie.

pour cause l'hérédité ou une maladie quelconque; cet arrêt de développement est caractérisé par l'absence ou la diminution des fonctions intellectuelles, affectives, sensibles et motrices, accompagnées ou non de perversion des instincts (1)».

Les idiots occupent le plus bas degré de l'échelle des anormaux. On peut distinguer, avec le docteur Bourneville :

a) L'idiotie absolue ou *idiotie du premier degré*, dans laquelle la marche, la préhension, la parole, l'attention sont nulles, et la vue, l'ouïe, l'odorat, le goût, le toucher semblent absents; les idiots de cette catégorie sont des êtres en quelque sorte végétatifs.

b) L'idiotie profonde ou *idiotie du second degré*, qui se distingue de la précédente par l'existence du mouvement, la possibilité de la marche et de la préhension.

Nous n'insistons pas sur les symptômes de l'idiotie, bien caractérisés et bien connus, que l'on trouve dans tous les Traités de médecine. On a décrit un certain nombre de variétés cliniques, dont la plupart correspondent à des lésions cérébrales nettement définies : l'idiotie hémiplegique, l'idiotie diplégique, l'idiotie athétosique, l'idiotie méningitique, l'idiotie méningo-encéphalitique, l'idiotie mongolienne, l'idiotie myxœdémateuse, l'idiotie polysarcique, l'idiotie hydro-

(1) Cette définition montre bien la différence qui existe entre l'idiotie et la démence, et qui a été établie pour la première fois par Esquirol lorsqu'il disait : « l'homme en démence est privé des biens dont il jouissait autrefois, c'est un riche devenu pauvre ; l'idiot a toujours été dans l'infortune et la misère ».

céphalique, l'idiotie microcéphalique, l'idiotie épileptique, l'idiotie familiale amaurotique.

\*  
\* \*

2° Imbéciles. — Ils diffèrent des idiots en ce que leurs tares sont moins profondes. Chez eux, en effet, les facultés intellectuelles persistent, quoique bien incomplètes; la parole existe, mais les troubles de prononciation sont fréquents; les sens sont ordinairement intacts, mais peu délicats. Les infirmités physiques, si fréquentes chez les idiots, sont beaucoup plus rares chez les imbéciles.

Pour certains auteurs, l'imbécillité ne serait que le degré le plus léger de l'idiotie; pour d'autres, en particulier pour le docteur Sollier, ce sont là deux états bien différents l'un de l'autre. « Tous les idiots, dit-il, présentent des lésions cérébrales, tandis que les imbéciles n'en offrent pas. L'imbécillité est probablement due à un trouble fonctionnel, mais non à une lésion organique des centres nerveux (1). »

\*  
\* \*

3° Arriérés intellectuels. — Ils ont encore été désignés sous le nom de *faibles d'esprit*. Mais cette appellation nous semble moins précise que la première. Le mot *d'arriérés* correspond au *zurückgebliebene* des Allemands, au *feeble minded* des Anglais (2).

(1) SOLLIER : L'idiotie et l'imbécillité au point de vue nosographique. *Revue de neurologie*, 1894.

(2) Les Américains comprennent sous ce nom de *feeble minded* non seulement les arriérés, mais aussi les idiots et les imbéciles.

Ce type est assez facile à définir. L'arriéré intellectuel est un *enfant qui, sans être idiot, ni imbécile, présente cependant un retard assez marqué du développement de ses facultés intellectuelles, comparativement à celui d'autres enfants du même âge.*

Nous n'entendons, par cette définition, qu'exprimer le degré d'infériorité intellectuelle des arriérés; nous ne voulons nullement dire que leur état mental soit analogue à celui d'enfants normaux plus jeunes.

S'il en était ainsi, les méthodes ordinaires d'enseignement pourraient leur être appliquées; seulement ils se trouveraient, chaque année, une, deux, ou trois classes au-dessous de celles correspondant à leur âge, et, pour arriver au degré d'instruction des enfants normaux qui sortent de l'école à treize ans, il leur faudrait une, deux, ou trois années de plus.

Mais il en est tout autrement. Le cerveau d'un arriéré n'est pas comparable à celui d'un normal plus jeune. Au retard dans le développement de son état mental s'ajoutent, ainsi que l'ont fait remarquer MM. Binet et Simon (1), une rupture d'équilibre de ses facultés intellectuelles et un tour spécial, difficile à définir, dans sa manière de comprendre, de raisonner, d'imaginer. Et c'est précisément là ce qui fait l'impossibilité pour ces enfants de s'adapter au milieu scolaire normal.

Un auteur allemand, Carl Hammarberg, avait d'ailleurs, en 1895, cherché à donner un contrôle anatomo-pathologique à cette théorie. Il avait mon-

(1) BINET et SIMON : *Les enfants anormaux*, 1907, p. 18 et suivantes.

tré, par ses premiers travaux, et cela correspond parfaitement à ce que nous venons de dire, que certaines parties de l'écorce cérébrale se trouvent, chez les arriérés, dans un stade de développement correspondant chez les normaux à une époque déterminée de la vie fœtale ou de la toute première enfance, et que les cellules corticales sont diminuées dans leur nombre.

La mort est malheureusement venue interrompre ces intéressantes recherches, qui allaient à l'encontre de l'opinion soutenue par le docteur Sollier, lequel prétend, comme nous l'avons dit plus haut, que les imbéciles, et à plus forte raison sans doute les arriérés, ne présentent pas de lésions organiques cérébrales.

L'arriération intellectuelle, à moins qu'elle ne soit trop accentuée, passe le plus souvent inaperçue dans la famille, tant que l'enfant ne va pas à l'école. Le milieu scolaire est, en quelque sorte, la pierre de touche qui révèle cet état d'infériorité. Au milieu d'enfants normaux, l'arriéré se distingue facilement.

Paisiblement assis sur son banc, incapable de fixer longtemps son attention, il ne retire de l'enseignement que peu ou pas de profit et sort de la classe à peine plus avancé qu'à son entrée. Certains exercices intéressent cependant plus particulièrement les arriérés: gymnastique, dessin, couture.

Au point de vue moral, l'arriéré est en général doux, affectueux, obéissant.

\*  
\* \*

**4° Instables.** — Ce sont ces enfants que leurs parents qualifient de *nerveux*, leurs maîtres d'*indisciplinés*, et leurs camarades de *toqués*. Pourvus d'une intelligence suffisante, mais ne prêtant aux leçons qu'une attention fugitive, ils font peu de progrès. Leur instabilité est non seulement mentale, mais aussi physique; toujours en l'air, bavardant sans cesse et même à haute voix, ils sont en classe une cause de trouble continuelle. Souvent ils ne se contentent pas d'être turbulents; ils sont emportés et méchants.

Quelques-uns présentent, pour certaines matières du programme ou même pour une seule, des aptitudes tout à fait spéciales, et parfois même brillantes. Ce sont, suivant l'expression des docteurs Magnan et Legrain, des « petits prodiges partiels ».



**5° Asthéniques.** — Ils sont tout l'opposé des instables. Ils passent en classe complètement inaperçus. Ce qui domine chez eux, c'est une inertie profonde, aussi bien mentale que physique; rien ne les intéresse, pas plus les leçons que les jeux. Ils sont insensibles aux punitions comme aux récompenses.

N'est-ce pas là de la neurasthénie? a-t-on dit. Nous ne le croyons pas. Si cette asthénie de l'enfant se rapproche, par certains symptômes de la neurasthénie de l'adulte, elle en diffère totalement par ses causes. Le neurasthénique est un surmené; sa fatigue nerveuse résulte d'efforts excessifs. L'asthénique, au contraire, ne s'est jamais surmené, étant incapable

d'effort; sa fatigue est, pour ainsi dire, congénitale.

Ces enfants sont fréquemment des *mélancoliques* : leurs yeux s'emplissent de larmes, sans aucun motif, et reflètent continuellement la souffrance de vivre; des idées de suicide hantent leurs cerveaux affaiblis. On en voit « qui se tuent à l'âge où l'idéal des autres est de jouer aux barres et au cheval fondu (1) ».

Ce sont ces asthéniques qui sont particulièrement traités de mauvais élèves, de cancrès. Nous reviendrons plus loin sur cette question des paresseux.



**6° Epileptiques.** — L'épilepsie est, chez l'enfant, beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit, du moins dans le milieu extra-médical. Dans ce dernier, en effet, le mot d'épilepsie est synonyme de crise épileptique. Or, la crise est une manifestation assez rare de l'épilepsie infantile, laquelle revêt surtout des formes frustes, qui, d'ailleurs, ne sont pas les moins graves; c'est là ce qui explique que les enfants atteints de cette névrose peuvent quand même fréquenter régulièrement l'école.

Ces paroxysmes incomplets de l'épilepsie, sur lesquels on ne saurait trop attirer l'attention des instituteurs, se présentent sous des aspects très variés. L'*absence*, forme des plus simples et des plus fréquentes, est constituée par une fixité subite du regard, accompagnée de pâleur de la face; l'enfant « est dans la lune », comme on dit vulgairement.

(1) MAURICE DE FLEURY : *Le corps et l'âme de l'enfant*, 1906, p. 238.

Cela dure quelques secondes, et l'écolier reprend son travail, sans s'être aperçu de rien.

Le *vertige* accompagne souvent l'absence; si l'enfant est debout, on le voit chanceler, chercher à s'asseoir et même parfois tomber.

D'autres fois, ces manifestations larvées de l'épilepsie infantile se caractérisent par des *impulsions* subites et violentes : tantôt l'enfant prononce des paroles grossières, tantôt il injurie ses maîtres; ou bien il frappe brutalement ses camarades, il déchire ses vêtements.

Des *actes illogiques inconscients* ont aussi été signalés; c'est ainsi qu'on a cité le cas d'une écolière de onze ans, reconnue épileptique, qui, au milieu de la classe, se levait subitement, allait toucher la fenêtre et revenait à sa place.

Mentionnons enfin ce que l'on a désigné sous le nom d'*états post-paroxystiques*. Certains enfants, paraissant habituellement normaux, présentent, de jours à autres, une sorte d'obnubilation intellectuelle; le maître s'aperçoit, sans qu'il puisse en attribuer la cause à autre chose qu'à la paresse, qu'ils ne sont pas comme d'habitude. Ce sont des épileptiques atteints de crises nocturnes; et c'est au lendemain de ces attaques que leur intelligence se trouve ainsi obscurcie.

L'épilepsie de l'enfant, comme celle de l'adulte d'ailleurs, peut revêtir un grand nombre d'autres formes incomplètes. Nous n'avons décrit ici que les manifestations mentales de cette névrose, qui seules rentrent dans le cadre de notre étude.

A côté de ces troubles paroxystiques et postparoxystiques, quelques auteurs ont signalé des troubles permanents, qui constitueraient par leur association ce qu'ils ont appelé le *caractère épileptique*. L'enfant serait alors irritable, sujet à des accès de fureur, égoïste, entêté, capricieux, sans suite dans les idées. Nous ne croyons pas que ce soit là une mentalité propre à l'épileptique. Ces altérations des sentiments, ces perversions des instincts se retrouvent, à un degré plus ou moins accentué, chez tous les névropathes, épileptiques ou non. Les explosions de colère existent bien chez l'épileptique, comme nous l'avons dit plus haut, mais à titre d'état paroxystique.

Signalons enfin que l'épilepsie peut ne s'accompagner d'aucun trouble des facultés psychiques; mais le fait est assez rare.



7° *Hystériques.* — On sait sous quelles formes aussi nombreuses que variées l'hystérie peut se présenter chez l'adulte; ce polymorphisme se retrouve de même chez l'enfant. Nous n'avons à nous occuper ici que des manifestations psychopatiques de cette névrose. Rares avant l'âge de huit ans, elles apparaissent surtout de onze à treize ans.

La forme la plus simple et aussi la plus fréquente est uniquement constituée par des troubles du caractère, dont le plus caractéristique est une *vanité* excessive; le petit hystérique possède au plus haut point le besoin de paraître. C'est dans le but de se rendre

intéressant qu'il invente les mensonges à la fois les plus extravagants et les mieux combinés (*mythomanie*).

La *versatilité* est un autre point dominant de l'état mental de ces enfants : on les voit passer brusquement et sans motif de la joie à la colère, du rire aux larmes ; leurs sentiments à l'égard de leurs camarades ou de leurs parents sont extrêmement changeants.

L'*égoïsme*, la *jalousie* se rencontrent presque toujours chez eux.

Les accidents décrits sous le nom de *terreurs nocturnes* appartiennent le plus souvent au domaine de l'hystérie.

Ces différents troubles sont parfois poussés à un degré excessif et caractérisent alors les formes moyennes de la névrose.

Aux formes graves appartiennent les *phénomènes somnambuliques*, les *troubles délirants* (délire religieux, délire de la persécution, hallucinations).

Le niveau intellectuel, particulièrement dans les formes légères, est assez élevé, quoique la mémoire ne soit pas très brillante.

Le diagnostic de l'hystérie chez l'enfant n'est pas toujours bien aisé à faire, d'autant plus que les stigmates caractéristiques qui existent chez l'adulte (anesthésies, hyperesthésies, points hystérogènes, rétrécissement concentrique du champ visuel, etc.) manquent ici le plus souvent, ou sont d'une observation difficile. Cependant, par un examen complet de l'enfant, par un interrogatoire des parents et des

maîtres, on arrivera presque toujours à reconnaître cette névrose.



**8° Neurasthéniques.** — Nous avons vu plus haut que la plupart des cas signalés de neurasthénie infantile doivent être plutôt rapportés à l'asthénie, et nous avons distingué ces deux états.

Cette *maladie du surmenage* existe cependant chez l'enfant, mais seulement vers l'âge de douze à treize ans, à l'époque de la préparation aux examens du certificat d'études primaires. Elle est caractérisée, comme chez l'adulte, par une dépression cérébrale : la volonté est affaiblie, l'attention moins facile, la compréhension plus lente. L'insomnie est la règle ; la céphalée est très fréquente,



**9° Subnormaux.** — Les différents types d'anormaux que nous venons de décrire sont assez facilement distingués d'avec les normaux. Mais, entre les premiers et les seconds, il existe de nombreux cas intermédiaires, moins nettement caractérisés et que les docteurs Jean Philippe et G. Paul-Boncour ont rangé sous le nom de subnormaux. « Loin d'avoir une mentalité et un système nerveux intacts, écrivent ces auteurs, ils sont déjà touchés : pas assez pour être de francs anormaux, et cependant assez pour n'être plus de vrais normaux (1) ».

(1) JEAN PHILIPPE et G. PAUL-BONCOUR : *Les anomalies mentales chez les écoliers*, 1905, p. 99.

Cette distinction ne sera à faire qu'à propos des arriérés, des instables et des asthéniques, les lignes de démarcation entre l'état mental dévié au minimum de certains de ces anormaux et l'état mental régulier des normaux ne pouvant être tracés d'une façon précise. La question ne se pose pas, au contraire, pour les autres anormaux : on est épileptique, ou on ne l'est pas; on est idiot, ou on ne l'est pas, etc.

Quoi qu'il en soit, et c'est là ce qu'il faut retenir, les subnormaux doivent être, au point de vue du traitement, assimilés aux anormaux.

\*  
\* \*

**10° Vicieux ou amoraux.** — Les troubles mentaux portent, chez ces enfants, non plus sur les facultés intellectuelles, mais sur les facultés morales, sur les instincts. Les types de ce groupe sont nombreux : ce sont des enfants menteurs, voleurs, criels, onanistes, etc. Il est inutile d'insister davantage sur ces perversions du sens moral qui sont facilement reconnues, leurs manifestations n'étant, hélas! que trop objectives.

\*  
\* \*

La description rapide, mais pourtant complète, que nous venons de donner des anormaux, n'est guère qu'une sorte de schéma analytique. En réalité, les cas purs sont plutôt rares; ce que l'on voit surtout, ce sont des formes mixtes.

Les idiots sont fréquemment épileptiques, et la

plupart d'entre eux, comme d'ailleurs aussi la majorité des imbéciles, sont des vicieux. Les arriérés sont tantôt instables, tantôt asthéniques. L'hystérie s'associe souvent à l'instabilité. Un enfant peut être à la fois arriéré, instable, épileptique et vicieux; etc.

Ces associations peuvent cependant se schématiser dans les deux types suivants que l'on rencontre le plus fréquemment :

1° Arriération intellectuelle + asthénie;

2° Instabilité + perversion morale, avec ou sans névrose (épilepsie ou hystérie).



Il est une question qui touche si intimement à celle des anormaux que nous ne pouvons aller plus loin sans essayer de la résoudre : c'est la question des *parasseux*.

Depuis que l'on s'occupe des anormaux, on s'est parfaitement rendu compte, les médecins tout au moins, qu'un grand nombre d'écoliers, considérés par leurs parents et leurs maîtres comme des paresseux, ne sont que des malades, et qu'il faut remplacer à leur égard les punitions par des médicaments et des préceptes hygiéniques. C'est surtout dans le groupe des asthéniques que se rencontrent ces enfants qui *ne peuvent pas apprendre*.

Mais à côté d'eux, a-t-on dit, il y a les bien portants qui *ne veulent pas apprendre*. Tout d'abord, on ne peut affirmer la parfaite santé d'un enfant qu'après un examen médical complet de son état

physique et mental, lequel n'est généralement pas fait, le sujet paraissant normal. Si on le pratiquait, on trouverait le plus souvent chez cet enfant quelque tare, cause non apparente d'une diminution de son énergie vitale, d'un affaiblissement, sinon d'une paralysie complète, de sa volonté.

Admettons même que l'on ne trouve rien. L'enfant doit-il alors être rendu responsable de sa paresse et puni? Pas encore. Ce qu'il faut incriminer, ce sont les programmes et la méthode de notre enseignement. Nous reviendrons plus loin sur ce point important. Disons seulement ici que si certains écoliers trouvent peu d'attraits dans ces programmes et boude cette méthode, ils n'ont pas tous les torts. Nous convenons qu'ils sont anormaux, puisque les procédés pédagogiques qui conviennent à la majorité des écoliers les trouvent rebelles, ces procédés n'étant d'ailleurs pas eux-mêmes des plus normaux; mais on ne doit les déclarer paresseux que si, après avoir employé une méthode plus individuelle et plus rationnelle — ces épithètes caractérisant la méthode normale d'enseignement, — on reconnaît qu'ils n'ont de goût pour aucun travail, intellectuel ou manuel. Mais nous n'en sommes pas encore, malheureusement, à la vérification de ce critérium.

En raison des différentes considérations que nous venons d'exposer, il nous est donc impossible d'affirmer l'existence de vrais paresseux, de paresseux — qu'on nous permette le mot — *idiopathiques*. Concluons par cette phrase de Falkenberg, qui

résume parfaitement ce que nous venons de dire :  
« L'expérience m'a appris que l'indolence chez les jeunes gens est chose si contraire à leur besoin naturel d'activité, qu'à moins d'être l'effet d'une mauvaise direction, c'est presque toujours la marque de quelque défaut constitutionnel. »



Les anormaux étant ainsi bien définis, il nous faut les présenter en un groupement à la fois simple et pratique, c'est-à-dire qui, d'une part, permettra d'en classer les divers types d'une façon aussi précise que possible, et, d'autre part, répondra au but final de toute étude de ces anormaux, nous voulons parler du traitement.

Pour cela, nous avons eu recours à la méthode d'observation : en nous basant sur ce qu'il nous a été donné de voir aux consultations du *Dispensaire médico-pédagogique municipal* de la ville de Lyon, nous sommes arrivé aux considérations que nous allons exposer.

Les anormaux psychiques trouvent tous leur place dans les deux grandes catégories suivantes : anormaux arriérés et anormaux non arriérés (1).

Les premiers peuvent se diviser, suivant le degré de leur arriération, en arriérés profonds, moyens et légers.

*Les arriérés profonds* sont constitués par les idiots

(1) Ce sont presque exclusivement ceux-ci que l'on rencontre dans l'enseignement secondaire.

et les imbéciles, qui forment un groupe parfaitement délimité ; ces anormaux ne se rencontrent, sinon jamais, du moins qu'exceptionnellement dans les écoles.

Les *arriérés moyens* et les *arriérés légers* sont tantôt calmes (*asthéniques*), tantôt agités (*instables*), que leurs troubles intellectuels s'accompagnent ou non de perversions morales.

Les anormaux de la seconde catégorie, les non arriérés, comprennent en première ligne les *pervertis purs* ou anormaux moraux, et en seconde ligne les *instables purs*; ces deux types se combinent d'ailleurs le plus souvent pour donner les *instables-pervertis*.

Avec ces divers troubles psychiques coexistent, à titre de causes aggravantes ou déterminantes, des *troubles organiques* (troubles de la vue ou de l'ouïe, végétations adénoïdes, myxœdème) ou des *névroses* (épilepsie, hystérie, neurasthénie).

Nous reproduisons ci-dessous, sous forme de tableau, cette classification, que nous appellerons *médico-pédagogique* :

<b>Anormaux psychiques</b>	Arriérés	Profonds	}	Idiots. Imbéciles.
		Moyens ou légers	}	Perversis { Agités (instables). Calmes (asthéniques).
	Non arriérés	}	Instables. Perversis. Instables-perversis.	}

Associations morbides présentées par ces anormaux	} Troubles organiques	} Troubles de la vue. Troubles de l'ouïe. Végétations adénoïdes. Myxœdème.

Les différentes variétés d'anormaux dont nous avons donné la description trouvent toutes, ainsi que l'on peut s'en rendre compte, leur place dans ce tableau. Le mot de *subnormaux* n'y figure cependant pas, et il est facile de comprendre pourquoi. Cette épithète s'applique, en effet, ainsi que nous l'avons vu, à plusieurs types d'anormaux dont la caractéristique commune est uniquement d'être anormaux au plus léger degré possible. Elle ne comporte donc aucune précision, et il ne suffira pas de désigner un enfant par cette appellation pour le définir et le classer; il faudra dire s'il est arriéré, instable ou asthénique, en faisant suivre ces termes des adjectifs léger ou très léger.



En outre des divers troubles mentaux qui caractérisent les différentes variétés d'anormaux et qui constituent toute leur symptomatologie, on a décrit des signes physiques qui leur seraient communs; nous voulons parler des *stigmates de dégénérescence*.

De nombreux volumes ont été écrits, particulièrement par les criminalistes, sur cette question des

stigmates. Sans vouloir la reprendre ici, nous ne pouvons cependant pas la passer complètement sous silence.

Rappelons rapidement les principaux *stigmates anatomiques* de dégénérescence :

I. — *Crâne* :

1. Asymétrie.
2. Macrocéphalie.
3. Microcéphalie.

II. — *Face* :

1. Asymétrie.
2. Anomalies oculaires : inégalité pupillaire; coloration différente des iris.
3. Anomalies auriculaires : adhérence du lobule; déformations du pavillon; oreilles en anse.
4. Anomalies dentaires, portant sur la forme, le volume, le nombre et l'implantation des dents.
5. Voûte palatine ogivale.
6. Prognathisme.

III. — *Thorax* :

Asymétrie.

IV. — *Membres* :

1. Polydactylie.
2. Syndactylie.

V. — *Organes génitaux* :

1. Microorchidie.
2. Cryptorchidie

3. Phimosi.
4. Hypospadias.
5. Pseudo-hermaphrodisme.

VI. — *Peau* :

1. Nœvi.
2. Pigmentation anormale.

Le problème qui se pose ici est de savoir si l'existence d'un ou de plusieurs de ces stigmates chez un enfant peut suffire à le faire déclarer anormal.

Nous résumons, à cet égard, notre opinion dans les propositions suivantes :

1° Les stigmates anatomiques de dégénérescence se rencontrent très fréquemment chez les anormaux;

2° Ils ne sont cependant pas complètement pathognomoniques : on peut noter leur présence chez des enfants normaux, comme aussi les voir manquer chez des anormaux;

3° Ils accompagnent surtout chez ces derniers les anomalies mentales congénitales;

4° C'est pourquoi ils ne font qu'exceptionnellement défaut chez les idiots;

5° Il y a une proportion directe entre leur plus ou moins grand nombre chez un même anormal et le degré de profondeur de ses tares mentales;

6° Les stigmates que l'on voit le plus fréquemment chez les anormaux sont les stigmates cranio-faciaux.

On a également décrit des *stigmates physiologiques*, tels que le strabisme, le bégaiement, l'inconti-

nence d'urine, etc. Nous ne pouvons à leur égard que répéter ce que nous venons de dire pour les stigmates physiques (1).

Les seuls stigmates caractéristiques sont les *stigmates psychiques*, auxquels nous avons consacré la plus grande partie de ce chapitre.

Nous allons maintenant montrer quel intérêt primordial s'attache à cette question des anormaux.

---

(1) Toutes ces assertions sur les stigmates de dégénérescence chez les anormaux peuvent être répétées chez les criminels.